

# **BVGer C-1349/2014 vom 2. Mai 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-05-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1349\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1349_2014)

FR: TAF C-1349/2014 du 2 mai 2016

IT: TAF C-1349/2014 del 2 maggio 2016

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Der Zeitpunkt der Zustellung der angefochtenen Verfügung ergibt sich nicht aus den Akten und ist laut Auskunft der Vorinstanz nicht mehr nachweisbar (siehe BVGer-act. 23), weshalb die Beschwerde als fristgerecht zu betrachten ist. Auf die formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 9. Januar 2014, mit welcher das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründender Invalidität abgelehnt wurde. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Serbien und hat dort seinen Wohnsitz, weshalb das im Verhältnis zur Republik Serbien bis heute gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung kommt (vgl. BGE 139 V 263 E. 3). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenrente gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beantwortet sich die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 9. Januar 2014) 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. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 9. Januar 2014 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 4**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

### **E. 5.1**

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).

### **E. 5.2**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG 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 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

### **E. 5.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (so auch Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens). Vorbehältlich einer - hier nicht vorliegenden - abweichenden staatsvertraglichen Regelung entsteht bei Versicherten im Ausland der Rentenanspruch folglich nur dann, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sind und der Invaliditätsgrad nach Ablauf der Wartezeit mindestens 50 % beträgt (vgl. BGE 121 V 264 E. 5 und 6; 130 V 253).

#### **E. 5.4**

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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 5.5**

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 5.6**

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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Diesen Anforderungen genügende Berichte regionaler ärztlicher Dienste können einen vergleichbaren Beweiswert haben wie ein Gutachten (Art. 49 Abs. 2 IVV; BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 254 E. 3.3.2).

#### **E. 5.7**

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der

Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

#### **E. 6.1**

Die Vorinstanz geht gestützt auf die Einschätzung des RAD davon aus, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Landwirt ab 24. Januar 2012 zu 100 % eingeschränkt sei. In einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit bestehe dagegen keine Einschränkung.

#### **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass er nicht mehr in der Lage sei, irgendeine Arbeit auszuüben.

#### **E. 7**

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

##### **E. 7.1**

Laut Austrittsbericht vom 5. Mai 2006 war der Beschwerdeführer vom 24. März bis 5. Mai 2006 in der neurologischen Abteilung des Klinischen Zentrums C. \_\_\_\_\_ hospitalisiert und wurde dort am 11. April 2006 an der Bandscheibe operiert (Laminektomie L3 und L4). Als Diagnose vor der Behandlung wurde ein Cauda-equina-Syndrom aufgeführt. Als Austrittsdiagnosen wurden eine Parese des Nervus peronei links, eine Diskushernie L3/L4 sowie eine Spinalkanalstenose genannt. Im Bericht wird ausgeführt, dass der Beschwerdeführer notfallmässig wegen Schmerzen im Rücken und im linken Fuss eingetreten sei. Er habe vor Eintritt an Verstopfungen gelitten und habe nicht urinieren können. Die durchgeführten CT- und IRM-Untersuchungen hätten eine Verengung des Spinalkanals L3/L4 und L4/L6 und eine Extrusion der Bandscheibe L3/L4 gezeigt. Die Operation sei nicht erfolgreich gewesen (act. 59).

##### **E. 7.2**

Der Beschwerdeführer war wegen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule, einem Sturz auf den linken Fuss, Schwierigkeiten beim Gehen sowie Problemen beim Wasserlassen und beim Stuhlgang vom 29. März bis am 10. April 2012 in der neurologischen Abteilung des Klinischen Zentrums C. \_\_\_\_\_ hospitalisiert, wo er am 9. April 2012 auch radiologisch untersucht wurde. Im Austrittsbericht vom 10. April 2012 wurden als initiale Diagnosen eine lumbale Spinalkanalstenose, eine Radikulopathie L5-S1 beidseits, eine Parese des Nervus peronei links, ein Status nach Operation der Diskushernie L3-L4, Bluthochdruck sowie eine Hyperlipoproteinämie genannt. Ein MRI habe einen Verlust der Lordose im Bereich der Lendenwirbelsäule gezeigt. Es seien auch degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule zu beobachten (Modic Typ II). Auf dem Niveau L2-L3 bestehe eine Diskushernie mit Druck auf den Duralsack. Die vertebralen Nervenwurzeln seien frei. Auf diesem Niveau bestehe eine absolute Stenose des Vertebralkanals. Auf dem Niveau L5-S1 sei eine Diskusprotrusion ohne Druck auf den Duralsack zu beobachten. Die Nervenwurzeln seien frei. Der Conus medullaris befinde sich auf der Höhe L2. Intervertebral seien keine Ausdehnungen und destruktive Veränderungen ersichtlich (act. 32).

### **E. 7.3**

Vom 31. Mai bis 19. Juni 2012 erfolgte eine stationäre Rehabilitation im Zentrum für physikalische Medizin und Rehabilitation des Klinischen Zentrums C.\_\_\_\_\_. Im entsprechenden Austrittsbericht wurden die folgenden Diagnosen festgehalten: lumbale Spinalkanalstenose, Radikulopathie L5-S1 beidseits (G54.4), Parese des Nervus peronei links (G57.3), Status nach Operation der Diskushernie L3-L4 vor sechs Jahren (Z09.0) sowie ein Cauda-equina-Syndrom (G82). Es wurde berichtet, dass der Beschwerdeführer wegen sakraler Schmerzen, Schwäche im linken Fuss und Schwierigkeiten beim Gehen bereits mehrmals hospitalisiert gewesen sei. Die Operation im Jahr 2006 habe keine Verbesserung seines Zustandes bewirkt. Der Zustand sei definitiv. Der Beschwerdeführer könne mit der Hilfe von Krücken selbstständig laufen. Die Grobmotorik im Bereich der unteren Extremitäten sei geschwächt. Es bestünden Schwierigkeiten bei der Kontrolle des Schliessmuskels (act. 16).

### **E. 7.4**

Im Gutachten der Kommission der zweiten Instanz des serbischen Versicherungsträgers vom 27. Juli 2012 stellte der Chirurg Dr. med. D.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen: - Status nach Operation der Diskushernie L3-L4 - Bandscheibenschäden im Bereich der Lendenwirbelsäule - Radikulopathie L5 und S1 beidseits - Parese des Nervus peronei links - Paraparese - Stuhl- und Urininkontinenz Der Gutachter hielt unter anderem fest, dass sich im Bereich der lumbo-sakralen Wirbelsäule eine Schmerzempfindlichkeit zeige mit eingeschränkter Beweglichkeit mittleren Grades sowie einem Spasmus der paravertebralen Muskulatur. Im Bereich der oberen Extremitäten sei der Befund unauffällig. Bezüglich der unteren Extremitäten beschrieb der Gutachter eine erschwerte Beugung des linken Fusses aufgrund der Peroneuslähmung. Zudem könne eine beidseitige chronische Radikulopathie L5-S1 bestätigt werden. Der psychische Status sei unauffällig. Der Beschwerdeführer beklage sich über häufiges Entleeren der Blase. Ein selbständiges Gehen sei mit Hilfe von Krücken möglich. Es gebe Anzeichen auf Inkontinenz und auf eine Paraparese. Der Gutachter kam zum Schluss, dass ein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit seit dem 26. Juli 2012 bestehe (act. 5).

### **E. 7.5**

Nachdem das Gutachten des serbischen Versicherungsträgers dem RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vorgelegt worden war, hielt dieser am 25. März 2013 fest, dass die vorliegende medizinische Einschätzung lückenhaft und teilweise widersprüchlich sei. Es sei ihm nicht möglich, die Diagnosen zu objektivieren. Der RAD-Arzt äusserte Zweifel am gleichzeitigen Vorliegen einer so grossen Anzahl organischer Leiden, zumal keine aktuelle neuroradiologische Untersuchung und kein Elektroneuromyogramm (ENMG) durchgeführt worden seien. Es wäre möglich, dass der Beschwerdeführer an einschränkenden Beschwerden an der Lendenwirbelsäule leide. Ohne objektive Dokumente sei er aber nicht bereit, das gleichzeitige Bestehen von vier radikulären Beschwerden unterhalb des Niveaus der operierten Diskushernie, ein Cauda-equina-Syndrom, eine Einschränkung des Spinalkanals, eine Lähmung, eine Peroneal-Neuropathie und Probleme beim Stuhlgang anzuerkennen. Bezüglich der lumbalen Beschwerden sei ein ENMG sowie ein IRM (oder CT), das weniger als ein Jahr alt sei, nötig. Bezüglich der urologischen Probleme sei ein aktueller urologischer Bericht einzuholen (act. 18).

### **E. 7.6**

Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Ärztin am Medizinischen Zentrum, Neurologie, der Poliklinik C.\_\_\_\_\_ berichtete am 14. April 2013, dass sie den Beschwerdeführer wegen Schmerzen im Kreuz, Schwäche im linken Fuss und erschwelter Bewegung bereits mehrmals physikalisch behandelt habe, zuletzt im Mai 2012. Sie nannte die folgenden Diagnosen: - lumbale Spinalkanalstenose - Radikulopathie L 5 und S1 beidseits (G54.4) - Parese des Nervus peronei links - Status nach Operation der Diskushernie L3-L4 - Syndrom cauda equine (G82) Die Ärztin berichtete, dass die Funktionalität unverändert sei gegenüber der früheren Untersuchung. Beim Beschwerdeführer seien die selbständige Fortbewegung mithilfe zweier Krücken erschwert sowie der Gang und das Stehen auf Zehen und Fersen nicht möglich. Die Kontrolle des Schliessmuskels sei erschwert (act. 24).

### **E. 7.7**

Im Bericht vom 16. April 2013 von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, werden die bereits bekannten Diagnosen genannt und ein Zustand mit Schwäche in den Beinen, ein perianogenitales Taubheitsgefühl und eine Inkontinenz beim Wasserlassen beschrieben. Es bestehe eine Invalidität I. Kategorie (act. 23).

### **E. 7.8**

Der Neurochirurg Dr. med. H.\_\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 17. April 2013 neben den bereits bekannten Diagnosen auch eine Paraplegie und Tetraplegie (G82) sowie eine nicht spezifische Monoplegie (G83.3). Er beschrieb folgenden Status: Gang mit orthopädischen Hilfen, erschwerte Kontrolle des Schliessmuskels, Befund auf KN ordentlich. Der funktionelle Zustand sei definitiv. Es bestehe eine Invalidität I. Kategorie (act. 22).

### **E. 7.9**

Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Spezialist für Urologie, berichtete am 25. April 2013, dass der Beschwerdeführer an einer Prostatahypertrophie, einem RUI, einer Dysurie, einer Urininkontinenz, einer Zyste am Nebenhoden links sowie an einer chronischen Gallenblasenentzündung leide. Der Beschwerdeführer sei nicht fähig, zu arbeiten (act. 30).

### **E. 7.10**

Am 29. April 2013 wurde im Zentrum für Neurologie, Abteilung für EMG und evozierte Potentiale, Klinisches Zentrum C.\_\_\_\_\_ ein ENMG durchgeführt. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Spezialist für Neurologie, hielt in seinem Bericht fest, dass der ENMG-Befund eine Unterbrechung der Kontinuität des Radix L5 und S1 links, wie auch das Bestehen einer sehr starken chronischen neurogenen Läsion in Richtung der Nervenwurzel L4 beidseits, wie auch bei L5 und S1 rechts, zeige (act. 40).

### **E. 7.11**

Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, führte beim Beschwerdeführer am 30. Mai 2013 eine CT-Untersuchung der Wirbelsäule durch und hielt in ihrem Bericht fest, dass keine Spinose auf dem Niveau L4 bestehe. Auf dem gleichen Niveau zeigten sich postoperative Fortsetzungen und Verengungen des Spinalkanals. Bei L4/L5 zeigten sich inhomogene, hyperdense Inhalte des Diskus, und zwar dorsomedial und beidseitig lateral, mit Anzeichen einer Kompression auf den Duralsack. Dies erstreckte sich auch beidseitig lateral in das Neuroforamen ohne Anzeichen einer Kompression auf die zugehörigen Nervenwurzeln. Es seien Anzeichen von Osteophyten und Markhypertrophie auf dem

gleichen Niveau ersichtlich. Im Bereich L5/S1 zeigten sich degenerative Veränderungen, vergrößerte Formationen von Osteophyten rechts anterolateral, eine Verengung des IV. Bereichs sowie eine Protrusion des Diskus auf breiter Ebene. Die Nervenaustrittskanäle (Neuroforamen) seien erhalten. Die Wirbel des lumbalen Teils der Wirbelsäule seien erhalten geblieben mit vertikalem Durchmesser (act. 39).

#### **E. 7.12**

Im auf eigenen Untersuchungen beruhenden Gutachten der Kommission der ersten Instanz des serbischen Versicherungsträgers vom 27. Juni 2013 stellte der Chirurg Dr. med. K.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen: - Status nach Operation der Diskushernie L3-L4 - Bandscheibenschäden im Bereich der Lendenwirbelsäule - Radikulopathie L5 und S1 beidseits - Parese des Nervus peronei links - Stuhl- und Urininkontinenz Der Gutachter hielt fest, dass beim Beschwerdeführer seit dem 24. Januar 2012 eine Invalidität und auch noch am Untersuchungstag (5. Juni 2013) ein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit bestehe (act. 43).

#### **E. 7.13**

Nach Vorlage des Austrittsberichts vom 10. April 2013, des urologischen Berichts vom 25. April 2013, den Berichten vom 14., 16. und 17. April 2013 sowie den Ergebnissen des ENMG vom 29. April 2013 hielt der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 2. Juli 2013 fest, dass die neuen Unterlagen widersprüchlich seien und immer noch nicht die nötige Qualität aufwiesen, um zu einer Diagnostik zu gelangen (act. 34).

#### **E. 7.14**

Nachdem dem RAD zusätzlich das Gutachten vom 27. Juni 2013 sowie der radiologische Bericht vom 30. Mai 2013 vorgelegt worden waren, hielt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 27. August 2013 fest, dass die neuen Dokumente genügend, um Diagnosen zu stellen und Schlüsse bezüglich der Arbeitsfähigkeit zu ziehen. Die Unterlagen seien in seiner Anwesenheit auch von Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, gelesen worden. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt als Hauptdiagnose eine Radikulopathie S1 links (M47.27) fest. Als Nebendiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule L4-S1 und als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Behandlung einer Diskushernie L3-L4 (M53.87) sowie ein Prostatasyndrom. Die lumbalen Probleme rechtfertigten die Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Landwirt seit 24. Januar 2012 (vom serbischen Versicherungsträger berücksichtigtes Datum). Dagegen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten «seit immer» spätestens aber seit dem 24. Januar 2012. Der RAD-Arzt legte das folgende Zumutbarkeitsprofil fest: hauptsächlich sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, ein- bis zweimal pro Stunde die Beine zu lockern, keine schweren Arbeiten, gelegentliches Tragen von Gewichten bis max. 12-15 kg, kein Gehen auf unebenem Gelände, kein Gehen von mehr als 15-20 Minuten ohne Pause (könne ein- bis zweimal pro Tag wiederholt werden), keine Witterungseinflüsse, kein Einfluss von Nässe und Kälte, keine repetitiven Arbeiten mit Beugung und/oder Drehung des Oberkörpers, keine vornüber geneigten Tätigkeiten. Als zumutbare Verweistätigkeiten bezeichnete er folgende Tätigkeiten: sitzende Tätigkeit im Verkauf per Korrespondenz, Telefon oder Internet, sitzende Tätigkeit als Kassier oder Billetverkäufer, sitzende Tätigkeit im Empfang, als Rezeptionist, als Telefonist, in der Dateneingabe oder der Datenscannung, sitzende

Tätigkeit in der Herstellung von Uhren oder Kleinteilen (act. 49).

#### **E. 7.15**

Der Beschwerdeführer hat einwandweise einen Bericht vom 6. November 2013 der neurologischen Abteilung des Militärspitals M.\_\_\_\_\_ eingereicht, in dem festgehalten wird, dass die CT-Untersuchung eine totale Stenose des Spinalkanals im Segment L3/L4 zeige (act. 58). Zudem hat er zwei neue Berichte vom 7. Oktober 2013 und vom 19. November 2013 eingereicht, die nicht bei den Akten liegen (siehe Zusammenstellung in act. 61).

#### **E. 7.16**

Zu den neu eingereichten Berichten hielt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2014 fest, dass eine extreme Divergenz zwischen den zur Verfügung stehenden Dokumenten und den subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers bestünden. Der CT-Scan der lumbalen Wirbelsäule vom 30. Mai 2013 zeige eine Kanalverengung L4-L5 und degenerative Schäden auf dem Niveau L5-S1. Radikuläre Konflikte seien nicht vorhanden. Das ENMG vom 29. April 2013, das auch von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ gelesen worden sei, zeige keine Parese (und auch keine Paralyse) des linken Unterschenkels und bestätige die Absenz von klinischen Auswirkungen der im Scan beschriebenen Kanalverengung L4-L5. Die im Bericht des Militärspitals M.\_\_\_\_\_ vom 6. Januar 2013 beschriebenen Schädigungen stünden im Widerspruch zu den ENMG-Befunden vom 29. April 2013. Die nicht übersetzten Dokumente vom 7. Oktober 2013 sowie vom 19. November 2013 enthielten keine bisher nicht bekannten Elemente. Es werde ein depressiver Zustand erwähnt, der jedoch nicht behandelt und auch von keinem Arzt bestätigt werde (act. 62).

#### **E. 8**

Unstrittig und aufgrund der medizinischen Aktenlage ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Einschränkungen in seiner angestammten Tätigkeit als Landwirt nicht mehr arbeitsfähig ist. Zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit. Die Vorinstanz ging diesbezüglich gestützt auf die Einschätzung des RAD (vorstehend E. 7.13) davon aus, dass spätestens seit dem 24. Januar 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe.

#### **E. 8.1**

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Auf die Stellungnahme eines versicherungsinternen Arztes kann aber nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügt. Vorliegend hat der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ keine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist nicht an sich ein Grund, um einen versicherungsinternen ärztlichen Bericht in Frage zu stellen (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich

auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteil des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2). Soweit IV-Ärzte wie hier nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des RAD in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD erlauben, sich ein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des RAD nachvollziehbar und schlüssig sind.

### **E. 8.2**

Was die beim Beschwerdeführer vorliegenden Gesundheitsschäden anbelangt, so hat der RAD nicht sämtliche von den behandelnden Ärzten und Gutachter aus Serbien gestellten Diagnosen übernommen. Insbesondere hat der RAD das Vorliegen der von den serbischen Ärzten durchgehend festgestellten Parese des Nervus peronei links gestützt auf die Befunde der ENMG-Untersuchung vom 29. April 2013 verneint. Diese ENMG-Befunde waren indes auch dem serbischen Gutachter bekannt (Gutachten vom 27. Juni 2013; act. 43 S. 5), der zudem eine eigene klinische Untersuchung durchführte. Mit dem Gutachten vom 27. Juni 2013 hat sich der RAD jedoch nicht erkennbar auseinandergesetzt. Der serbische Gutachter und weitere serbische Ärzte diagnostizierten zudem eine Urin- und Stuhlinkontinenz, während der RAD-Arzt von einem Prostatasyndrom ausgeht. In diagnostischer Hinsicht ist somit nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt auszugehen. Überdies hat der RAD die Berichte der serbischen Ärzte vom 10., 14., 16., 17. und 25. April 2013 als widersprüchlich und für die Diagnosestellung als ungenügend bezeichnet. Weiter befindet sich in den Akten ein Gutachten vom 15. Mai 2013, das von der Vorinstanz weder übersetzt noch dem RAD vorgelegt worden ist (act. 25 S. 6 ff.). Daher bestehen Zweifel daran, dass sich der RAD anhand der ihm vorgelegten Akten ein einheitliches und umfassendes Bild über die gestellten Diagnosen und die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers machen konnte.

### **E. 8.3**

Den kurzen Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ist zudem keine überzeugende und nachvollziehbare Begründung zu entnehmen, weshalb er im Gegensatz zur gutachterlichen Einschätzung aus Serbien zur Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit gelangte. In den Akten fehlt jeder Hinweis eines untersuchenden Arztes darauf, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig wäre. Eine erkennbare Auseinandersetzung mit den abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Ärzte aus Serbien fand nicht statt. Der RAD-Arzt stützte seine Einschätzung einzig auf den ENMG-Befund vom 29. April 2013 sowie den CT-Befund vom 30. Mai 2013 ab. Zur Beurteilung von rückenbedingten Einschränkungen ist jedoch das klinische Bild vorrangig, den bildgebenden Abklärungen kommt nur ein ergänzender Stellenwert zu (vgl. Urteil des BGer 8C\_153/2013 vom 10. Mai 2013 E. 3.2). Dem RAD-Arzt standen für seine

Aktenbeurteilung jedoch keine umfassende fachärztliche Beschreibung der Ergebnisse einer klinischen Untersuchung sowie keine nachvollziehbare Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens (Belastungsprofil) zur Verfügung. Zwar haben verschiedene serbische Ärzte den Beschwerdeführer persönlich untersucht, deren Berichte enthalten jedoch keine eingehenden klinischen Erhebungen in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen und wurden auch vom RAD selbst als ungenügend qualifiziert. Zwar hat der RAD die sakralen und lumbalen Rückenbeschwerden dahingehend berücksichtigt, dass er die angestammte Tätigkeit als Landwirt und auch andere körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten als nicht mehr zumutbar erachtete. Inwiefern die Rückenproblematik jedoch eine ganztägig sitzende Tätigkeit ohne Wechselbelastung zulässt, hat der RAD nicht dargelegt. Zudem hat sich der RAD nicht mit den Auswirkungen der von den serbischen Ärzten umschriebenen Stuhl- und Urininkontinenz auseinandergesetzt. Es bestehen diesbezüglich zumindest gewisse Zweifel, ob die vom RAD als zumutbar bezeichneten Verweistätigkeiten mit Publikumsverkehr (Billetverkäufer, Kassier, Tätigkeit im Empfang) ohne quantitative Einschränkung möglich sind (vgl. Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nach Unfall und bei Krankheit der Swiss Insurance Medicine [SIM], 2013, S. 21).

#### **E. 8.4**

Aufgrund der abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte und Gutachter aus Serbien, die von einem vollen Verlust der Arbeitsfähigkeit ausgehen, sowie den dokumentierten, aber nicht restlos geklärten neurologischen Leiden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen insgesamt begründete Zweifel an einer uneingeschränkten, 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden, leidensangepassten Tätigkeit. Insbesondere angesichts der Unklarheiten in der Diagnosestellung sowie der diametral abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Ärzte aus Serbien kann nicht mehr von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt gesprochen werden, der eine blosser Aktenbeurteilung als genügend erscheinen lässt (vgl. Urteil des BGer 9C\_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.2). Im Lichte der eingangs erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Aktenbeurteilungen versicherungsinterner Ärzte kann demzufolge nicht auf die Einschätzung des RAD-Arzt abgestellt werden. Auch auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie auf die beiden Gutachten des serbischen Versicherungsträgers kann nicht abgestellt werden, zumal diese keine den Beweisanforderungen genügende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit enthalten. Der Invaliditätsgrad lässt sich aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten damit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Vorinstanz hätte sich unter diesen Umständen nicht mit einer Aktenbeurteilung des RAD begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen.

#### **E. 9.1**

Das vollständige Fehlen von Abklärungen entscheidewesentlicher Aspekte (insbesondere Fehlen einer beweistauglichen klinischen Untersuchung sowie einer gestützt darauf fachärztliche Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens) zieht grundsätzlich die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren medizinischen Abklärungen nach sich (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Jedoch erweisen sich solche in der konkreten Situation nicht angezeigt, da der Beschwerdeführer im Zeitpunkt seiner Anmeldung bei der schweizerischen Invalidenversicherung bereits 61 Jahre, im Zeitpunkt der angefochtenen

Verfügung 63 Jahre alt war und mittlerweile bereits das Pensionsalter erreicht hat. In BGE 138 V 457 hat das Bundesgericht in Präzisierung seiner bisherigen Rechtsprechung erkannt, dass für die Beurteilung der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit auf jenen Zeitpunkt abzustellen ist, in dem die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben. Eine weitere medizinische Beurteilung nähme mindestens sechs Monate in Anspruch. Der Beschwerdeführer wäre dann über 66 Jahre alt. Im Zeitpunkt, zu dem die Restarbeitsfähigkeit (medizinisch) feststünde, verbleibt dem Beschwerdeführer somit keine Aktivitätsdauer mehr.

### **E. 9.2**

Im vorliegenden Fall ist ausnahmsweise auf Grund des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers anzunehmen, dass er seine Arbeitsfähigkeit im ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten kann (vgl. Urteil 9C\_427/2010 vom 14. Juli 2010 E. 2.4 mit weiteren Hinweisen), zumal hier eine mehrjährige Arbeitsabstinenz besteht und das Belastungsprofil der leidensangepassten Tätigkeit massgeblich eingeschränkt ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_940/2012 vom 12. Dezember 2013 E. 5.3). Darüber hinaus verfügt der Beschwerdeführer laut den Gutachten vom 27. Juli 2012 sowie vom 27. Juni 2013 über keine Qualifikationen (act. 5 S. 1; act. 46 S. 1) und hat in seiner 18 Jahre dauernden Tätigkeit als Landwirt überwiegend wahrscheinlich meist schwere körperliche Arbeiten ausgeführt (vgl. Urteil des BGer 9C\_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2.1). Insgesamt ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keinen Arbeitgeber mehr finden würde, der ihn für eine geeignete, leichte Verweisungstätigkeit einstellte (vgl. dazu auch Urteil des BGer 9C\_751/2013 vom 6. Mai 2014 E. 4.5).

### **E. 9.3**

Das hat zur Folge, dass der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2012 (sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruches) bis zum 30. September 2015 (Eintritt des Rentenalters: [...] 2015; Art. 30 IVG und Art. 21 Abs. 1 und 2 AHVG [SR 831.10]) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben.

### **E. 10.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Kosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 10.2**

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 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.