

# **BVGer B-8110/2010 vom 24. Juli 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-07-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_B-8110\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-8110_2010)

FR: TAF B-8110/2010 du 24 juillet 2013

IT: TAF B-8110/2010 del 24 luglio 2013

## **Regeste**

Invaliditätsbemessung

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA. Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA (Vorinstanz) vom 27. Oktober 2010. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.2**

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der Verfügung vom 27. Oktober 2010 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

### **E. 1.3**

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Die Abteilung II des Bundesverwaltungsgerichts hat das vorliegende Beschwerdeverfahren im Zuge einer Entlastungsmassnahme der Abteilung III übernommen. Die ursprüngliche Verfahrensnummer C-8110/2010 wurde deshalb in B-8110/2010 geändert.

### **E. 1.4**

Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren VwVG; SR 172.021) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

## **E. 2**

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Mazedonien und lebt dort, so dass vorliegend das am 1. Januar 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über die Soziale Sicherheit vom 9. Dezember 1999 (SR 0.831.109.520.1) anwendbar ist. Gemäss Art. 4 Abs.

1 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaats den Angehörigen dieses Vertragsstaats bzw. deren Angehörigen und Hinterlassenen gleichgestellt; abweichende Bestimmungen bleiben vorbehalten. Demnach richtet sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung nach schweizerischem Recht, insbesondere dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201).

### **E. 2.2**

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: 27. Oktober 2010) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 2.3**

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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1, BGE 132 V 215 E. 3.1.1), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 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. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens per Ende Juni 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen BGE 138 V 475). Vorliegend hat sich der Beschwerdeführer im Oktober 2009 (und damit nach diesem Stichtag) bei der Vorinstanz zum Leistungsbezug angemeldet. Es ist damit grundsätzlich das per 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG anwendbar sowie die materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV, welche am 1. Januar 2008 in Kraft traten (5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet 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]), da die angefochtene Verfügung vor Inkrafttreten der entsprechenden Bestimmungen ergangen ist (vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2003, Art. 82 Rz. 5 und 6).

### **E. 2.4**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG auf Grund von

Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG 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. 2.5**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.6**

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Das Gericht hat im Sozialversicherungsprozess seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Es hat 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). Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, welcher eine umfassende und pflichtgemässe Würdigung beinhaltet.

### **E. 3**

Im vorliegenden Verfahren ist in der Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente abgewiesen hat.

#### **E. 3.1**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall mindestens während dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Der Beschwerdeführer hat in der Schweiz während der Dauer von rund 20 Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, womit die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente zweifelsohne erfüllt sind. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer als invalid im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist.

#### **E. 3.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Sie wird definiert als eine durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei

Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). 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). 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 ATSG).

### **E. 3.3**

Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung). Hiernach haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Bst. c). Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 Prozent entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft, denen bei einem Invaliditätsgrad ab 40 Prozent eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft Wohnsitz haben. Diese Ausnahme ist vorliegend gegeben, da die Staatsangehörigen Mazedoniens den Schweizer Bürgern gleichgestellt sind (E. 2.1 hiervor).

### **E. 3.4**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

### **E. 3.5**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, welche im Aufgabenbereich (meistens im Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich in diesem Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Bemessungsmethode, vgl. Art. 28 Abs. 2bis IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung, bzw. Art. 28a Abs. 2 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder teilzeitlich erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 146 E. 2c mit Hinweisen). Nachdem der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben vor dem seines Gesundheitsschadens nicht erwerbstätig war (vgl. Fragebogen für den Versicherten in IV-Akt. 15), ist vorliegend Invalidität gemäss der spezifischen Methode zu bemessen.

### **E. 3.6**

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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

#### **E. 3.6.1**

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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

#### **E. 3.6.2**

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer

Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle (EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des Bundesgerichts 9C\_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

#### **E. 4**

Aus den wichtigsten der in den Akten befindlichen medizinischen Berichten ergibt sich Folgendes:

##### **E. 4.1**

Gemäss Austrittsbericht vom 24. September 2007 (IV-Akt. 25) war der Versicherte vom 19. August 2007 bis 24. September 2007 in der psychiatrischen Klinik E. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Bereits zu einem früheren Zeitpunkt habe eine Hospitalisierung gegen den Willen des Versicherten stattgefunden infolge von Unruhe, verwirrtem Zustand, verbaler und physischer Aggressivität, Destruktivität, wahnsinnigen Ideen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und Funktionsstörungen. Zum ersten Mal seien psychische Störungen im Jahr 2001 aufgetreten, die sich durch Besorgnis, Aufgeregtheit und Arroganz geäußert hätten. Es habe sich hierbei um eine reaktive Psychose gehandelt, die eine Woche gedauert habe. In der Folge hätten sich die Symptome nach und nach aufgelöst und der Zustand des Versicherten habe sich stabilisiert. Nach weiteren zehn Tagen habe sich der psychische Zustand erneut verschlechtert, ohne dass dies durch ein konkretes Ereignis ausgelöst worden wäre. In der Familienanamnese finde sich keine entsprechende Vorbelastung. Bei Eintritt in die Klinik sei der Versicherte psychisch angespannt gewesen und habe arrogant, unverschämt und introvertiert gewirkt. Ohne es zu merken, habe er ununterbrochen sowie unstrukturiert gesprochen. Seine Äusserungen hätten von einem paranoiden Wahn respektive von Grössenwahn gezeugt. Die Stimmung des Versicherten sei pseudomanisch, affektiv hypersensibel und emotional labil gewesen. Auch nach dem Klinikaufenthalt sei die Fortsetzung der psychiatrischen Betreuung und medizinischen Behandlung angeordnet worden. Der Chefarzt der Klinik (Neuropsychiater, Name nicht erkennbar) stellte die Diagnose akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10: F23.9).

##### **E. 4.2**

Im Arztbericht vom 14. Juli 2009 (IV-Akt. 26) stellte die Kommission zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des mazedonischen Versicherungsträgers beim Versicherten folgende Diagnosen: · akute vorübergehende psychotische Störung · Status nach akuter Psychose (PTSR) Auf Grund dieser Veränderung des Gesundheitszustands, welche nicht durch eine Behandlung verbessert werden könne, folgerte sie, der Versicherte habe seine Arbeitsfähigkeit dauerhaft verloren (allgemeine Arbeitsunfähigkeit). Die Arbeitsunfähigkeit bezifferte sie auf 80 %.

#### **E. 4.3**

Im "detaillierten Arztbericht" vom 14. Juli 2009 zitierte die Kommission verschiedene Arztberichte von Dr. F.\_\_\_\_\_ des Jahres 2009 in welchen dieser eine schizo-afektive Psychose diagnostiziert habe, sowie eine Kontrolluntersuchung vom 4. Mai 2009, in welcher die Ärzte Dres. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ die Diagnose Schizophrenie gestellt hätten (N.B.: Beide Arztberichte befinden sich nicht in den vorinstanzlichen Akten).

#### **E. 4.4**

Die Vorinstanz hat in der Folge (vor Erlass des Vorbescheids vom 24. September 2010) die vorliegenden Medizinalakten aus Mazedonien dem RAD unterbreitet. RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, würdigte in seiner Stellungnahme vom 15. September 2010, dass weder die von Dr. F.\_\_\_\_\_ gestellte Diagnose der schizoaffektiven Störung noch die durch die Ärzte Dres. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ diagnostizierte Schizophrenie zutreffe. Keine der Diagnosen würde dem in den Medizinalakten beschriebenen Zustand des Versicherten entsprechen. Überdies hätten sich während des Aufenthalts des Versicherten in der Schweiz keine Hinweise auf eine präpsychotische Störung gezeigt, welche das Auftreten einer schizoaffektiven Störung im fortgeschrittenen Alter erklären könnten. Zusammenfassend hielt Dr. D.\_\_\_\_\_ fest, sowohl im Austrittsbericht vom 24. September 2007 als auch im detaillierten Arztbericht vom 14. Juli 2009 sei die Diagnose ICD-10 F.23, und somit eine vorübergehende gesundheitliche Einschränkung, gestellt worden. Dr. D.\_\_\_\_\_ stellte gestützt darauf in seiner Beurteilung beim Versicherten eine (im Jahr 2007) nachlassende, akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10: F23) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Gemäss den Kriterien der ICD-10-Klassifizierung handle es sich hierbei um eine Gesundheitsbeeinträchtigung, die (mit schizophrenen Symptomen) nicht länger als einen Monat andauere. Nachdem der Versicherte aktuell keine psychotischen Symptome aufweise, sei nun die Diagnose Status post Psychose acuta (PTSR) anzuwenden. Auch hier handle es sich um eine, sich auf die Vergangenheit (das heisst die Zeit während des Aufenthalts des Versicherten in der psychiatrischen Klinik in E.\_\_\_\_\_ vom 19. August 2007 bis 24. September 2007) beziehende Diagnose. Diese Diagnose habe keine Invalidität im Sinne des schweizerischen Sozialversicherungsrechts zur Folge. Insgesamt sei der Versicherte gemäss der vorliegenden medizinischen Unterlagen in der Lage, auf dem freien Markt vollzeitig zu arbeiten. Ausserdem sei es ihm zuzumuten, sich zur Verbesserung seines Gesundheitszustands einer medizinischen Behandlung zu unterziehen (IV-Akt. 28).

#### **E. 4.5**

Im vorinstanzlichen Vorbescheidverfahren sowie im vorliegenden Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer neun Kurzberichte, datierend von August 2009 bis November 2010, sowie einen Entlassungsbrief betreffend einen stationären Spitalaufenthalt des

Versicherten vom 9. September 2009 bis 17. September 2009 in der öffentlichen Gesundheitseinrichtung des klinischen Spitals I.\_\_\_\_\_, je von Dr. F.\_\_\_\_\_, dem behandelnden Psychiater, eingereicht. Im letzten Kurzbericht vom 1. November 2010 stellte Dr. F.\_\_\_\_\_ die Diagnose schizophrene Psychose. In den vier Berichten von März bis September 2010 diagnostizierte er jeweils eine affektive Psychose. In den älteren Berichten von August 2009 bis Juli 2010 alternierten die Diagnosen schizophrene Psychose sowie bipolare affektive Störung (ICD-10 F. 31.1, insbesondere im erwähnten Austrittsbericht).

#### **E. 4.6**

Wie vorangehend ausgeführt, sind für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2010 massgebend (siehe vorne E. 2.2). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 116 V 80 E. 6b ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen). Vorliegend erging der letzte Arztbericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 1. November 2010 erst nach der streitbezogenen Verfügung vom 27. Oktober 2010. Nachdem Dr. F.\_\_\_\_\_ in diesem Bericht indessen erneut die Diagnose schizophrene Psychose stellte, welche bereits in seinen früheren Berichten von August 2009 bis Juli 2010 Erwähnung fand, ist dieser Bericht von der nachfolgenden Würdigung der vorliegenden Medizinalakten nicht auszuschliessen.

#### **E. 5**

In Würdigung der vorerwähnten Arztberichte ergibt sich damit, dass beim Versicherten im Jahr 2007 im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt die Diagnose einer akuten vorübergehenden psychotischen Störung (ICD-10: F23.9) gestellt wurde. Offenbar ergingen alsdann im Jahre 2009 mehrere Arztberichte von Dr. F.\_\_\_\_\_ sowie ein Bericht der Ärzte Dres. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ - welche dem Bundesverwaltungsgericht indessen nicht vorliegen -, in denen die Diagnosen einer schizo-affektiven Psychose sowie einer Schizophrenie Erwähnung fanden. Während der Zeit von August 2009 bis November 2010 stand der Versicherte alsdann in einer regelmässigen psychiatrischen Behandlung bei Dr. F.\_\_\_\_\_, wie dessen zahlreichen, im Beschwerde- sowie im Vorbescheidverfahren eingereichten Bestätigungsschreiben zu entnehmen ist. Die Berichte der Kommission zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des mazedonischen Versicherungsträgers vom 14. Juli 2009 sowie von RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 15. September 2010 hingegen ergingen ohne vorgängige persönliche Untersuchung des Versicherten auf Grund der Akten. Weder der Kommission des mazedonischen Versicherungsträgers noch dem RAD lagen die sich heute in den vorinstanzlichen Akten respektive in den Akten des Beschwerdeverfahrens befindlichen Arztberichte von Dr. F.\_\_\_\_\_ vor. So fand namentlich die von Dr. F.\_\_\_\_\_ in den älteren Arztberichten von März bis September 2010 mitunter gestellte Diagnose der bipolaren affektiven Störung keinen Eingang in die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Vertrauensärzte des mazedonischen respektive schweizerischen Versicherungsträgers.

#### **E. 6**

In seiner Stellungnahme vom 15. September 2010 befand RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der von Dr. F.\_\_\_\_\_ sowie der Ärzte Dres. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen schizoaffektive Störung respektive Schizophrenie, diese würden nicht

zutreffen, da sie nicht dem beschriebenen Zustandsbild des Versicherten entsprächen. Dr. D.\_\_\_\_\_ lagen im Zeitpunkt seiner Stellungnahme ausschliesslich der Austrittsbericht vom 24. September 2007 (IV-Akt. 25) sowie der detaillierte Arzttrapport der Kommission zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des mazedonischen Versicherungsträgers vom 14. Juli 2009 (IV-Akt. 26) vor. Hiervon basiert lediglich der erste auf einer persönlichen Untersuchung des Versicherten. Entsprechend enthält nur dieser, von September 2007 datierende sowie im Zeitpunkt des Erlasses der RAD-ärztlichen Stellungnahme drei Jahre alte Bericht eine ausführliche Beschreibung des (damaligen) Zustands des Versicherten. Trotz der Hinweise auf eine fortgesetzte psychiatrische Behandlung durch die im Arzttrapport der Kommission zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des mazedonischen Versicherungsträgers vom 14. Juli 2009 erwähnten Berichte von Dr. F.\_\_\_\_\_ sowie der Ärzte Dres. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ und ungeachtet der in diesen gestellten Diagnosen nahm Dr. D.\_\_\_\_\_ seine Beurteilung hinsichtlich eben dieser Diagnosen ausschliesslich auf Grund des älteren Austrittsberichts vom 24. September 2007 vor und verneinte deren Richtigkeit. Die Einholung einer aktuellen psychiatrischen Untersuchung des Versicherten hielt er nicht für erforderlich.

#### **E. 7**

Die Vorinstanz hat sowohl in der angefochtenen Verfügung als auch in ihrer Vernehmlassung vom 16. Februar 2011 auf die erwähnte Stellungnahme des RAD vom 15. September 2011 abgestellt. Ungeachtet der zwischenzeitlich durch den Beschwerdeführer ins Recht gelegten, diversen Arztberichte von Dr. F.\_\_\_\_\_ sah sie davon ab, diese erneut ihrem RAD zu unterbreiten. Wie bereits vorangehend in E. 6 erwähnt, konnte sich dieser infolgedessen namentlich zu der von Dr. F.\_\_\_\_\_ zu Beginn im September sowie November 2009 gestellten Diagnose der bipolaren affektiven Störung nie äussern. Damit hat die Vorinstanz die Frage, ob der Versicherte aktuell nach wie vor an psychischen Gesundheitsbeschwerden leide, nicht genügend abgeklärt. Insbesondere stellt der letzte, auf einer persönlichen Untersuchung des Versicherten beruhende, dessen Anamnese sowie auch die vom Versicherten beklagten Beschwerden berücksichtigende Bericht vom 24. September 2007 in zeitlicher Hinsicht keine hinreichende Grundlage dar, dies umso mehr, als die hiernach ergangenen Berichte des behandelnden Psychiaters auf andauernde psychische Leiden hindeuten könnten. Dass der RAD - sowie in der Folge gestützt auf dessen Stellungnahme die Vorinstanz - befand, der Versicherte habe ausschliesslich im Jahr 2007 an einer vorübergehenden psychotischen Störung gelitten, womit heute lediglich eine, die Vergangenheit betreffende Diagnose Status post Psychose acuta diagnostiziert werden könne, überzeugt deshalb nicht. Dementsprechend kann auch der auf dieser Diagnose basierenden Feststellung einer vollen Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt werden.

#### **E. 8**

Insgesamt stellt das Bundesverwaltungsgericht fest, dass die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt hat (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Die Beschwerde ist daher gutzuheissen. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. 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 auf Grund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten bzw. andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), 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 IVSTA entgegenstehen würden. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache an die IVSTA zurückzuweisen, damit sie eine aktuelle, auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers basierende psychiatrische Abklärung einhole, die sich namentlich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu äussern hat. Anschliessend hat sie über den Rentenanspruch neu zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 9.9.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen sind. 9.2 Da dem obsiegenden Beschwerdeführer, welcher nicht anwaltlich vertreten war, keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, ist ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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