

BVGer C-1849/2017 vom 16. April 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-04-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1849_2017

FR: TAF C-1849/2017 du 16 avril 2018

IT: TAF C-1849/2017 del 16 aprile 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA.

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 VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG i.V.m. Art. 38 ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

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 (teilweise) gutheissen oder den angefochtenen Entscheid auch mit einer von der Vorinstanz abweichenden Begründung (teilweise) bestätigen (vgl. für viele: Urteil des BVGer C-4166/2014 vom 1. Oktober 2015 E. 1.6 m.w.H.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Serbien, wo er heute lebt. Da zwischen der Schweiz und diesem Nachfolgestaat des ehemaligen Jugoslawiens zwar ein Abkommen über Soziale Sicherheit vereinbart, dieses aber noch nicht ratifiziert wurde, bleiben die Bestimmungen des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend Abkommen) auf den vorliegenden Fall anwendbar (BGE 126 V 203 E. 2b, BGE 122 V 382 E. 1, BGE 119 V 101 E. 3). Demnach bestimmt sich die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, soweit dieser Staatsvertrag keine abweichende Regelung enthält, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 des

Abkommens). Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI 1996 S. 177 E. 1). Für die Beurteilung eines Rentenanspruchs sind die Feststellungen des ausländischen Versicherungsträgers mit Bezug auf den Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI 1996 S. 177 E. 1). Vielmehr unterstehen ausländische Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Richters (vgl. BGE 125 V 351 E. 3; BGE 122 V 157 E. 1c mit Hinweisen).

E. 2.3

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: Verfügung vom 23. Februar 2017) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

E. 2.4.1

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); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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. 2.4.2

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teil-weise 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. 2.4.3

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nicht erwerbstätig einzustufen ist, was Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsbemessung hat (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs bei Vollzeit-erwerbstätigkeit, gemischte Methode bei

Teilerwerbstätigen oder spezifische Methode des Betätigungsvergleichs bei Nichterwerbstätigen (vgl. Art. 8 Abs. 3 und Art. 16 ATSG, Art 5 Abs. 1 und Art. 28a IVG). Dabei ist in zeitlicher Hinsicht auf die Verhältnisse bei Entstehen des hypothetischen Rentenanspruchs abzustellen. Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Die Invalidität wird aufgrund eines Betätigungsvergleichs ermittelt, bei welchem die prozentuale Einschränkung in den einzelnen Teilen des in Frage kommenden Aufgabenbereichs bestimmt wird, wobei die Summe der Einschränkungen den massgebenden Gesamtinvaliditätsgrad ergibt (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Rz. 81 zu Art. 16 m.w.H.).

E. 2.5

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Als weitere Anspruchsbedingung muss eine versicherte Person beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Mindestbeitragsdauer von drei (vollen) Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet haben. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

E. 2.6

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. 3.1

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben

vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; BGE 125 V 193 E. 2; je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3; SVR 2011 UV Nr. 11, Urteil des BGer 8C_693/2010 vom 25. März 2011 E. 10). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. 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 aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C_663/2009 vom 27. April 2010 E. 2.2; zum Ganzen BGE 138 V 218).

E. 3.2.1

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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 m.H.). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des EVG I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

E. 3.2.2

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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). 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 Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a). Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den

IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 4.1

Angefochten ist eine Verfügung der IVSTA, in welcher der Antrag des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente abgewiesen worden ist.

E. 4.2

Vorweg ist Folgendes festzuhalten: Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 1981 bis 2009 mit Unterbrüchen in der Schweiz gearbeitet und Beiträge an die AHV/IV entrichtet hat und eine Gesamtversicherungszeit von weit über drei Jahren in der Schweiz aufweist (s. oben Sachverhalt Bst. A; vgl. IV-act. 31). Somit erfüllt er die Mindestbeitragsdauer nach Art. 36 Abs. 1 IVG (siehe oben E. 2.6). Es bleibt daher zu prüfen, ob der Beschwerdeführer in rentenrelevantem Ausmass invalid ist.

E. 4.3

Der Beschwerdeführer macht ab der Operation vom 15. Oktober 2014 eine gesundheitsbedingte Beeinträchtigung seiner Arbeitsfähigkeit geltend und hat - gemäss Angaben des serbischen Versicherungsträgers, welche die IVSTA übernommen hat - sein Gesuch um Ausrichtung einer Invalidenrente am 6. April 2015 gestellt. Unter Berücksichtigung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (s. oben E. 2.5) und Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht, ist vorliegend das Bestehen eines Rentenanspruchs ab 1. November 2015 zu prüfen.

E. 4.4

Vorweg ist daran zu erinnern, dass der Beschwerdeführer daraus, dass ihm in Serbien eine Invalidenrente zugesprochen worden ist, nichts zu seinen Gunsten ableiten kann (s. oben E. 2.3).

E. 4.5

Der Beschwerdeführer rügt im Wesentlichen, die Vorinstanz habe den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht ungenügend abgeklärt. Insbesondere habe sie sich einzig auf die erste RAD-Stellungnahme vom 23. Februar 2016 abgestützt. Diese sei nicht schlüssig, nur von einem Allgemeinmediziner ausgestellt worden, sei im Verfügungszeitpunkt rund ein

Jahr alt gewesen und trage neueren gesundheitlichen Entwicklungen und neuen medizinischen Unterlagen, die der Beschwerdeführer dem serbischen Versicherungsträger zugestellt habe, die sich aber dennoch nicht in den Akten der IVSTA fänden, nicht Rechnung. Dass die IVSTA die medizinischen Akten dem RAD für eine erneute Beurteilung unterbreitet habe, sei dem Voraktenverzeichnis vom 3. März 2017 nicht zu entnehmen. Unter den gegebenen Umständen hätte die IVSTA - nach Ansicht des Beschwerdeführers - eine medizinische Begutachtung (internistisch/onkologisch und psychiatrisch) anordnen müssen.

E. 4.6

Entgegen der Annahme des Beschwerdeführers lagen der IVSTA im Verfügungszeitpunkt weitere medizinische Unterlagen und zwei weitere RAD-Stellungnahmen vor (s. unten E. 5 ff.). Insbesondere handelt es sich bei der Beschwerdebeilage 4 nicht um einen noch nicht aktenkundigen Bericht von Dr. E._____ vom 7. Oktober 2016, sondern um dessen bereits aktenkundigen Bericht vom 15. September 2016 (IV-act. 62; s. unten E. 5.5.1). Der Beschwerdeführer dringt mit der Rüge, dass die IVSTA nur auf die erste RAD-Stellungnahme abgestützt hat, nicht durch. Der vom Beschwerdeführer eingereichte Bericht von Dr. E._____ vom 20. Dezember 2016 (Beschwerdebeilage 5) war zu diesem Zeitpunkt zwar noch nicht aktenkundig, wurde aber im Rahmen des Beschwerdeverfahrens dem RAD für die vierte RAD-Stellungnahme unterbreitet. Insoweit erweisen sich die Abklärungen der Vorinstanz als vollständig.

E. 4.7

Der Beschwerdeführer ist 2009 nach Serbien zurückgekehrt und war dort zunächst als Hobby-Landwirt und im Haushalt, dann ab ca. Februar 2014 nur noch im Tätigkeitsbereich "Haushalt" tätig (vgl. IV-act. 21 S.1-5, IV-act. 30). Im "Fragebogen für selbständige Landwirte" strich der Beschwerdeführer die Antwortfelder zu den Fragen, ob er wegen seiner Behinderung Betriebsteile habe einschränken oder aufgeben, Familienangehörige habe vermehrt zur Mitarbeit heranziehen und/oder fremde Hilfskräfte habe anstellen müssen, durch. Die Frage der IVSTA, wann er die landwirtschaftliche Tätigkeit aufgegeben habe, beantwortete er - ohne Begründung - mit "ca. Februar 2014". In der angefochtenen Verfügung ging die IVSTA davon aus, dass der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausschliesslich im Haushalt tätig wäre. Dies wurde vom Beschwerdeführer vor Gericht nicht bestritten. Unter diesen Umständen geht das Gericht davon aus, dass der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Beeinträchtigung im Haushalt tätig wäre, ohne landwirtschaftliche Arbeiten auszuführen. Dementsprechend ist für die Ermittlung des Invaliditätsgrades gemäss der speziellen Methode des Betätigungsvergleichs vorzugehen und zu ermitteln, in welchem Umfang der Beschwerdeführer mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen den Haushalt führen kann (Arbeitsfähigkeit im Haushalt).

E. 4.7.1

Um feststellen zu können, in welchem Masse eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, bedarf es im Prinzip einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV BGE 130 V 97 E. 3.3.1 sowie Urteile des BGer 9C_121/2011 vom 31. März 2011 E. 3.1.1 mit Hinweisen und 8C_671/2007 vom 13. Juni 2008 E. 3.2.1). Nach der Rechtsprechung stellen die entsprechenden, nach Massgabe der Verwaltungsweisungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (Kreisschreiben über

Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) eingeholten Abklärungsberichte grundsätzlich eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (vgl. Urteil des BGer I 27/07 vom 24. Januar 2008 E. 6.1; Urteil des EVG I 103/06 vom 6. November 2006 E. 4.1). Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts ist wesentlich, dass er von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Bei Unklarheiten über physische oder psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen sind Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig. Die Angaben der versicherten Person sind zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Abklärungsbericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (vgl. für viele: Urteil des BGer 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1, BGE 130 V 61 E. 6.2; vgl. zum Ganzen für mehrere: Urteil des BVGer C-3961/2014 vom 13. Juli 2016 E. 4.6). Auch wenn bei den im Ausland wohnenden Versicherten mangels geeigneten Abklärungspersonen keine Haushaltabklärung im Sinne einer Abklärung an Ort und Stelle gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV durchgeführt werden kann, muss die Beurteilung einer Beeinträchtigung im Haushalt nach analogen Grundsätzen erfolgen (vgl. Urteile des BVGer C-4781/2008 vom 28. Juni 2010 E. 4.2 und C-5131/2007 vom 16. März 2009 E. 4.2.5). Zwar ist es denkbar, dass bei Wohnsitz der versicherten Person im Ausland auf eine eigentliche Haushaltsabklärung ausnahmsweise verzichtet werden kann. Der Abklärungsbericht muss dann aber eine fachmedizinische Evaluation der Fähigkeiten der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, enthalten. Eine solche Evaluation wird mit Hilfe eines Arztes durchgeführt, wobei eine detaillierte und eingehende Betrachtung der Einschränkungen der versicherten Person nach deren Anhörung durch den Arzt notwendig ist (vgl. Urteil des BGer I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2). Ob eine solche Abklärung im einzelnen Fall genügt, ist anhand der konkreten Umstände und Verhältnisse zu entscheiden (vgl. zum Ganzen: Urteil C-3961/2014 E. 4.6.4; vgl. auch Urteil des BVGer B-3321/2012 vom 28. März 2014 E. 5.1.2 mit Hinweisen).

E. 4.7.2

Soweit die versicherte Person im Haushalt tätig ist, ist zu beachten, dass sie in Befolgung der Schadenminderungspflicht Verhaltensweisen zu entwickeln hat, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihr eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten ermöglichen. Auszugehen ist dabei vom Grundsatz, dass einem Leistungsansprecher im Rahmen der Schadenminderungspflicht Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte. Für die im Haushalt tätigen Versicherten bedeutet dies, dass sie Verhaltensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch

Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer im Haushalt tätigen Person zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung. Geht es um die Mitarbeit von Familienangehörigen, ist danach zu fragen, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einrichten würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären. Dabei darf nach der Rechtsprechung unter dem Titel der Schadenminderungspflicht nicht etwa die Bewältigung der Haushaltstätigkeit in einzelnen Funktionen oder insgesamt auf die übrigen Familienmitglieder überwältzt werden mit der Folge, dass gleichsam bei jeder festgestellten Einschränkung danach gefragt werden müsste, ob sich ein Familienmitglied finden lässt, das allenfalls für eine ersatzweise Ausführung der entsprechenden Teilfunktion in Frage kommt. Im Übrigen ist - wie auch im Erwerbsbereich darauf abzustellen ist, ob die verbleibende Erwerbsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich verwertbar ist, unabhängig davon, ob eine solche Anstellung rechtlich durchsetzbar ist - auch in Bezug auf den Haushaltbereich davon auszugehen, was in der sozialen Realität üblich und zumutbar ist, unabhängig davon, ob eine Mithilfe rechtlich durchsetzbar ist (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 m.w.H.; BGE 130 V 97 E. 3.3.3).

E. 5

0 0 Ernährung

E. 5.1

Im Zeitpunkt der Erstellung der ersten RAD-Stellungnahme (23. Februar 2016; IV-32) enthielten die vorinstanzlichen Akten die folgenden, vorliegend erheblichen medizinischen Dokumente und Aussagen:

E. 5.1.1

Im Arztbericht von Dr. F._____ (Gastroenterohepatohologin; Krankenhaus G._____) vom 3. Oktober 2014 (vgl. IV-act. 12 S. 25 f.; vgl. auch IV-act. 2) wurden die folgenden Diagnosen gestellt: Ulceratio ventriculi regio curvaturae minoris K25 (obs. C16)Pangastritis chr. diffusa erythematos. Bulbitis chr. K29Hiatus hernia - sliding K44Reflux oesophagitis A-B K21

E. 5.1.2

Gemäss dem Entlassungsschreiben mit Epikrise von Dr. H._____ und Prof. Dr. I._____ (Spezialist für Allgemein Chirurgie) des Klinikzentrums J._____, Klinik für Chirurgie des Verdauungstrakts vom 29.10.2014 (IV-act. 7, 12 S. 7; nachfolgend Austrittsbericht) wurde der Beschwerdeführer für eine chirurgische Behandlung des zuvor pathohistologisch verifizierten Adenokarzinoms des Magens in die Abteilung aufgenommen. Nach diversen Untersuchungen sei am 15. Oktober 2014 die folgende Operation durchgeführt worden: Laparotomia mediana superior et partim inferior, Gastrectomia totalis. Lymphadenectomia D2. Omentectomia. Oesophago-jejuno anastomosis T-L cum entero-entero T-L anastomosis sec. Roux-en-Y. Jejunostomia nutritiva sec. Witzel; Drainage spatii subhepatici et spatii subphrenii l. sin. Der postoperative Verlauf sei ordnungsgemäss. Der Patient werde von der Abteilung in einem verbesserten Zustand und mit der Empfehlung zur Einhaltung eines hygienisch-diätetischen Regimes entlassen. Er müsse regelmässig einmal monatlich Vitamin B12, 500 mcg einnehmen. In einem Monat sei auf der Abteilung eine Kontrolluntersuchung durch den

zuständigen Onkologen vorzunehmen.

E. 5.1.3

In ihren Berichten vom 21. November 2014, 19. Dezember 2014, 16. Januar 2015, 13. Februar 2015, 13. März 2015 und 9. April 2015 dokumentierten Dr. K. _____ (zunächst Fachärztin für Allgemeinmedizin, dann Onkologin) und Dr. L. _____ (Onkologin), beide vom Allgemeinen Krankenhaus M. _____, (...) (nachfolgend: Krankenhaus M. _____) eine chemotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers in sechs Zyklen, zuletzt vom 6. bis 9. April 2015 (IV-act. 12 S. 11, 34, 36, 38, 40, 42).

E. 5.1.4

Am 21. April 2015 erstellte Dr. E. _____ (Neuropsychiater; Krankenhaus M. _____, Psychiatrie, ambulante Psychiatrie) im Rahmen einer Untersuchung für die serbische Invalidenkommission einen Arztbericht (IV-act. 12 S. 5; IV-act. 13). Darin stellte er die Diagnose F32.1 (mittelgradige depressive Episode). Der Beschwerdeführer sei seit längerer Zeit angespannt, missgelaunt, lustlos, schlafe schlecht. Er befinde sich in onkologischer Behandlung und werde durch die somatische Erkrankung belastet. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit wesentlich vermindert. Der Beschwerdeführer werde mit 10 mg Lata und 2.5 mg Lorazepam pro Tag behandelt. Die Kontrolle erfolge in einem Monat, bei Bedarf früher.

E. 5.1.5

Am 7. Juli 2015 wurde durch Dr. N. _____, Fachärztin für Physiatrie ein (durch Dr. O. _____, Facharzt für allgemeine Chirurgie, Chef des Fonds bestätigtes) Gutachten des serbischen Versicherungsträgers (Invalidenkommission) erstellt (IV-act. 10, IV-act. 12 S. 1-4; nachfolgend serbisches Versicherungsgutachten). Darin wurden (unter dem Diagnoseschlüssel C16 nach ICD-10) die folgenden Diagnosen erstellt: Neoplasma malignum ventriculi - non specificatum St post Gastrectomiam totalis. Lymphadenectomiam D2, Omentectomiam, Oesophago-jejunoanatomosis T-L cum enteroentero T-L anastomosis sec. St post adj. Haemotherapiam cum 5 FU/LV Hypertensio arterialis Cor hypertensivum comp. MB Lerisch in obs F32.1 Der Beschwerdeführer werde seit 2012 wegen Bluthochdruck behandelt, wegen erhöhten Fettwerten im Blut, Verdachts auf MB Lerisch (recte wohl: Leriche-Syndrom) medikamentös behandelt. Es sei eine Doppler-Sonografie der Wirbelsäule und unteren Extremitäten durchgeführt worden, welche auf eine Okklusion der rechten AFS (arteria femoralis superficialis [oberflächliche Oberschenkelhauptschlagader]) hingewiesen habe. Der Beschwerdeführer sei operativ (15.10.2014) und durch postoperative Chemotherapie 5fu/Lv, 6 Zyklen, behandelt worden, wegen des diffusen Adenokarzinoms des Magens, im Stadium III B. Er befinde sich in psychiatrischer Kontrolle wegen Willenslosigkeit und Überlastung mit somatischer Krankheit. Er klage über gelegentliche Schmerzen im Bauch, Appetitverlust, Gewichtsverlust um ca. 30 kg, gelegentliche Schmerzen und Krämpfe in den Unterschenkeln. Er betone die soziale Problematik. Der Beschwerdeführer sei von mittlerer Körpergrösse (182 cm), wiege 79 kg, weise einen guten Allgemeinzustand, einen schwächeren Ernährungszustand und eine normale Hautfarbe auf. Er sei allseits orientiert und könne sich ohne Hilfe bewegen. Gemäss neurologischem Befund sei der Beschwerdeführer grob neurologisch regelrecht. Der psychische Befund zeige eine herabgesetzte Stimmung. Seit dem Operationstag bestehe ein Körperschaden wegen Krankheit in der Höhe von 80 %. Ab dem Tag der Antragstellung und auch am

Untersuchungstag (07.07.2015) bestehe ein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit wegen Erkrankung. Der Invaliditätsgrad betrage 90 %.

E. 5.2.1

In der ersten RAD-Stellungnahme fasste der erste RAD-Arzt den medizinischen Verlauf wie folgt zusammen: Beim 53jährigen Schichtführer und seit fünf Jahren Hobby-Landwirt (1'300 m²) bestehe seit 2010 eine chronische Gastritis. Am 2. Dezember [recte: Oktober] 2014 sei anlässlich einer Biopsie eines Ulcus ventriculi an der kleinen Kurvatur ein Magen-Karzinom diagnostiziert worden. Als Hauptdiagnose führte Dr. C. _____ ein Adeno-Karzinom des Magens vom diffusen Typ an der Kleinkurvatur G3 (ICD-10) C16.0 (ED [Erstdiagnose] 02.10.2014) an. Als Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine chronische, diffuse, erythematöse Pangastritis und chronische Bulbitis (ICD-10) K29 (ED 2010) und eine depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10) F32.1 (ED 21.04.2015) an. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine gleitende Hiatushernie (ICD-10) K44, eine Refluxösophagitis (ICD-10) K21, eine Hypertonie (ICD-10) I10.0 und eine kompensierte hypertensive Herzkrankheit. Seine Beurteilung des Falles fasste er wie folgt zusammen: Nach totaler Gastrektomie mit Anastomose Y-Roux (am 15.10.2014) und sechs Zyklen Chemotherapie seien bisher keine Metastasen festgestellt worden. Die Arbeitsunfähigkeit [recte: Arbeit] im bisherigen Beruf als Schichtführer und zuletzt Hobby-Landwirt sei medizinisch nicht mehr zumutbar. Entgegen der Beurteilung des serbischen Versicherungsträgers vom 7. Juli 2015 mit betreffend Psyche und Soma nur leichten Einschränkungen sei eine Verweistätigkeit unter den nachfolgenden funktionellen Limitationen weiterhin vollständig zu fordern: Der Beschwerdeführer könne ganztags in sitzend-wechselnder Arbeitsposition arbeiten. Er könne keine schweren Arbeiten verrichten, maximal 10 kg heben, keine Leitern und Gerüste verwenden und sei nicht stressresistent. Zumutbare angepasste Tätigkeiten seien z.B.: leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, sitzend und/oder mit Positionswechsel in einem Werk oder einer Fabrik/Produktionsstätte; Parkwächter/Museumswächter; leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, sitzend und/oder mit Positionswechsel als Magaziner/Lagerist oder im Verkauf via Korrespondenz/Telefon/Internet (sitzende Tätigkeit); Reparatur von Kleingeräten/Haushaltsartikeln, Kassierer (sitzende Tätigkeit) oder Billettverkäufer (sitzende Tätigkeit); er könne auch eingesetzt werden zum Registrieren/Klassieren/Archivieren, an Empfang/Rezeption (sitzende Tätigkeit), in der Telefonvermittlung/als Telefonist (sitzende Tätigkeit) und für Datenerfassung/Scannage (sitzende Tätigkeit). Die erste RAD-Stellungnahme umfasst auch eine Tabelle "Versicherte im Haushalt - Einschätzung der Invalidität" (nachfolgend Haushaltstabelle) gemäss KSIH, welche Dr. C. _____ wie folgt ausgefüllt hat: Aktivität Minimaler Anteil Maximaler Anteil Gewichtung (G) Behinderung (B) Invalidität(= G x B) Haushaltführung 2

E. 5.2.2

Zur Würdigung der ersten RAD-Stellungnahme ist zunächst festzuhalten, dass, soweit der erste RAD-Arzt in der Fallbeurteilung einen Status nach totaler Gastrektomie und sechs Zyklen Chemotherapie und als Nebendiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung festgestellt hat, dies im Wesentlichen mit den damals vorliegenden Akten vereinbar ist. Die Überzeugungskraft der Beurteilung wird allerdings insofern abgeschwächt, als der RAD-Arzt im Gegensatz zu dieser "Fallbeurteilung" in der Zusammenfassung des medizinischen Verlaufs und bei der Aufzählung der Hauptdiagnosen

und der Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nur auf den Status vor der Operation vom 15. Oktober 2014 Bezug genommen hat. Die depressive Störung jedoch, welche erst nach der Operation entstanden ist, hat er unter den Diagnosen aufgelistet, in der Zusammenfassung und Beurteilung hingegen nicht erwähnt/gewürdigt. Nicht begründet und nicht nachvollziehbar ist, weshalb der RAD-Arzt für die Feststellung der Einschränkungen von Psyche und Soma auf das serbische Versicherungsgutachten Bezug nimmt bzw. weitgehend abstellt, diesem in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aber nicht folgt und stattdessen ohne Begründung von leichten Einschränkungen ausgeht und eine Verweistätigkeit unter den von ihm angeführten Limitationen für zumutbar hält. Auch erwähnt der RAD-Arzt die im serbischen Versicherungsgutachten diagnostizierte Okklusion der rechten AFS (arteria femoralis superficialis [oberflächliche Oberschenkelhauptschlagader]) nicht, obwohl diese im serbischen Versicherungsgutachten als eine "angeschlossene Krankheit", mit welcher die Bedingungen für den vollen Verlust der Arbeitsfähigkeit erfüllt würden, bezeichnet wurde und der Beschwerdeführer über gelegentliche Schmerzen und Krämpfe in den Unterschenkeln klagte. Ausserdem fehlt eine Begründung für den Inhalt der Haushaltstabelle: Weder wird dargelegt, auf welchen Unterlagen diese Einschätzung genau beruht, noch wird begründet, wie auf die vorgenommene Gewichtung der einzelnen Tätigkeiten und des Behinderungsgrades pro Tätigkeit geschlossen wurde. Die erste RAD-Stellungnahme ist somit in verschiedener Hinsicht mangelhaft.

E. 5.3.1

Mit Schreiben vom 8. April 2016 (IV-act. 47 S. 3 f.) unterbreitete die Vertreterin des Beschwerdeführers Dr. P. _____ (Facharzt für innere Medizin) einige Fragen und ersuchte um deren Beantwortung und um Ausfüllen des beigelegten "Zumutbarkeitsprofils". Am 18. April 2016 beantwortete Dr. P. _____ die ihm unterbreiteten Fragen (vgl. IV-act. 47 S. 5; IV-act. 49 S. 1-2) und füllte am 18. bzw. 27. April 2016 das Formular "Arbeitsbelastbarkeit: Medizinische Beurteilung" der SVA Q. _____ aus (IV-act. 47 S. 1-2; IV-act. 49 S. 3-5; nachfolgend SVA-Formular).

E. 5.3.2

Im Rahmen der Beantwortung der Fragen der Vertreterin des Beschwerdeführers stellte Dr. P. _____ die folgenden Diagnosen: Neoplasia ventriculi adenocarcinoma diffusa C16.0Hypertensio mitralis I10.0Depressio F32.1 Er deklarierte, dass eine Hilfsarbeitertätigkeit dem Beschwerdeführer nicht zugemutet werden könne und ihm wegen vorliegender Körperschäden ein Arbeitspensum von 0 Std./Tag zugemutet werden könne. Beim Beschwerdeführer gehe es um den Invaliditätsgrad von 100 %. Dr. P. _____ schätzte die Einschränkung des Beschwerdeführers in der Haushaltsführung wie folgt ein: Mahlzeitenzubereitung: 90 % Abwaschen: 90 % Putzen: 90 % Einkauf: 90 % Waschen/Bügeln: 100 % Renovieren: 100 % Gartenarbeit: 100 %

E. 5.3.3

Auf dem SVA-Formular gibt der Arzt unter "Physische Funktionen" Multiple-Choice-Antworten zur Zumutbarkeit der aufgelisteten Funktionen ab. Zur Auswahl standen "nie" (0 %), "selten" (1-5 %; bis ca. 1/2 Std.), "manchmal" (6-33 %; 1/2 bis knapp 3 Std.), "oft" (34-66 %; 3 bis rund 5 Std.) und "sehr oft" (67-100 %; 5 bis 6 Std.). Dr. P. _____ erachtete die folgenden Funktionen im jeweils angegebenen Umfang als dem Beschwerdeführer zumutbar: Heben und Tragen leicht (bis 9 kg) bis

Lendenhöhe:seltenmittel (10-25 kg) bis Lendenhöhe:nieschwer (> 25 kg) bis Lendenhöhe: nie Heben über Brusthöhe: nie Hantieren mit Werkzeugenleicht/feinmotorisch: selten mittel: nie schwer: nie Handrotation: selten Haltung/BeweglichkeitArbeiten über Kopfhöhe: nie Rotation: nie vorgeneigtes Sitzen: nie vorgeneigtes Stehen: nie Knien: nie Kniebeuge: nie Längerdauernde HaltungSitzen: nie Stehen: nie Fortbewegung Gehen bis 50 m : selten Gehen > 50 m: nie Gehen lange Strecken: nie Gehen auf unebenem Gelände:nieTreppen steigen/Leitern besteigen: nie Weiter führte Dr. P._____ aus, dass Einschränkungen betreffend das Gleichgewicht/Balancieren und das Arbeiten in Nässe, Kälte, Hitze und in Staubexposition bestünden. Der Beschwerdeführer sei in seiner Beidhändigkeit eingeschränkt und weise keine Hörbehinderung, aber eine einschränkende Sehbehinderung (H53) auf. In Bezug auf die psychischen Funktionen des Beschwerdeführers führte Dr. P._____ aus, dass dessen Konzentrationsvermögen, Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit eingeschränkt seien, und begründete dies mit der Diagnose F32.1. Aus medizinischer Sicht sei eine berufliche Umstellung nicht zu prüfen. Sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine angepasste Verweistätigkeit sei nicht (mehr) zumutbar.

E. 5.3.4

In der dritten Stellungnahme zum Vorbescheid vom Mai 2016 führte die Vertreterin des Beschwerdeführers aus, dass dieser mit seinem im Jahr 2000 geborenen Sohn im eigenen Haus wohne (IV-act. 51 S. 1-2). Aus gesundheitlichen Gründen müsse er alle zwei Stunden essen. Verschiedene Familienangehörige brächten ihm das Essen rund um die Uhr. Dennoch sei er inzwischen auf ca. 30 kg abgemagert. Bei einer kürzlich durchgeführten Ultraschalluntersuchung sei ein neues Geschwür im Bereich der Aorta festgestellt worden.

E. 5.4.1

In der zweiten RAD-Stellungnahme vom 8. Juni und 14. Juli 2016 (IV-act. 53) wiederholte der erste RAD-Arzt die in der ersten RAD-Stellungnahme aufgeführte Zusammenfassung des medizinischen Verlaufs und im Wesentlichen die Hauptdiagnose sowie die Nebendiagnosen mit bzw. ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Den ersten Teil seiner "Beurteilung mit Vorschlag" übernahm der erste RAD-Arzt aus der ersten Stellungnahme. Allerdings äusserte er sich nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit, sondern hielt fest, dass aufgrund des Gutachtens des serbischen Versicherungsträgers vom 7. Juli 2015 mit betreffend Psyche und Soma nur leichten Einschränkungen die Erledigung des Haushaltes unter Limitationen wieder zumutbar sei. Ausserdem führte er aus, dass das neu zugestellte Kurzzeugnis vom 27. April 2016 mit den bereits bekannten Diagnosen und der Bestätigung der Erwerbsunfähigkeit ohne Verlauf und Befunde gegenüber der Beurteilung in Serbien am 7. Juli 2015 keine neuen Aspekte bringe. Es seien Arztberichte beim behandelnden Internisten/Onkologen und Psychiater einzuholen. Die Ärzte seien namentlich/zusätzlich nach dem klinischen Verlauf seit dem 7. Juli 2015, dem aktuellen Gesundheitszustand und der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit und im Haushalt zu fragen. Die Arbeitsunfähigkeiten in % hat Dr. C._____ wie folgt beurteilt: in der bisherigen Tätigkeit:100% ab 15.10.2014 (totale Gastrektomie Y Roux) für Tätigkeiten im Haushalt:30% ab 07.07.2015 (serbisches Gutachten) in einer angepassten Tätigkeit100% ab 15.10.2014 (totale Gastrektomie Y Roux). Auch die zweite RAD-Stellungnahme beinhaltet eine Haushaltstabelle. Sie entspricht mit Ausnahme eines Punktes und damit auch im Resultat der ersten Haushaltstabelle: Neu beurteilt Dr. C._____ die Behinderung in der Aktivität

"Verschiedenes" als 100 %. In Verbindung mit der unverändert gebliebenen Gewichtung dieses Punktes (5 %) resultiert dafür eine Invalidität von neu 5 % (statt 0 %), womit die gesamte Invalidität im Haushalt neu auf 30 % (statt 25 %) eingeschätzt wird.

E. 5.4.2

Zur Würdigung der zweiten RAD-Stellungnahme ist zunächst festzuhalten, dass sie die gleichen Mängel aufweist wie die erste RAD-Stellungnahme (s. oben E. 5.2.2). Weiter ändert der RAD-Arzt seine Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit diametral von 0% auf 100%, ohne dies zu begründen. Obwohl diese Beurteilung im Resultat der Beurteilung in den neu eingereichten Berichten von Dr. P._____ (s. oben E. 5.3.1-5.3.3) entspricht, führt der RAD-Arzt dennoch aus, dass die neu eingereichten medizinischen Unterlagen gegenüber der Beurteilung im serbischen Versicherungsgutachten keine neuen Aspekte erbrächten. Obwohl die neuen Berichte von Dr. P._____ nicht begründet sind, enthalten sie detailliert-differenzierte Aussagen betreffend die - insbesondere physischen - funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers und seiner Einschränkungen in der Haushaltstätigkeit. Damit hätte der RAD-Arzt sich auseinandersetzen müssen. Auch übergeht der RAD-Arzt die erstmals aktenkundig diagnostizierten Sehbeschwerden. Im Bezug auf die neue Haushaltstabelle legt der RAD-Arzt die Grundlagen der einzelnen Tabellenwerte bzw. deren Herkunft nicht nachvollziehbar dar. Einer Begründung bedarf ausserdem, wieso der RAD-Arzt in der neuen Haushaltstabelle die Behinderung in der Tätigkeit "Verschiedenes" neu nicht mehr mit 0% sondern mit 100% beurteilte. Weiter fehlt eine Auseinandersetzung mit den Ausführungen in der dritten Stellungnahme des Beschwerdeführers zum Vorbescheid, wonach er aus gesundheitlichen Gründen alle zwei Stunden essen müsse und verschiedene Familienangehörige ihm das Essen rund um die Uhr brächten. Dass nach einer vollständigen Gastrektomie die Ernährung besonderen Vorgaben und/oder Einschränkungen Rechnung tragen muss, scheint nicht abwegig (vgl. auch den Hinweis im Spitalaustrittsbericht betreffend die Empfehlung zur Einhaltung eines hygienisch-diätetischen Regimes [IV-act. 7, IV-act. 12 S. 7]). Dies könnte z.B. die Gewichtung der Ernährung im Rahmen des Haushaltstätigkeitsbereichs und/oder die Behinderung in dieser Tätigkeit beeinflussen, wie die Vertreterin des Beschwerdeführers geltend macht. Allerdings indiziert die Aktenlage, dass die dritte Stellungnahme zum Vorbescheid dem RAD-Arzt gar nicht unterbreitet wurde (vgl. insbesondere IV-act. 50). Soweit der RAD-Arzt festhält, dass dem Beschwerdeführer die Erledigung des Haushaltes unter Limitationen wieder zumutbar sei, lässt auch diese Aussage jegliche Substantiierung vermissen (namentlich, um welche konkreten - funktionellen - Limitationen es sich handeln soll). Auch die zweite RAD-Stellungnahme ist somit in verschiedener Hinsicht mangelhaft.

E. 5.5

Auf Ersuchen der IVSTA hin sandte der serbische Versicherungsträger der IVSTA am 13. Oktober 2016 die nachfolgend angeführten medizinischen Unterlagen (IV-act. 57 f.).

E. 5.5.1

In seinem Bericht vom 15. September 2016 beschrieb Dr. E._____, Neuropsychiater, die allgemeine Anamnese dahingehend, dass der Zustand des Beschwerdeführers weiterhin ohne bedeutende Veränderungen sei (vgl. IV-act. 62, IV-act. 58 S. 7, Beschwerde-Beilage 4). Seine Stimmung sei gedrückt. Er sei lustlos, freudlos, angespannt, an den gewöhnlichen häuslichen Aktivitäten nicht interessiert. Er weiche Gesellschaft aus, schlafe nachts kaum,

habe Albträume. Er werde durch die somatische Krankheit belastet. Seit April 2015 - nach der onkologischen Behandlung und Operation C16.0 - sei der Beschwerdeführer in regelmässiger psychiatrischer Behandlung. Den aktuellen psychischen Zustand beschrieb Dr. E. _____ wie folgt: Der verbale Kontakt werde hergestellt, aber nicht vertieft. Die Aufmerksamkeit sei auf eigene Anliegen/Beschäftigungen konzentriert. Der Beschwerdeführer sei bewusst und orientierungsfähig. Die Willens- und Impulsdynamiken seien herabgesetzt. Er verneine Wahrnehmungsstörungen, bestätige gelegentliche Selbstmordgedanken. Aus psychiatrischer Perspektive bestehe ein vollständiger Verlust der beruflichen und hauswirtschaftlichen Arbeitsfähigkeit. Dr. E. _____ stellte die Diagnosen F32.2 und C16.0. Behandelt werde der Patient mit Lata à 10 mg 1+1/2+0, Tegretol Cr 400 mg 2x1/4, Sanval 1 Tabl. abends nach Bedarf, und Kontrolle beim Psychiater in einem Monat oder früher, wenn Bedarf bestehe.

E. 5.5.2

In seinem Bericht vom 4. Oktober 2016 stellte Dr. P. _____ die folgenden Diagnosen (vgl. IV-act. 58 S. 5-6, IV-act. 61, Beschwerde-Beilage 6): Neoplasma malignum cordiae C160 [recte: C16.0]Anmerkung:St post HT [Haemotherapiam] adj. 5FU-LV [Chemotherapie] Hypertensio arterialis essentialis (primaria) I10Anmerkung:St post HT adj. 5FU-LV Morbus cordis ischaemicus chronicus I25 Morbus cordis hypertensivus I11 Calculus vesicae felleae sine cholecystitide K802 [recte: K80.2] [Gallenblasenstein ohne Cholezystitis] Aneurysma aortae abdominalis non ruptum I714 [recte: I71.4] Medikamentös werde der Beschwerdeführer wie folgt therapiert: Triapin 5/5-1x1; Binevol 5 mg-1x1; Cardiopirin 100 mg-1x1; Nolpaza 20-1x1. Ausserdem werde die psychiatrische Diagnose F32.2 therapiert. Es erfolgten regelmässige internistische, gastroenterologische und onkologische Kontrollen. Es sei eine Mehrschichtcomputertomographie MSCT des Abdomens durchgeführt worden und ein Aneurysma im Bereich des infrarenalen Teils der Bauch-Aorta der Dimension 28 mm breit und 75 mm lang mit blauem Lumen der Breite 17.5 mm und wandnahen Thrombose-Massen der Dicke 9 mm diagnostiziert worden. Die Gallenblase habe Mikrolithen bzw. sei voll von einer Vielzahl feiner Kalksteinchen, der Pankreas sei lipomatös, der Befund vom 19. April 2016 finde sich im Anhang. Schlussfolgerung: Seit dem 7. Juli 2015 habe sich der aktuelle Gesundheitszustand nicht verbessert, da ein Bauchaorta-Aneurysma diagnostiziert worden sei und der Beschwerdeführer kleinere körperliche Anstrengungen des Typs alltägliche Hausarbeiten nicht gut bzw. kaum toleriere z.B. tägliche Hausarbeiten, wie Staubsaugen, Heben von Lasten über 5 kg, Vorbereiten von Mahlzeiten u.ä. und zusätzlich die Betreuung/Beaufsichtigung des minderjährigen Kindes. Die Arbeitsfähigkeit sei sowohl im unselbständigen Arbeitsverhältnis als auch im eigenen Haushalt vollständig verloren.

E. 5.5.3

In ihrem Bericht vom 6. Oktober 2016 stellte Dr. L. _____ (Onkologie, Krankenhaus M. _____, Ambulanz für Onkologie) die Diagnose Neoplasma malignum cordiae C160 [recte: C16.0] (vgl. IV-act. 58 S. 1, IV-act. 60, Beschwerde-Beilage 7). Seit Abschluss der speziellen onkologischen Behandlung im April 2015 komme der Beschwerdeführer zu regelmässigen Kontrollen (alle drei Monate). Die letzte sei im Juli 2016 gewesen. Die damaligen Gesamt-Blut-Werte sowie die biochemische Analyse hätten sich in den Grenzen der Referenzwerte befunden; Ultraschall des Bauchs - der Befund deute nicht auf Metaveränderungen. Die Natur der Grundkrankheit berücksichtigend sowie den Grad der lokoregionalen Verbreitung war Dr. L. _____ der Meinung, dass die Arbeitsfähigkeit des

Patienten vermindert sei.

E. 5.6.1

Im Gegensatz zu den ersten beiden RAD-Stellungnahmen wurde die dritte RAD-Stellungnahme vom 23. Januar 2017 (IV-act. 64) von Dr. D. _____ (Allgemeine Medizin, Gutachter SIM) als zweitem involvierten RAD-Arzt erstellt. Er machte keine Ausführungen zum medizinischen Verlauf und stellte die folgenden Hauptdiagnosen: Magen-Carcinom T4 N2 M0 (C16.0) mit/bei: Status nach totaler Gastrektomie und Magenhochzug vom 15.10.2014 Status nach adjuvanter Chemotherapie Mittelgradige depressive Episode (F32.1) Arterielle Hypertonie Aortenaneurysma abdominal (ca. 25 mm) Nebendiagnosen führte Dr. D. _____ keine an. In seiner Beurteilung des Falles erklärte er die medizinische Aktenlage als vollständig. Gegenüber der letzten abschliessenden Stellungnahme seien die folgenden Bemerkungen zu machen: Von Seiten der Tumorerkrankung seien keine neuen Aspekte aufgetaucht. Von der psychischen Seite sei initial von einer mittelgradigen depressiven Episode die Rede gewesen; plötzlich erscheine der Begriff einer schweren Form, aber ohne neue Beweismittel, ohne neue motivierende klinische Befunde; zudem sei die psychopharmakologische Behandlung sehr rudimentär (Tegretol in sehr tiefer Dosierung, ein pflanzliches Schlafmittel, kein eigentliches Antidepressivum). Andere Diagnosen würden distanzlos angeführt: Aortenaneurysma (mit 25 mm ohne klinische Bewandtnis und nur kontrollbedürftig), ischämische Herzkrankheit (kein klinisches Korrelat). Somit gebe es keine neuen Aspekte, die die bisherigen Beurteilungen, insbesondere jene vom 22. Februar 2016, abändern könnten. Die bisherigen Beurteilungen blieben unverändert. Die Arbeitsunfähigkeiten hat Dr. D. _____ wie folgt kategorisiert: in der bisherigen Tätigkeit: 100 % ab 15.10.2014 für Tätigkeiten im Haushalt: 25 % ab 06.04.2015 in einer angepassten Tätigkeit 0 % ab 06.04.2014 Funktionelle Einschränkungen, welche berücksichtigt werden müssten, hat er keine markiert oder vermerkt. Beispiele für zumutbare angepasste Tätigkeiten und/oder eine Haushaltstabelle hat er nicht beigefügt.

E. 5.6.2

Zur Würdigung der dritten RAD-Stellungnahme ist zunächst festzuhalten, dass sie keine Begründung enthält, warum einerseits die mittelgradige depressive Episode (F32.1) und die arterielle Hypertonie neu als Hauptdiagnosen angeführt werden, andererseits aber die bisherigen Beurteilungen als unverändert geltend bezeichnet werden. Weshalb die in der zweiten Stellungnahme angeführten gleitende Hiatushernie, Refluxösophagitis und kompensierte Herzkrankheit - trotz angeblich gleicher Beurteilung - nicht mehr aufgeführt werden, wird ebenfalls nicht begründet. Soweit Dr. D. _____ an der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) festhält, statt die neu von Dr. E. _____ erstellten Diagnose F32.2 (= schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome) zu bestätigen, ist Folgendes festzuhalten: Das dem Beschwerdeführer verschriebene serbische Lata enthält den Wirkstoff Escitalopram (vgl. < <http://www.drugs.com> >, abgerufen am 05.01.2018), welcher als Wirkstoff des in der Schweiz vertriebenen CipraleX namentlich auch zur Behandlung von Depressionen in der initialen Phase und als Erhaltungstherapie gegen Rückfälle sowie zur Prophylaxe neuer Episoden einer unipolaren Depression verwendet wird. Dafür wird eine Einzeldosis von täglich 10 mg verabreicht. In Abhängigkeit der individuellen Reaktion der Patienten kann die Dosis auf maximal 20 mg einmal täglich erhöht werden (vgl. Fachinformation des Arzneimittel-Kompodium der Schweiz, Stand März 2017). Der Beschwerdeführer wird somit durchaus mit einem

eigentlichen Antidepressivum behandelt - in einer Dosis, die in der Mitte zwischen der in der Schweiz üblichen und maximalen Tagesdosis liegt. Ausserdem wurde der Bericht vom 21. April 2015 nach Abschluss der chemotherapeutischen Behandlung und zu Beginn der psychiatrischen Behandlung erstellt, der Bericht vom 15. September 2016 hingegen nach rund 17 Monaten Therapie. Auch ist der Bericht vom 15. September 2016 ausführlicher als jener vom 21. April 2015. Darin wird auch erstmals erwähnt, dass der Beschwerdeführer Alpträume und gelegentliche suizidale Gedankengänge habe. Kongruent zu dieser Veränderung der Diagnose von F32.1 zu F32.2 ist, dass die tägliche Lata-Dosis in diesem Zeitraum von 10 mg auf 15 mg erhöht wurde und Dr. E. _____ im April 2015 eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit und im September 2016 einen totalen Verlust der Arbeitsfähigkeit attestiert hat (vgl. IV-act. 12 S. 5; IV-act. 13 S. 2). Wieso Dr. D. _____ als Nichtfacharzt des Bereiches Psychiatrie/Psychotherapie (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1, BGE 135 V 254 E. 3.3.2) unter diesen Umständen auf den Bericht vom 21. April 2015 abgestellt und den Bericht vom 15. September 2016 ausgeblendet hat, ist nicht nachvollziehbar und bedürfte zumindest einer weitergehenden Begründung. Trotz des erweiterten Diagnosenkreises betreffend Herz und Blutdruck im Bericht von Dr. P. _____ vom 4. Oktober 2016 wird in der dritten RAD-Stellungnahme in Bezug auf Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10: I10-I99) lediglich eine arterielle Hypertonie festgestellt, ohne diese nach ICD-10 zu klassifizieren. Dr. D. _____ geht damit namentlich nicht auf die von Dr. P. _____ aufgeführten drei nach ICD-10 differenziert kodierten Krankheiten des Kreislaufsystems ein, wovon zwei unter die Hypertonie (I10-I15) und eine unter die Ischämischen Herzkrankheiten (I20-I25) kategorisiert werden. Diese differenzierten Diagnosen sind zu würdigen. Ohne Begründung übergang der RAD-Arzt die von Dr. P. _____ in seinem Bericht vom 4. Oktober 2016 gestellte Diagnose Calculus vesicae felleae sine cholecystitide K802 [recte: K80.2] (Gallenblasenstein ohne Gallenblasenentzündung). Der Hinweis von Dr. D. _____ auf die Weitergeltung der bisherigen Beurteilung soll wohl auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt umfassen, wobei - ohne Begründung - die 25 % aus der ersten RAD-Stellungnahme übernommen werden (und nicht die 30 % aus der zweiten RAD-Stellungnahme). Spezifischer nimmt der zweite RAD-Arzt nicht auf die Arbeitsfähigkeit im Haushalt Bezug. Er geht namentlich auch nicht auf die neu zu den Akten genommenen Berichte von Dr. E. _____ vom 15. September 2016 und von Dr. P. _____ vom 4. Oktober 2016 ein, obwohl diese ausführen, dass aus psychiatrischer Sicht ein vollständiger Verlust der hauswirtschaftlichen Arbeitsfähigkeit bestehe bzw. die Arbeitsfähigkeit auch im eigenen Haushalt vollständig verloren sei. Ebenfalls nicht geprüft wurde, ob die Angabe im Bericht von Dr. P. _____, dass zum Aufgabenbereich des Beschwerdeführers auch die Betreuung/Beaufsichtigung des minderjährigen Kindes gehöre, zu einer Neugewichtung der Haushaltstätigkeiten führen sollte, zumal der erste RAD-Arzt in den Haushaltstabellen für die Kinderbetreuung eine Gewichtung von 0 % eingesetzt hatte. Auch die dritte RAD-Stellungnahme ist somit in verschiedener Hinsicht mangelhaft.

E. 5.7

Als Beschwerdebeilagen reichte der Beschwerdeführer - neben bereits aktenkundigen Unterlagen - die nachfolgend genannten medizinischen Dokumente zu den Akten.

E. 5.7.1

In seinem Bericht vom 25. Oktober 2016 führte Dr. R. _____ (Angiologe, Facharzt für Orthopädie und Angiologie, S. _____ Facharztpraxis) aus, dass der Beschwerdeführer

beim Gehen Schmerzen im Unterschenkel habe (vgl. Beschwerdebeilage 3, B-act. 10). Er diagnostizierte eine Dilatatio aortae abdominalis infrarenalis (Erweiterung der Abdominalaorta unterhalb der Niere), links eine Stenose AIC und rechts eine Occlusio AIC (also eine Verengung der rechten und ein Verschluss der linken Arteria Iliaca communis [Hauptstamm der Beckenschlagader]). Er schlussfolgerte, dass keine bedeutenden Veränderungen der Arterien und der unteren Extremitäten (DE: Donjih Ekstremiteta) vorlägen. Die abdominale Aorta sei erweitert und die Beckenarterien seien deutlich chemodynamisch verändert. Die Venen der unteren Extremitäten wiesen keine Veränderungen auf. Er riet zu einer Kontrolle beim Gefässchirurgen, einer Beratung bezüglich des Gangs und einer Kontrolle in sechs Monaten.

E. 5.7.2

In seinem Bericht vom 20. Dezember 2016 wiederholte Dr. E._____ (Neuropsychiater) die Diagnose F32.2 [recte: F32.2] und stellte einen Zustand ohne bedeutende Veränderungen fest (Beschwerde-Beilage 5). Der Beschwerdeführer nehme seine Therapie (Lata 15 mg/Tag, Tegretol CR 200 mg/Tag, Sanval Tabl. 1 abends nach Bedarf) regelmässig ein. Vorgesehen sei eine Kontrolle beim Psychiater in zwei Monaten oder früher, wenn Bedarf bestehe.

E. 5.7.3

In seinem Bericht vom 8. März 2017 erklärte Prof. Dr. T._____ (Facharzt für Allgemein Chirurgie, Subspezialist für digestive Chirurgie, Gesundheitsheim U._____, Gesundheitseinrichtung), der Beschwerdeführer komme wegen häufigem wässrigem Stuhl und diagnostizierte einen St. post gastrectomiam totalis a.a. III. (vgl. Beschwerde-Beilage 8). Gemäss Berichts von V._____, Institut für Labordiagnostik vom 17. März 2017 lag der Laborwert für Calprotectin bei 732.5 (vgl. Beschwerde-Beilage 9).

E. 5.8.1

In der vierten RAD-Stellungnahme vom 23. April 2017 (IV-act. 70) machte Dr. D._____ keine Ausführungen zum medizinischen Verlauf und wiederholte die Hauptdiagnosen der dritten Stellungnahme. Als zusätzliche Hauptdiagnosen führte er eine kompensierte periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und eine Cholezystolithiasis an. Nebendiagnosen führte er erneut keine an. In seiner Beurteilung des Falles erklärte er die medizinische Aktenlage als vollständig. Neben einigen Ausführungen zur Beschwerdeschrift führte Dr. D._____ in Bezug auf die neu eingereichten Akten Folgendes aus: Es bestehe - neben einer leicht dilatierten abdominalen Aorta auf 25-26 cm [recte: mm] (nur kontrollbedürftig; ab 5 cm sei eine prophylaktische Operation zu diskutieren, ab 7 cm obligatorisch) - eine periphere arterielle Verschlusskrankheit mit partiellen Verschlüssen der Arterien (PAVK) der unteren Extremitäten, die Schmerzen beim Gehen verursachten; die vorliegende leichte Einschränkung durch diese Erkrankung sei durch die beschriebenen funktionellen Einschränkungen in früheren RAD-Berichten durchaus abgedeckt. Die Gallenblasensteine (Cholezystolithiasis) entsprächen einem Zufallsbefund; der Beschwerdeführer zeige keine entsprechenden Symptome. Der Beschwerdeführer leide offensichtlich an persistierendem Durchfall (Messung des Calprotectins im Stuhl), der aber bei Patienten mit Status nach totaler Gastrektomie oft und üblich sei; dies sei ebenfalls unter den leichten funktionellen Einschränkungen subsumiert. Die Berichte über die psychiatrischen Konsultationen brächten auch keine neuen objektiven Angaben; es bestehe nach wie vor eine höchstens mittelgradige depressive Episode, wenn

nicht sogar nur eine leichte, in Hinblick auf die doch sehr rudimentäre Therapie. Zusammenfassend änderten die neu eingereichten Unterlagen nichts an den bisherigen RAD-Beurteilungen; ebenso sei die Beschwerdeschrift alles andere als stichhaltig. Die Arbeitsunfähigkeitsgrade in der bisherigen Tätigkeit, in einer angepassten Verweistätigkeit und im Haushalt schätzte Dr. D. _____ gleich ein wie in der dritten RAD-Stellungnahme. Funktionelle Einschränkungen, welche berücksichtigt werden müssten, hat er keine markiert. Beispiele für zumutbare angepasste Tätigkeiten und eine Haushaltstabelle hat er der vierten Stellungnahme nicht beigefügt.

E. 5.8.2

Der RAD-Arzt begründet nicht, wieso er die von ihm diagnostizierte PAVK als kompensiert bewertet, obwohl er dem Beschwerdeführer - wie Dr. R. _____ in seinem Bericht vom 25. Oktober 2016 - Schmerzen beim Gehen attestiert und Dr. R. _____ zu einer Kontrolle beim Gefässchirurgen und einer Beratung bezüglich des Gangs geraten hat. In Bezug auf die neu attestierten Schmerzen beim Gehen und den persistierenden Durchfall verweist Dr. D. _____ auf die in früheren RAD-Berichten beschriebenen funktionellen Einschränkungen. Da aber nur die erste RAD-Stellungnahme funktionelle Einschränkungen umschreibt, dies nur in Bezug auf eine angepasste Verweistätigkeit, und die RAD-Berichte des ersten RAD-Arztes keine Würdigung betreffend diese beiden Diagnosen enthalten, erweist sich dieser Verweis als mangelhaft. Auch in der vierten RAD-Stellungnahme führte der RAD-Arzt als Krankheit des Kreislaufsystems nur eine arterielle Hypertonie (ohne ICD-Code) als Hauptdiagnose an. Er führte aus, dass es sich bei der von der Vertreterin des Beschwerdeführers als neue Krankheit angeführten "Herzerkrankung Morbus cordis hypertensivus" um den bereits bekannten Bluthochdruck handle. Gleichzeitig setzte sich der RAD-Arzt mit der differenzierten Diagnosestellung im Bericht von Dr. P. _____ vom 4. Oktober 2016 nicht auseinander. Der RAD-Arzt listete neu die von Dr. P. _____ in seinem Bericht vom 4. Oktober 2016 gestellte Diagnose Calculus vesicae felleae sine cholecystitide K802 [recte: K80.2] auf und qualifizierte sie widersprüchlich einerseits als eine der Hauptdiagnosen und andererseits als symptomlosen Zufallsbefund. Auch in der vierten RAD-Stellungnahme finden sich keine substantiierten Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit im Haushalt. Auch die vierte RAD-Stellungnahme ist somit in verschiedener Hinsicht mangelhaft.

E. 5.9

Die medizinischen Abklärungen betreffend die Diagnosen des Beschwerdeführers, dessen funktionellen Einschränkungen und die basierend darauf erstellten Beurteilungen betreffend die Arbeitsfähigkeit im Haushalt bedürfen somit weitergehender Abklärungen. 6. 6.1 Weder die RAD-Stellungnahmen noch die übrigen medizinischen Unterlagen sind - einzeln oder in Kombination - als fachmedizinische, mit Hilfe eines Arztes durchgeführte Evaluation der Fähigkeiten des Beschwerdeführers, seine gewohnten (Haushalts-)Aufgaben zu erfüllen, zu werten. Vorliegend fehlt es somit an einer rechtsgenügenden und widerspruchsfreien Haushaltabklärung im Sinne der dargelegten Rechtsprechung. (s. oben E. 4.7.1). Wie der Beschwerdeführer zu Recht rügt, ist die IVSTA ausserdem beim Verfügungserlass zu Unrecht davon ausgegangen, dass seine Ehefrau im gleichen Haushalt mit ihm wohne (vgl. IV-act. 15) und ihn im Rahmen der Schadenminderungspflicht bei der Erledigung der Haushaltstätigkeiten unterstützen könnte. Der Vernehmlassung der IVSTA sind keine Aussagen zu entnehmen, die auf eine Korrektur ihrer diesbezüglichen Sichtweise schliessen liessen. Nicht geprüft hat die IVSTA ausserdem, inwiefern der fast volljährige, im gleichen

Haushalt lebende Sohn des Beschwerdeführers durch diesen zu betreuen ist und/oder den Beschwerdeführer bei der Erledigung der Haushaltstätigkeiten unterstützen könnte. Ebenfalls nicht geprüft hat sie, inwiefern die vom Beschwerdeführer angeführte Unterstützung durch Verwandte im Sinne der Rechtsprechung durch die Schadenminderungspflicht gedeckt ist. Im Übrigen hat die IVSTA nicht begründet, weshalb sie bei der Beurteilung auf die erste und dritte RAD-Stellungnahme abgestützt hat (25 % arbeitsunfähig im Haushaltsbereich) und die zweite RAD-Stellungnahme (30 % arbeitsunfähig im Haushaltsbereich) ausgeblendet hat. 6.2 Die Überprüfung der von der Vorinstanz festgestellten gesundheitsbedingten Beeinträchtigung des Beschwerdeführers in seinem Aufgabenbereich Haushalt (25 %) beruht somit auf ungenügenden Entscheidungsgrundlagen. Die Einschränkungen des Beschwerdeführers im Haushalt und die zumutbare Schadenminderung wurden unzureichend abgeklärt. Eine genaue Einschätzung, in welchem Masse und in welchen Tätigkeiten des Haushaltes der Beschwerdeführer allfälligen Einschränkungen unterliegt bzw. eine Überprüfung dieser Einschätzung durch das Gericht ist daher nicht möglich. Dementsprechend ist eine rechtskonforme Haushaltsabklärung nachzuholen, der Beschwerdeführer vom Arzt anzuhören, und eine neue Beurteilung unter Berücksichtigung der zumutbaren Schadenminderung vorzunehmen.

7. Zu den weiteren Rügen des Beschwerdeführers ist Folgendes auszuführen. 7.1 Für die Behauptung der Vertreterin des Beschwerdeführers, dessen Gewicht sei auf 30 kg gesunken (vgl. Beschwerde S. 5), finden sich in den Akten keine stützenden Indizien. Hingegen wird im serbischen Versicherungsgutachten (s. IV-10 S. 1 f.) ausgeführt, dass sich das Gewicht des Beschwerdeführers um 30 kg reduziert habe und ein schwächerer Ernährungszustand vorliege. Gemäss dem serbischen Versicherungsgutachten wog der 182 cm grosse Beschwerdeführer damals 79 kg. Unter diesen Umständen kann nicht ohne weiteres von einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Gewichtsabnahme ausgegangen werden. 7.2 Soweit die Vertreterin des Beschwerdeführers geltend macht, dieser sei neu an einem Neoplasma malignum cardiae C160 erkrankt, verkennt sie, dass es sich dabei - wie in der vierten RAD-Stellungnahme zutreffend ausgeführt wird - um das operierte Cardiacarcinom (Magenmundkrebs) C16.0 handelt. 8. 8.1 Nach dem Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass es - namentlich angesichts der vier in verschiedener Hinsicht mangelhaften RAD-Stellungnahmen und der fehlenden rechtsgenügenden Haushaltsabklärung - nicht möglich ist, aufgrund der Akten mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe, in welchem Umfang und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 8.2 Beim Vorliegen solcher Zweifel an der versicherungsinternen medizinischen Beurteilung (s. E. 3.2.2) und angesichts der mangelhaften Haushaltsabklärungen darf weder aufgrund der versicherungsinternen medizinischen Beurteilung noch aufgrund von der versicherten Person aufgelegten Berichten eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.6). Da im vorinstanzlichen Verfahren bisher vollständig ungeklärt geblieben ist, ob und unter welchen psychischen und körperlichen Beschwerden der Beschwerdeführer tatsächlich leidet, und im Weiteren unklar ist, in welchem Ausmass sich diese Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit im Haushalt auswirken, zieht dies die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren medizinischen Abklärungen nach sich (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Aufgrund des Ausgeführten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2017 aufzuheben und die Sache gemäss Art. 61 Abs. 1 VwVG an die Vorinstanz mit der Anweisung

zurückzuweisen ist, nach Aktualisierung der medizinischen Aktenlage (auch betreffend die geltend gemachte Sehstörung) unter Berücksichtigung von sämtlichen - auch seit Verfügungserlass ergangenen - medizinischen Berichten eine medizinische Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Es ist grundsätzlich Sache der beauftragten Sachverständigen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Denn die beauftragten Sachverständigen sind letztlich verantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; vgl. zum Ganzen: Urteil des BVGer C-4634/2014 vom 5. September 2016 E. 7.2).

8.3 Mit Blick auf das soeben Dargelegte liegt es demnach an den Sachverständigen zu entscheiden, ob in casu die Notwendigkeit besteht, nebst den im Vordergrund liegenden Fachgebieten Onkologie/Innere Medizin, Angiologie und Psychiatrie gegebenenfalls auch weitere Fachdisziplinen, wie z.B. die Ophthalmologie (vgl. dazu den Bericht SVA-Fragebogen von Dr. P. _____ [IV-act. 49 S. 1-2]) in die Begutachtung einzubeziehen. Im Rahmen der ergänzenden Abklärungen ist auch eine rechtskonforme Haushaltsabklärung vorzunehmen. Die Begutachtung ist vorliegend in der Schweiz zu durchzuführen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGER 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3) und keine Gründe ersichtlich sind, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Zudem hat der Beschwerdeführer in der Beschwerde und Replik die Anordnung einer medizinischen Expertise beantragt (vgl. zum Ganzen auch analog: Urteil C-4634/2014 E. 7.3). In Bezug auf die psychiatrische Begutachtung ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht in seiner neuesten Rechtsprechung (Urteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017) zu Diagnosen aus dem Formenkreis der Depression seine Praxis geändert und festgehalten hat, dass solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien. Aufgabe des medizinischen Sachverständigen sei es, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultierten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

8.4 Die Beschwerde ist somit insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

9. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

9.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu erneuter Abklärung (mit noch offenem Ausgang) gilt praxisgemäss für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.1, BGE 137 V 210 E. 7.1). Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Es sind daher keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der vom Beschwerdeführer am 11. Juli 2017 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten.

9.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung

zu Lasten der Verwaltung. Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Sie ist vorliegend mangels Einreichen einer Kostennote - unter Berücksichtigung des aktenkundigen Aufwands (vorliegend wurde namentlich auf die Einreichung einer begründeten Replik verzichtet) - pauschal auf Fr. 2'000.- inklusive Auslagen und exklusive MWST, welche nicht geschuldet ist (Art. 1 Abs. 2 Bst. a des Mehrwertsteuergesetzes [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE), festzulegen (vgl. auch Urteil des BVGer C-3623/2015 vom 17. Februar 2017 E. 7.2). Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

E. 10

Kinderbetreuung 0 30 0 0 0 Verschiedenes 0 50 5 0 0 Total 100 25 Die Arbeitsunfähigkeiten in % hat Dr. C. _____ wie folgt beurteilt: in der bisherigen Tätigkeit: 100% ab 15.10.2014 (als Landwirt) für Tätigkeiten im Haushalt: 25 % ab 06.04.2015 (Antrag) in einer angepassten Tätigkeit 0 % ab 06.04.2015 (Antrag) (unter Berücksichtigung der funktionellen Einschränkungen)

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