

BVGer B-3908/2011 vom 11. Juni 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-3908_2011

FR: TAF B-3908/2011 du 11 juin 2012

IT: TAF B-3908/2011 del 11 giugno 2012

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG sowie Art. 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 7. Juni 2011. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist er besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde, nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, einzutreten.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen

gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Thomas Häberli, in: Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40).

E. 3

Zunächst sind die für die Beurteilung des Anspruchs massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Mazedonien und hat dort seinen Wohnsitz. Vorliegend findet damit das Abkommen vom 9. Dezember 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.520.1; im Folgenden: Abkommen) Anwendung. Nach Art. 3 in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in seinem Art. 2 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die IV gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung der beidseitigen Staatsangehörigen vor. Die Frage ob, und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der IV besteht, bestimmt sich daher vorliegend alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 7. Juni 2011) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_419/2009 vom 3. November 2009), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil BGer 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (vgl. Urteil BGer 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.2 f., Urteil BGer 8C_312/2009 vom 1.

Dezember 2009 E. 5; Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des (allfälligen) Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 7. Juni 2011 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Hinsichtlich des Zeitpunkts des Rentenbeginns gilt das alte Recht, da vorliegend der (allfällige) Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist und sich der Beschwerdeführer vor dem 31. Dezember 2008 angemeldet hat. Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

E. 3.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.5

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Nach der bis Ende Dezember 2007 in Kraft gestandenen Fassung des Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (Bst. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Bst. b). Der im Regelfall anwendbare Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG (vgl. BGE 119 V 98 E. 4a mit Hinweisen) setzt voraus, dass sowohl eine Arbeitsunfähigkeit als auch eine Erwerbsunfähigkeit in

anspruchserheblichem Umfang vorliegen (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/cc).

E. 3.6

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung], Art. 28 Abs. 1 IVG [in der ab 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung]). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG [in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung], Art. 28 Abs. 1ter IVG [in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung]), sofern nicht ein Staatsvertrag etwas anderes vorsieht. Art. 5 Abs. 2 des Abkommens bestätigt diese Wohnsitzklausel ausdrücklich.

E. 3.7

Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV (in der ab 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2011 gültigen Fassung) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder Hilflosigkeit der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist, sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab.

E. 3.8

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

E. 3.9

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, BGE 122 V 157 E. 1c).

E. 3.10

Im Beschwerdeverfahren kann auf die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) abgestellt werden, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Für RAD-Berichte von besonderer Bedeutung ist, dass diese in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurden, in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten sowie begründete Schlussfolgerungen enthalten. Zudem müssen die Ärztinnen und Ärzte des RAD über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a, Urteil BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2).

E. 4

Diabetes mellitus

E. 4.1

Nach Auffassung der Vorinstanz liegt kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad vor. Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Eisenleger seit dem Unfall vom 19. August 1992 zwar unbestrittenermassen zu 100% arbeitsunfähig. Die Ausübung einer leichteren, dem Gesundheitszustand adaptierten Tätigkeit sei jedoch spätestens seit Juni 2010 zu 100% zumutbar, so dass eine Erwerbseinbusse von 31% resultiere. Soweit der Beschwerdeführer vorbringe, Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel, habe eine invalidisierende Persönlichkeitsstörung festgestellt, sei dem entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht mit Urteil vom 19. Oktober 2007 bestätigt habe, dass die Persönlichkeitsstörung keinen andauernden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe; diese Schlussfolgerungen seien für die Vorinstanz verbindlich. Die neuen Unterlagen aus Mazedonien förderten keine neuen Erkenntnisse zu Tage. Im Hinblick auf die somatischen Beschwerden habe der RAD festgestellt, dass die hohen Blutdruckwerte, die anlässlich der spannungsgeladenen Situation der Begutachtung gemessen worden seien, nicht auf einen dauerhaften gefährlichen Blutdruck schliessen liessen, der jegliche körperlich leichte berufliche Tätigkeit verbiete. Entgegen den Aussagen des Beschwerdeführers entspreche die in Mazedonien durchgeführte Behandlung nicht der von der Y._____ vorgeschlagenen Behandlung, da die antihypertensive Behandlung keine Zugabe eines Angiotensin-II-Blockers enthalte. Ferner sei nicht dokumentiert, ob die Medikamente auch tatsächlich eingenommen würden. Die medikamentöse Compliance sei jedoch ausschlaggebend für eine effiziente Behandlung der Hypertonie. Es sei Sache des Beschwerdeführers, glaubhaft zu machen, dass die Schadenminderungspflicht im vorliegenden Fall unzumutbar sei (IV-act. 267).

E. 4.2

Den im Recht liegenden und für den vorliegenden Fall zeitlich relevanten Arztberichten ist was folgt zu entnehmen:

E. 4.2.1

In seinem Privatgutachten zuhanden des Beschwerdeführers vom 13. Dezember 2005 erhob Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel, folgende Diagnosen: 1. Dysthymia (leichte ängstlich-depressive Episode; ICD-10 F34.1, resp. 32.0). In früheren Gutachten wurden folgende Diagnosen erwähnt: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0), Verdacht auf schädlichen Gebrauch von alkoholischen Getränken. 2. Metabolisches Syndrom 3. Hypertonie

E. 4.2.2

Dr. med. L. _____ des RAD argumentierte in seiner undatierten Stellungnahme, auch Dr. med. H. _____ bestätige nun, dass sich die psychische Situation gebessert habe und widerspreche Dr. med. S. _____ nicht. Damit seien die Behauptungen von psychiatrischer Seite aus Mazedonien, wonach eine schwere psychische Erkrankung mit Suizidalität vorliege, vom Tisch. Es werde nun aber argumentiert, dass der Beschwerdeführer aus körperlichen Gründen voll arbeitsunfähig sei. Zur somatischen Seite habe sich der RAD bereits mehrfach geäußert. Im Vordergrund stehe ja die Fussproblematik, weshalb dem Beschwerdeführer auch unbestreitbar als Eisenleger eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Die Lungenfunktion sei 2004 geprüft worden und habe eine mittlere Einschränkung gezeigt, was mit leichter Arbeit uneingeschränkt vereinbar sei. Der Blutdruck sei behandelbar. Eine relevante Herzkrankheit sei nicht diagnostiziert worden. In der Gesamtbeurteilung komme man zum Schluss, dass sich die psychische Gesundheit seit 2003 bis heute nachhaltig gebessert habe, die vorliegenden somatischen Befunde (Fuss, leichte Einschränkung der Lungenfunktion, leichte degenerative Veränderungen radiologischer Natur an der LWS) mit einer angepassten Verweistätigkeit vereinbar seien. Zwei Mal drei Stunden täglich mit maximaler 20%iger Einschränkung der Leistungsfähigkeit seien für Verweistätigkeiten zumutbar, was zu einer Einschränkung von maximal 40% führe bei einem Arbeitstag von 8.5 Std. (IV-act. 163).

E. 4.2.3

Eine am 10. August 2007 durchgeführte 24-Stundenmessung des Blutdrucks ergab die Diagnose eines dramatischen Anstiegs des Blutdrucks (IV-act. 169).

E. 4.2.4

Eine am 13. August 2007 durchgeführte Ultraschalluntersuchung der Abdominalorgane zeigte eine vergrößerte, deutlich steatotisch veränderte Leber mit grober Echostruktur, ein vergrößertes, hyperechogenisches Pankreas mit grober Echostruktur. Auch die Milz und beide Nieren waren vergrößert. Es wurde eine diabetische Nephropathie diagnostiziert (IV-act. 174).

E. 4.2.5

Mit Bericht vom 13. August 2007 erhob Dr. S. _____, Facharzt für Innere Medizin, Kicevo, folgende Diagnosen: Diabetes mellitus Typ 2, chronische asthmoide Bronchitis, diabetische Nephropathie, Lebersteatose, Hyperlipidämie, arterielle Hypertonie, Hypertonikerherz, Sinus-Tachykardie sowie Angina pectoris. Der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig (IV-act. 175).

E. 4.2.6

Im Bericht vom 14. August 2007 diagnostiziert Dr. N. _____, Neuropsychiater, eine Zykllothymia F34.0, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4, eine diabetische Polyneuropathie G63.2 sowie Spannungskopfschmerzen G44.2. Eine EEG-Untersuchung ergab ein grenzwertig verändertes EEG bei vegetativer vasomotorischer Labilität (IV-act. 177).

E. 4.2.7

Im Bericht vom 13. Februar 2008 von Dr. S. _____ werden folgende Diagnosen aufgeführt: Diabetes mellitus Typ 2, diabetische Nephropathie, maligne arterielle Hypertonie, Hypertonikerherz, stabile Angina pectoris, Sinus-Tachykardie, Lebersteatose,

Hyperlipidämie sowie eine chronische asthmoide Bronchitis (IV-act. 194).

E. 4.2.8

Dr. B._____, Neurologe und Psychiater, Bitola, erhob in seinem Kurzbericht vom 14. Februar 2008 folgende Diagnosen: Depression, Dysthymie, Suizidendenzenzen, Lustlosigkeit, Apathie, psychoorganisches Syndrom, vertebrobasiläre Insuffizienz, arterielle Hypertonie sowie vasikuläre diabetische Insuffizienz. Der Beschwerdeführer sei arbeits- und erwerbsunfähig. Der Zustand sei schlechter geworden (IV-act. 195).

E. 4.2.9

Eine am 15. Februar 2008 durchgeführte Ultraschalluntersuchung der Abdominalorgane zeigte ein unverändertes Bild gegenüber der Untersuchung vom 13. August 2007 (IV-act. 196).

E. 4.2.10

In einem weiteren Kurzbericht vom 18. Februar 2008 stellt Dr. C._____, Doktor der Medizin, Oslomej, folgende Diagnosen: Depression, Dysthymie, Suizidendenzenzen, Lustlosigkeit, Apathie. Psychoorganisches Syndrom, vertebrobasiläre Insuffizienz, maligne arterielle Hypertonie, diabetische vasikuläre Insuffizienz, Status nach Schädelprellung, Diabetes mellitus Typ 2, diabetische Nephropathie, Lebersteatose, Hyperlipidämie und chronische Bronchitis. Der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig und sein allgemeiner Zustand sei schlechter geworden (IV-act. 198).

E. 4.2.11

Am 25. Juli 2008 erging zur Neuanmeldung des Beschwerdeführers eine Stellungnahme von Dr. med. R._____, des RAD. Gestützt auf die vorerwähnten Berichte aus Mazedonien erhob er als Hauptdiagnosen eine chronisch koronare und hypertensive Herzerkrankung (I 25.0/I 11) sowie eine chronisch obstruktive Bronchopneumopathie (J 42). Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine rezidivierend depressive Störung (F 33.0) und als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine arterielle Hypertonie und einen Diabetes mellitus Typ II resp. eine Nephropathie. Dr. med. R._____ attestierte dem Beschwerdeführer seit 30. März 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Bereich und eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Zur Begründung führte er aus, der Beschwerdeführer leide unter einer chronischen Herzkrankheit und einer chronischen Bronchitis, dabei handle es sich um Krankheiten, die dem Beschwerdeführer die Ausübung einer schweren Tätigkeit nicht mehr erlaubten, der Ausübung einer leichten Tätigkeit jedoch nicht entgegenstünden. Der Diabetes mellitus Typ II habe gemäss Berichten der mazedonischen Ärzte zu einer Nierenschädigung geführt, die diesbezüglichen Laborwerte seien jedoch quasi normal. Der erhöhte Blutdruck sei schwierig einzustellen, was durch mehrmalige 24-Stunden Blutdruckmessungen demonstriert worden sei. Die therapeutischen Optionen seien aber diesbezüglich nicht ausgeschöpft. Eine Verschlechterung der Psychopathologie sei nicht ausgewiesen. Die bisherige Beurteilung, wonach dem Beschwerdeführer eine leichte Tätigkeit vollschichtig zumutbar sei, habe weiterhin Gültigkeit (IV-act. 201).

E. 4.2.12

Am 12. Mai 2009 gab Dr. med. U._____, des RAD auf entsprechende Anfrage der Verwaltung seine Stellungnahme ab: Als Hauptdiagnosen nannte er einen Status nach

konservativ behandelte Talusluxationsfraktur mit Fersenbeinabsprengung links vom 19. August 1992 sowie eine posttraumatische USG-Arthrose. Als Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden aufgeführt: eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), eine Dysthymie (F34.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) und eine chronisch obstruktive Bronchopneumopathie. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. U._____ Adipositas (BMI 35.5), einen schlecht eingestellten Diabetes mellitus Typ II, Nephropathie, Neuropathie, eine schlecht eingestellte arterielle Hypertonie, Holter-EKG ohne relevanten Rhythmusstörungen, Hyperlipidämie, Status nach übermäßigem Alkoholkonsum (Lebersteatose, erhöhte Transaminasen), Schwindel bei vertebrobasilärer Insuffizienz, PAVK, zervikale und lumbale Spondylose, Status nach Appendektomie 1991 sowie einen Status nach Operation eines Sakraldermoids. Zur Begründung führte er aus, von körperlicher Seite gebe es keine Hinweise auf eine relevante Änderung in Bezug auf die bisherige Einschätzung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die USG-Arthrose habe keine Besserung erfahren und was die internistischen Leiden anbelange, lägen Befunde vor, die zwar eine schlechte Kontrolle bekannter Risikofaktoren belegten, jedoch nicht zu einer Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit führten. Was die psychiatrischen Befunde anbelangten, sei unklar, ob Dr. med. R._____ das Gutachten von Dr. med. H._____ vom 13. Dezember 2005 vorgelegen habe. Dies sei von Bedeutung, da sich Dr. med. H._____ in diesem Gutachten nicht klar über die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Hinsicht äussere; allerdings sei dieses von Ende 2005 datierende einzig valable psychiatrische Dokument zu alt. Dr. med. U._____ schlug angesichts dieses Umstandes und der zahlreichen internistischen Probleme eine polydisziplinäre Begutachtung vor (IV-act. 216). Diese Stellungnahme des RAD-Arztes führte zur nachfolgend interdisziplinären Begutachtung.

E. 4.2.13

Die Kommission für medizinische Begutachtung des Y._____ (Dres. M._____, Facharzt für Innere Medizin, W._____, Facharzt für Psychiatrie, L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie) stellte im Gutachten vom 24. Juni 2010 aufgrund der umfangreichen medizinischen Vorakten und eigener Abklärungen (Allgemeine und Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie) folgende Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: · Chronisches Schmerzsyndrom linkes Sprunggelenk o St. n. Talusluxation links mit Talusfraktur und Calcaneusabsprengung (19.08.1992) o geschlossene Reposition und Gipsimmobilisation (19.08.1992) o progrediente USG-Arthrose (ED 17.02.1993) o Entwicklung einer beginnenden Tolanavikulargelenksarthrose (Rx 23.03.2010) · Lumbospondylogenes Syndrom nach chronischer Fehlbelastung o Diskopathie (Rx 23.03.2010) · Chronisches Impingement-Syndrom linke Schulter o radiologisch ohne Befund (Rx 23.03.2010) · Klinisch Patellachondropathie links · Diabetes mellitus Typ II o schlechte Blutzuckerstoffwechsellage, HbA1c 9.8% o diabetische Nephropathie nicht ausgeschlossen o periphere Polyneuropathie · Arterielle Hypertonie o schlechte Blutdruckeinstellung o Verdacht auf hypertensive Herzkrankheit · Verdacht auf chronisch obstruktive Pneumopathie bei ausgeprägtem Nikotinabusus Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, akzentuierte narzisstische, eigenwillige Persönlichkeitszüge, Dysthymie, Adipositas BMI 32; Hepatopathie, wahrscheinlich gemischter Ätiologie, teils äthylich, teils steatotisch sowie ein Verdacht auf eine Hepatomegalie aufgeführt. Zur Begründung wurde ausgeführt, 1992

habe der Beschwerdeführer einen Unfall erlitten, indem er auf der Baustelle von einem 1.5 m hohen Gerüst gefallen sei, dabei sei es zu einer Talusluxationsfraktur mit Calcaneusabsprengung gekommen. Einige Monate später habe sich eine schwere USG-Arthrose entwickelt und es sei mehrfach eine Arthrodeese empfohlen worden. 1996 sei eine Talonaviculararthrose beschrieben worden und es sei eine Talonavikulargelenksarthrodeese empfohlen worden. 1997 sei der Beschwerdeführer nach Mazedonien zurückgekehrt. In den zahlreichen medizinischen Berichten aus Mazedonien würden verschiedene vorwiegend internistische Diagnosen aufgeführt: Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, diabetische Spätkomplikationen, chronisch obstruktive Bronchitis, Asthma, Hypertonikerherz, Leberverfettung, Angina pectoris, Spannungskopfschmerzen, somatoforme Störung und Depressionen. Die zahlreichen Diagnosen würden in den mazedonischen Berichten stichwortartig aufgelistet, jedoch nicht näher erläutert. Aus internistischer Sicht bestehe ein metabolisches Syndrom mit der typischen Konstellation von Adipositas, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ II und arterieller Hypertonie. Es liege demnach eine Vielzahl kardiovaskulärer Risikofaktoren vor. Der Diabetes mellitus sei schlecht eingestellt. In den Akten werde eine diabetische Nephropathie erwähnt. Urinanalysen mit Mikroalbuminurie seien bisher nie durchgeführt worden, somit könne nicht gesichert von einer diabetischen Nephropathie ausgegangen werden. Der aktuelle Kreatininwert sei normal, der Harnstoff sei leicht erhöht, was unspezifisch sei und noch nicht gesichert auf eine diabetische Nephropathie hinweise. Die Sensibilitätsstörung an den Füßen, der fehlende Achillessehnenreflex und die fehlende Vibration sprächen für eine periphere diabetische Neuropathie. Der Beschwerdeführer sei aufgrund des schlecht eingestellten Diabetes mellitus für Tätigkeiten mit Gefahrenpotential wie Besteigen von Gerüsten, Tätigkeiten mit Sturzgefahr und Fahrtätigkeiten nicht geeignet. Weiter bestehe eine langjährige arterielle Hypertonie. Trotz der aktuellen antihypertensiven Kombinationstherapie seien die Blutdruckwerte sehr hoch. In den mazedonischen Berichten werde ein Hypertonikerherz erwähnt, die für diese Diagnose notwendige Echokardiographie sei bisher nicht durchgeführt worden. Möglicherweise müsse aufgrund dieser hohen Blutdruckwerte doch eine hypertensive Herzkrankheit angenommen werden. Die vom Beschwerdeführer beklagte Anstrengungsdyspnoe bei leichten Belastungen sei Ausdruck der Adipositas, der Pneumopathie und möglicherweise im Rahmen der diastolischen Dysfunktion bei hypertensiver Herzkrankheit mit möglicherweise pulmonaler Hypertonie zu sehen. Das Fazit wäre eine konsequente antihypertensive Behandlung, die vom Beschwerdeführer beklagten Kopfschmerzen seien sicherlich auch mit der ausgeprägten Hypertonie zu erklären. Aufgrund der aktuell sehr hohen Blutdruckwerte sei die Arbeitsfähigkeit nicht gegeben. Nach Ausschluss einer sekundären Hypertonie Ursache sei die antihypertensive Behandlung zu intensivieren. Sobald die Hypertonie eingestellt sei, sei diesbezüglich die Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten Tätigkeiten vollschichtig gegeben. Mittelschwere und schwere Tätigkeiten wären auch dann nicht geeignet, da beim Beschwerdeführer davon auszugehen sei, dass körperlich anstrengende Tätigkeiten tendenziell zu einer Blutdrucksteigerung führten. Aus orthopädischer Sicht bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom am linken Sprunggelenk seit dem Unfall. Klinisch finde sich eine Einschränkung der Beweglichkeit im unteren Sprunggelenk, radiologisch seien beginnende degenerative Veränderungen am USG und im Talonavikulargelenk beschrieben. Weiter bestehe ein lumbospondylogenes Syndrom bei Dekonditionierung und nach chronischer Fehlbelastung aufgrund der Fussbeschwerden. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Einschränkung für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie für

rein gehende und stehende Tätigkeiten, nicht jedoch für angepasste Verweistätigkeiten. Aus psychiatrischer Sicht müsse gesichert seit Jahren eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Sinne einer psychosomatischen Schmerz- und Symptomfehlverarbeitung sowie eine Dysthymie angenommen werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Aus somatischer und psychiatrischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer ab Unfalldatum in der angestammten Tätigkeit als Eisenleger als arbeitsunfähig zu betrachten. Sofern die Blutdruck- und Blutzuckerwerte normalisiert werden könnten, sei der Beschwerdeführer in körperlich leichten, wechselbelastenden, rückschonenden Tätigkeiten arbeitsfähig. Medizinisch-theoretisch sei eine Normalisierung der Blutdruckwerte innerhalb von 1-2 Monaten zu erreichen (IV-act. 245).

E. 4.2.14

Dr. med. U. _____ nahm am 11. September 2010 Stellung zum Gutachten des Y. _____. Neben den bereits im Gutachten des Y. _____ aufgeführten Diagnosen hielt er fest, der Beschwerdeführer sei unstreitig zu 100% arbeitsunfähig in der angestammten Tätigkeit; allerdings sei ihm seit dem 24. Juni 2010 eine angepasste wechselbelastende Tätigkeit mit gewissen Einschränkungen ganztags zumutbar. Den Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen des Y. _____ sei zu folgen (IV-act. 248).

E. 4.2.15

Eine Abdominaluntersuchung vom 28. Februar 2011 zeigte Veränderungen an der Leber, der Galle, der Bauchspeicheldrüse, der Milz und an den Nieren (IV-act. 258). Dr. S. _____ hielt in seinem Kurzbericht vom 28. Februar 2011 die bereits in seinen früheren Berichten erhobenen Diagnosen fest (IV-act. 259). Auch Dr. B. _____ hielt in seinem Kurzbericht vom 1. März 2011 die bereits in seinen vorangehenden Berichte aufgeführten Diagnosen fest (IV-act. 260). Ferner reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. C. _____, private Krankenanstalt B. _____, Oslomej, vom 2. März 2011 ein, woraus hervorgeht, dass der Beschwerdeführer regelmässig zu Untersuchungen und zur Behandlung seiner Beschwerden die Krankenanstalt aufsucht. Neben den bereits in den Berichten der Dres. B. _____ und S. _____ aufgeführten Diagnosen wurde Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 261).

E. 4.2.16

Am 7. April 2011 gab Dr. med. U. _____ des RAD seine Stellungnahme zum Gutachten des Y. _____ und zu den neu eingereichten Unterlagen ab (IV-act. 264). Am 19. Mai 2011 erging eine Stellungnahme zu weiteren neu eingereichten ärztlichen Berichten aus Mazedonien (IV-act. 266). 5.

E. 5

Hypercholesterinämie

E. 5.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach sind die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige

Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind. Für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten ausschlaggebend (BGE 125 V 352 E. 3.a). Aufgabe des regionalen ärztlichen Dienstes ist es, zu Handen der Verwaltung den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen. Dazu gehört auch, bei sich widersprechenden medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei.

E. 5.2

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

E. 5.3

Auf Grund der insoweit übereinstimmenden medizinischen Unterlagen ist ausgewiesen, dass - aufgrund des Fussleidens - in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich gegeben ist. Während die Vorinstanz jedoch davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer trotz seiner internistischen und psychischen Leiden in einer adaptierten Tätigkeit voll einsatzfähig ist, hält der Beschwerdeführer dafür, dass ihm auch eine körperlich leichte Tätigkeit wegen seiner internistischen und psychischen Leiden nicht möglich sei. Im Gutachten des Y. _____ wird festgehalten, gemäss Akten sei für den bisherigen Verlauf von einer nicht optimal eingestellten Blutzuckerstoffwechsellage auszugehen. Die Ärzte aus Mazedonien erwähnten die Diagnose diabetische Nephropatie, welche Diagnose sie aufgrund eines Ultraschallbefundes gestellt hätten. Die Laborwerte von Kreatinin und Harnstoff vom 7. Februar 2008 seien indessen normal, eine Mikroalbuminurie sei nicht analysiert worden, so dass nicht von einer gesicherten diabetischen Nephropathie auszugehen sei. Diese Diagnose könnte mit dem Nachweis einer

Mikroalbuminurie oder mittels Biopsie gestellt werden. Unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wird sodann ausgeführt "diabetische Nephropathie nicht ausgeschlossen". Ferner wird erwähnt, seit Jahren bestehe eine arterielle Hypertonie. Von den mazedonischen Ärzten werde von einer malignen Hypertonie gesprochen. Es liege eine arterielle Hypertonie vor, welche bisher nicht habe eingestellt werden können. Diagnostisch stelle sich die Frage nach einer sekundären Hypertonie, also z.B. einer renovaskulären oder einer endokrinen. Sofern der Blutdruck trotz Intensivierung der antihypertensiven Therapie nicht normalisiert werden könne, sei eine sekundäre Hypertonieform auszuschliessen. Weiter wird im Gutachten ausgeführt, in den mazedonischen Berichten würde ein Hypertonikerherz erwähnt, wobei die für diese Diagnose notwendige Echokardiographie bisher nicht durchgeführt worden sei. Des weiteren sei bei dieser schweren arteriellen Hypertonie vermutlich von einer hypertensiven Herzkrankheit auszugehen, welche allerdings echokardiographisch bestätigt werden müsste. Die anamnestische Angabe von thorakalem Druck bei leichten körperlichen Anstrengungen sei verdächtig auf eine Angina pectoris, welche Diagnose in den mazedonischen Berichten mehrmals erwähnt worden sei. Die Belastungs-EKG-Untersuchung habe aber keine diesbezügliche Bestätigung ergeben. Möglicherweise sei der belastungsabhängige als Druck empfundene Schmerz thorakal im Rahmen der Hypertonie zu sehen. Bei Persistenz der Thoraxbeschwerden trotz Normalisierung der Blutdruckwerte müsste eine Myokardperfusionsszintigraphie zum Nachweis bzw. Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit durchgeführt werden.

E. 5.4

Damit ist für die Beurteilung der Frage, ob der Beschwerdeführer aufgrund seiner internistischen Leiden in einem rentenbegründenden Ausmass invalid ist, erst möglich, wenn folgende Untersuchungen, welche die Gutachter selber aufwerfen, durchgeführt werden: Mikroalbuminurie oder Biopsie zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie; Untersuchungen zum Ausschluss einer sekundären Hypertonie; Echokardiographie zum Ausschluss eines Hypertonikerherzes sowie eine Myokardperfusionsszintigraphie zum Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit. Was die psychischen Beschwerden anbelangt, so schloss sich bereits Dr. med. Hauser in seinem Gutachten vom 13. Dezember 2005 in den wesentlichen Punkten der Einschätzung des Dr. med. S. _____ an. Im Gutachten des Y. _____ wird sodann nachvollziehbar dargelegt, dass dem Beschwerdeführer ausser der Schmerz- und Symptomfehlverarbeitung mit Selbstlimitierung im Sinne einer anhaltenden Schmerzstörung und gelegentlichen Verstimmungszuständen im Sinne einer Dysthymie, die das Ausmass einer depressiven Erkrankung nicht erreichen, keine weitere psychiatrische Diagnose von Belang mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden kann (IV-act. 245 S. 35 ff.). Auf die Berichte aus Mazedonien, welche die Diagnosen Depression mit Suizidtendenzen nicht weiter begründen, ist nicht abzustellen.

E. 5.5

Das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, hat grundsätzlich die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionenvorzunehmen (ZAK 1987 S. 264 E. 2a, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2001 S. 113 E. 3a; Rechtsprechung und Verwaltungspraxis - Kranken- und Unfallversicherung [RKUV] 1999 Nr. U 332 S. 193 E. 2a/bb und 1998 Nr. U 313 S. 475 E. 2a). Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die

Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn aufgrund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten bzw. andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die der Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle entgegenstehen würden. 6. Die Beschwerde ist somit insofern teilweise gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 7. Juni 2011 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 6

Chronische Bronchitis

E. 7

Wahrscheinlich biventrikuläre Herzinsuffizienz. Ergänzend hielt Dr. med. H. _____ fest, mit den Schlussfolgerungen von Dr. med. S. _____ in seinem Gutachten vom 11. Juli 2003 stimme er im Wesentlichen überein. Allerdings habe der Unfall vom August 1992 und die nachfolgende Zeit mit der chronischen Schmerzsymptomatik die Charakterzüge der vorbestehenden Persönlichkeitsstörung wesentlich verstärkt, was zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt habe und führe. Komme hinzu, dass sich der körperliche Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verschlechtert habe; er leide unter einer Hypertonie (196/114 mmHg), einem Diabetes mellitus, einer Hypercholesterinämie, chronischer asthmoider, wahrscheinlich kardialer Bronchitis bei gleichzeitigen Unterschenkelödemen, welche auf eine Herzinsuffizienz hinwiesen. Bezüglich der Compliance im Hinblick auf die Medikamenteneinnahme könne er keine Angaben machen. Ein Mensch mit dieser körperlichen Symptomatik sei allerdings arbeitsunfähig (IV-act. 161).

E. 7.1

Die Verfahrenskosten hat in der Regel die unterliegende Partei zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der unterliegenden Vorinstanz sind allerdings keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

Der Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigung vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands ist dem vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.- zuzusprechen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.