

# **BVGer C-1973/2015 vom 25. April 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-04-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1973\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1973_2015)

FR: TAF C-1973/2015 du 25 avril 2016

IT: TAF C-1973/2015 del 25 aprile 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]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2.1**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 27. Februar 2015, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 2012 eine bis zum 31. August 2013 befristete ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung zugesprochen hat. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer bereits ab dem 1. März 2012 Anspruch auf eine unbefristete, über den 31. August 2013 hinausgehende ganze Invalidenrente hat.

### **E. 2.2**

Zu beachten ist, dass in den Fällen, in denen die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zuspricht und beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten wird, dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge hat, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **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: 27. Februar 2015) 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 27. Februar 2015 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**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV(SR 831.201) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d; 125 V 369 E. 2; 113 V 273 E. 1a; 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5).

## **E. 5.5**

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. 5.6**

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. 5.7**

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. 5.8**

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 hält in der angefochtenen Verfügung fest, dass beim Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 20. März 2011 eine Gesundheitsbeeinträchtigung vorliege, die eine Arbeitsunfähigkeit und eine Erwerbseinbusse von 100 % verursache. Ab dem 1. März 2012 bestehe somit Anspruch auf eine ganze Rente. Da der Rentenantrag am 3. Mai 2012 gestellt worden sei, werde die Rente erst ab 1. November 2012 ausgerichtet. Gestützt auf die medizinische Beurteilung des RAD geht die Vorinstanz davon aus, dass dem Beschwerdeführer ab 15. Mai 2013 (Kontrolle bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_) wieder eine dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit zumutbar sei. Dabei könne mehr als 50 % des Erwerbseinkommens, welches ohne Invalidität erzielt werden könnte, erreicht werden. Die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit sei zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate angedauert habe. Ab dem 1. September 2013 bestehe damit nur noch Anspruch auf eine Viertelsrente. Da Viertelsrenten jedoch nur an Personen ausgerichtet werden könnten, die Wohnsitz in der Schweiz oder in einem EU- oder EFTA-Staat hätten, könne ab 1. September 2013 keine Rente mehr ausbezahlt werden.

### **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer macht dagegen gestützt auf die beiden Gutachten des serbischen Versicherungsträgers geltend, dass seit dem Unfall vom 20. März 2011 eine

Erwerbsunfähigkeit von 100 % bestehe. Die Beurteilungen des RAD seien nicht annehmbar.

## **E. 7**

Die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung der Vorinstanz vorliegenden medizinischen Akten aus Serbien zeigen im Wesentlichen folgendes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers:

### **E. 7.1**

Zunächst lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer an Beschwerden am linken Sprunggelenk leidet.

#### **E. 7.1.1**

Am 20. März 2011 zog sich der Beschwerdeführer bei einem Sturz aus vier Metern Höhe eine Fraktur im Bereich des linken Unterschenkels und des oberen Sprunggelenks (ICD-10 S82) zu. Deswegen wurde er ab dem Tag des Unfalls bis zum 8. April 2011 im Medizinischen Zentrum G. \_\_\_\_\_ stationär (konservativ) behandelt und mit einem Gips nach Hause entlassen (Austrittsbericht vom 8. April 2011; act. 28). Vom 13. September bis 13. Oktober 2011 erfolgte sodann eine stationäre Rehabilitation in der Spezialklinik J. \_\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 13. Oktober 2011 wurden als Diagnosen ein Status nach Bruch des linken Unterschenkels sowie eine Gonarthrose rechts festgehalten. Zudem wird erwähnt, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall während mehrerer Monate nicht mobil gewesen sei. Bei der Aufnahme habe er ohne Krücken laufen können. Er habe aber über Schmerzen im linken Sprunggelenk sowie im rechten Knie geklagt. Es sei eine Schwellung im Bereich des linken Unterschenkels vorhanden gewesen. Zudem sei eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit des linken Beins festgestellt worden. Beim Austritt sei sein Zustand verbessert gewesen (act. 33).

#### **E. 7.1.2**

Anlässlich einer Nachuntersuchung vom 15. Mai 2012 im orthopädischen Ambulatorium des Medizinischen Zentrums G. \_\_\_\_\_ bei Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Spezialist für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, klagte der Beschwerdeführer über eine Schwellung und über anhaltende Schmerzen. Bei der klinischen Untersuchung stellte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ein Ödem fest. Er nannte in seinem Bericht vom 15. Mai 2012 als Diagnosen neben dem Status nach einem Bruch des Unterschenkels eine Arthrose des oberen Sprunggelenks rechts (act. 30).

#### **E. 7.1.3**

Aus den Akten ergibt sich weiter, dass der Beschwerdeführer ab Mitte 2013 regelmässig bei Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in Behandlung war. Dieser berichtete am 19. Juli 2013 nach einer Kontrolluntersuchung von einer eingeschränkten Beweglichkeit, einer Schmerzempfindlichkeit und einer Schwellung des linken Sprunggelenks. Als Mittel zur Linderung der Schmerzen empfahl er eine operative Gelenksversteifung (Arthrodesis; act. 55). In einem weiteren Bericht vom 30. Juli 2013 hielt er überdies fest, dass der Beschwerdeführer nicht lange im Stehen arbeiten könne (act. 54). Nach einer weiteren Kontrolluntersuchung berichtete Dr. med. F. \_\_\_\_\_ am 26. Oktober 2013 von einer schwerwiegenden Arthrose des oberen linken Sprunggelenks und von einem Dekubitus am Sprunggelenk. Es bestehe ein ausgeprägtes Ödem. Der Beschwerdeführer sei immer noch unfähig, irgendeine Arbeit auszuüben (act. 68). In einem weiteren Bericht vom 17.

Dezember 2013 führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer Schwierigkeiten beim Gehen habe und über Schmerzen klage. Er diagnostizierte zudem eine Verletzung am Unterarm (S51). Der Beschwerdeführer sei immer noch unfähig, zu arbeiten (act. 81). Am 14. Januar 2014 berichtete er, dass der Beschwerdeführer über Schmerzen und Schwierigkeiten beim Gehen klage. Klinisch seien ein Ödem, eine erhöhte lokale Temperatur, eine Deformation des Knöchels, eine erheblich reduzierte Beweglichkeit des Knöchels und Schmerzen festgestellt worden (act. 93). Im Bericht vom 6. November 2014 hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, dass eine Röntgenuntersuchung eine schwere Arthrose am linken Knöchel gezeigt habe. Die Beweglichkeit im linken Sprunggelenk sei eingeschränkt. Es bestehe zudem ein ausgeprägtes Ödem am linken Sprunggelenk und an den Zehen sowie eine Schmerzempfindlichkeit (act. 117).

## **E. 7.2**

Weiter lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer an Lungenkrebs erkrankt ist.

### **E. 7.2.1**

Beim Beschwerdeführer traten Ende 2011 Anzeichen für eine Erkrankung an Lungenkrebs auf, wie sporadisches Bluthusten, Schmerzen in der Brust, Schwächegefühle und Fieber. Nachdem bei einer bildgebenden Untersuchung (Röntgen und CT) in einem regionalen Spital Trübungen im rechten Lungenflügel festgestellt worden waren, wurde er am 6. Februar 2012 zu weiteren Untersuchungen in die Lungenklinik K. \_\_\_\_\_ überwiesen. Dort wurde im Rahmen einer bis 13. Februar 2012 dauernden Hospitalisation am 8. Februar 2012 eine Bronchoskopie durchgeführt. Im Austrittsbericht vom 13. Februar 2012 wurde als Diagnose eine bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (C34.0) genannt (act. 34). Die Analyse des im Rahmen der Bronchoskopie entnommenen Gewebes wies einen invasiven Tumor in der Lunge (Carcinoma planocellulare nonkaratoticum bronchi invasivum) nach (Bericht vom 28. Februar 2012; act. 32). In der Folge wurde dem Beschwerdeführer am 13. März 2012 im Rahmen einer Hospitalisation vom 7. bis 20. März 2012 in der Thoraxchirurgie des Klinischen Zentrums D. \_\_\_\_\_ operativ ein Teil des rechten Lungenflügels entfernt (Lobektomie; Austrittsbericht vom 27. März 2012; act. 29). Laut einem Bericht vom 6. April 2012 des Klinischen Zentrum D. \_\_\_\_\_, Institut für Pneumologie, wurde vor und nach der Operation eine Chemotherapie durchgeführt. Eine radiologische Nachuntersuchung ergab keine Anzeichen auf ein Wiederauftreten des Tumors (act. 31). Am 29. Juni 2012 berichtete Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom Klinischen Zentrum D. \_\_\_\_\_, Abteilung Thoraxchirurgie, dass der Beschwerdeführer in einem guten Allgemeinzustand sei, er keine Atemprobleme habe und keine Erkrankung der Lymphknoten vorläge. Die Resultate der Laboranalyse seien unauffällig und die radiologische Kontrolle sei zufriedenstellend verlaufen (act. 27).

### **E. 7.2.2**

Im Rahmen einer Hospitalisation vom 29. Januar bis 1. Februar 2013 im Medizinischen Zentrum G. \_\_\_\_\_ wurde am 30. Januar 2013 zwecks Nachkontrolle eine Bronchoskopie durchgeführt. Laut Bericht vom 1. Februar 2013 sei dabei ein Stück eines chirurgischen Fadens auf dem Niveau der Naht entdeckt worden. Dieser Fremdkörper sei entfernt worden. Der Beschwerdeführer habe sich in einem guten Allgemeinzustand befunden (act. 47).

### **E. 7.2.3**

Anschliessend begab sich der Beschwerdeführer regelmässig zu Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Klinisches Zentrum D.\_\_\_\_\_, Abteilung Thoraxchirurgie, zur Nachkontrolle. Dieser hielt im Bericht vom 20. Februar 2013 fest, dass aufgrund blutigen Hustens (Hämopthye) der Verdacht eines lokalen Rezidivs aufgekommen sein. In der Folge sei eine Bronchoskopie durchgeführt und ein Stück eines Fadens aus der Naht der Bronchien entfernt worden. Das Kontroll-CT habe keine Hinweise auf ein Wiederauftreten der Krankheit ergeben und keine Veränderungen in den Lungen gezeigt (act. 43). Nach einer weiteren Kontrolluntersuchung vom 15. Mai 2013 hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ fest, dass sich der Beschwerdeführer gut fühle. Es läge keine Erkrankung der Lymphknoten vor. Die Radiographie habe keine Anzeichen auf ein Rezidiv und eine Metastasenbildung in der Lunge ergeben (act. 46). Am 30. Oktober 2013 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer seit drei Monaten Blut im Schleimauswurf beobachte. Ein am 16. September 2013 durchgeführtes Thorax-CT habe kein Wiederauftreten des Tumors gezeigt. Eine Bronchoskopie sei nötig, um ein mögliches Wiederauftreten des Tumors auf dem Bronchienstumpf zu kontrollieren (act. 69).

#### **E. 7.2.4**

Im Rahmen einer Hospitalisation vom 4. Dezember 2013 bis 13. Dezember 2013 wurde in der Lungenklinik K.\_\_\_\_\_ eine Bronchoskopie durchgeführt. Im Austrittsbericht vom 13. Dezember 2013 wurden als Diagnosen ein Status nach einer Lobektomie an der Lunge (C34.3), eine bösartige Neubildung der Bronchien oder der Lunge (C34.9) sowie eine Hypertonie (I10) festgehalten. Im Bericht wurde zudem erwähnt, dass der Operation vom 13. März 2012 drei Zyklen Chemotherapie gefolgt seien (act. 80).

#### **E. 7.2.5**

Nach einer weiteren systematischen Kontrolluntersuchung vom 5. März 2014 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer weiterhin manchmal eine blutige Substanz aushuste. Die Bronchoskopie habe keine Anzeichen auf ein Wiederauftreten der Krankheit ergeben. Ein Thorax-CT habe Lymphknoten von 13.6 mm peribronchial rechts mit einer Fibrose auf der rechten Seite apikal gezeigt. Es bestünden keine klaren Anzeichen auf ein Rezidiv der Krankheit. Die Spirometrie habe eine durchschnittliche respiratorische Insuffizienz ergeben. Aufgrund der Art der Krankheit sei der Beschwerdeführer unfähig zu arbeiten und zu erheblichen körperlichen Anstrengungen (act. 95; so auch der Bericht vom 6. März 2014 von Dr. med. L.\_\_\_\_\_; act. 96). Im Bericht vom 30. Juli 2014 hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer seit der Operation vor zwei Jahren regelmässig zu Kontrolluntersuchungen erscheine. Er beklage sich über Atembeschwerden und schnelles Ermüden selbst bei geringen körperlichen Anstrengungen. Sporadisch habe er blutigen Schleimauswurf. Eine Untersuchung der Bronchien habe ein Granulom auf dem Niveau des Bronchienstumpfes bestätigt. Das Resultat der radiologischen Untersuchung sei normal (act. 108). Am 31. Oktober 2014 hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer über eitrigem Schleimauswurf seit 2 Monaten berichte. Die Röntgenuntersuchung habe einen stationären Zustand seit der letzten Untersuchung gezeigt. Es liege keine Erkrankung der Lymphknoten vor (act. 118).

#### **E. 7.3**

Weiter lässt sich den Akten entnehmen, dass Beschwerden im Bereich des Nackens und des rechten Armes vorliegen.

#### **E. 7.3.1**

Bei einer Kontrolluntersuchung vom 30. Oktober 2013 bei Dr. med. C. \_\_\_\_\_ klagte der Beschwerdeführer über ein Kribbeln in den linken Gliedmassen. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt deshalb eine Untersuchung bei einem Neurologen für angezeigt (act. 69).

#### **E. 7.3.2**

Kurz darauf wurde der Beschwerdeführer im Medizinischen Zentrum G. \_\_\_\_\_ vom Neurologen Dr. med. M. \_\_\_\_\_ untersucht. Dieser hielt in seinem Bericht vom 4. November 2013 als Diagnose aus seinem Fachgebiet ein Zervikobrachialsyndrom (M53) fest. Er berichtete, dass der Beschwerdeführer über seit einigen Monaten bestehende, ständige Schmerzen im Nacken und im rechten Arm klage. Ebenfalls beklage er ein Kribbeln und eine Kraftlosigkeit im rechten Arm (act. 73). Im Bericht vom 22. Dezember 2013 stellte Dr. med. M. \_\_\_\_\_ die Diagnose eines beidseitigen Zervikobrachialsyndroms. Er berichtete von Taubheit der Arme, Schmerzen am Hals, schmerzempfindlicher Muskulatur im Bereich der Halswirbelsäule, schmerzhafter Plexus Brachialis bei Abtasten auf zwei Seiten; Trophik, Tonus, Kraft und Reflexe seien normal (act. 92).

#### **E. 7.3.3**

In einem weiteren Bericht vom 27. Januar 2014 nannte Dr. med. M. \_\_\_\_\_ als Diagnosen eine Läsion des Ellenervs sowie des mittleren Armnervs rechts sowie ein Zervikobrachialsyndrom rechts. An den Kranialnerven stellte er keine Besonderheiten fest. Er berichtete von einer eingeschränkten Beweglichkeit des Halses sowie von Schmerzen bei Druck im Bereich der paravertebralen Muskulatur. Am linken Arm stellte er keine Besonderheiten fest. Es bestehe eine Hypertrophie des Thenar und der Hohlhandmuskulatur rechts und eine Schwäche der Finger in der rechten Hand. Die Kraft auf der linken Seite sei normal. Die Osteo-Sehnen Reflexe seien beidseits stark. Die Untersuchung der Beine habe mit Ausnahme einer Parese im linken Wadenbein keine Besonderheiten ergeben (act. 94). In seinem Bericht vom 6. Oktober 2014 nannte Dr. med. M. \_\_\_\_\_ als Diagnosen ein Zervikobrachialsyndrom sowie Diskushernien C5/C6 und C6/C7. Er führte aus, dass das Zervikobrachialsyndrom durch degenerative Veränderungen der Wirbelsäule zu einer Beschädigung der Nerven von der Wirbelsäule zu den Armen geführt habe. Die sporadisch auftretenden gesundheitlichen Probleme seien chronisch und täglich geworden (act. 107).

#### **E. 7.4**

Des Weiteren sind zwei Gutachten des serbischen Versicherungsträgers aktenkundig.

##### **E. 7.4.1**

Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, nannte in seinem Gutachten vom 3. Oktober 2012 folgende Diagnosen: - bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (C34; Lungenkrebs) - Status nach distaler Radiusfraktur und Fraktur des Kahnbeins am Fuss beidseitig - Status nach Teilentfernung des inneren Meniskus am Knie rechts - Krampfadern am äusseren Unterschenkel rechts Der Gutachter hielt fest, dass beim Beschwerdeführer am Untersuchungstag (3. Oktober 2012) wie auch ab Antragstellung (1. Mai 2012) ein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit bestehe. Ab dem Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus (13. Februar 2012) bestehe laut den Vorschriften über die Feststellung von Körperschäden gemäss Kapitel V A Ziffer 3 ein Körperschaden von 40 % infolge Krankheit (act. 20).

##### **E. 7.4.2**

Im Gutachten vom 17. November 2014 von Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, wurden die unveränderten Diagnosen genannt. Der Gutachter kam zum Schluss, dass aufgrund der unmittelbaren klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers, der Anamnese, der Einsicht in die medizinischen Unterlagen und der oben genannten Krankheiten und Zustände beim Beschwerdeführer ein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit bestehe (act. 116).

#### **E. 7.5**

Schliesslich ergibt sich aus den medizinischen Akten aus Serbien, dass der Beschwerdeführer wegen Verbrennungen 2. Grades im Gesicht vom 6. Juni bis 10. Juni 2008 hospitalisiert war (Austrittsbericht des Medizinischen Zentrums G. \_\_\_\_\_ vom 10. Juni 2008; act. 45) und dass er an einem fachärztlich diagnostizierten Tinnitus leidet (Bericht vom 7. Mai 2012 von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, HNO-Spezialist; act. 44). Hierbei bestehen keine Anhaltspunkte für eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Gesundheitsschädigung, weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist.

#### **E. 7.6**

Die Vorinstanz hat die Berichte der behandelnden Ärzte sowie die beiden Gutachten aus Serbien jeweils dem RAD Rhône zur Beurteilung vorgelegt. Der RAD-Arzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nahm im Laufe des Verwaltungsverfahrens am 5. Juli 2013 (act. 49), am 27. August 2013 (act. 58), am 24. Januar 2014 (act. 83), am 14. April 2014 (act. 98) sowie am 9. Januar 2015 (act. 123) Stellung.

##### **E. 7.6.1**

Dr. med. O. \_\_\_\_\_ nannte in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 9. Januar 2015 als Hauptdiagnose ein squamöses Bronchial-/Lungenkarzinom rechts T2 N1 Mo (C 34.9). Als Nebendiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er folgende Diagnosen auf: - Beinbruch links im September 2011 - Status nach einer unteren Lobektomie (der Lunge) rechts im Jahr 2012 - eine Zervicobrachialgie links wegen degenerativen Problemen Als Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er: - Status nach Teilentfernung des inneren Meniskus am rechten Knie - Krampfadern am linken Bein Der RAD-Arzt attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit ab dem 20. März 2011 und von 0 % in einer adaptierten Tätigkeit ab dem 1. Mai 2013. Er hat folgende funktionelle Einschränkungen festgelegt (Zumutbarkeitsprofil): Vollzeit, sitzende Tätigkeit, keine schweren Arbeiten, Tragen von Gewichten bis max. 10 kg, Einschränkung der Gehfähigkeit (nur auf flachem Untergrund). Als weitere Einschränkungen hielt er fest: keine Aktivitäten mit den Armen über Schulterniveau und keine feinmotorischen Tätigkeiten mit der linken Hand. Als zumutbare Verweistätigkeiten bezeichnete er unverändert folgende Tätigkeiten: sitzende Tätigkeit im Verkauf per Korrespondenz, Telefon oder Internet (falls der Versicherte über die notwendigen Kompetenzen verfügt), sitzende Tätigkeit als Kassier oder Billetverkäufer, sitzende Tätigkeit im Empfang, als Rezeptionist, als Telefonist, in der Dateneingabe oder der Datenscannung (act. 123).

##### **E. 7.6.2**

In seiner ersten Aktenbeurteilung vom 5. Juli 2013 führte Dr. med. O. \_\_\_\_\_ aus, dass der Bruch des linken Beins im September 2011 zu einer Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten geführt habe. Die Phase der vollständigen Arbeitsunfähigkeit sei wegen des Lungentumors, der eine Lobektomie sowie eine anschliessende Chemotherapie nötig

gemacht habe, verlängert worden. Danach sei langsam eine günstige Entwicklung eingetreten mit einem Zustand der Remission im Mai 2013. Der Beschwerdeführer fühle sich gut, was die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit erlaube (act. 49). Am 27. August 2013 hielt er überdies fest, dass die empfohlene Gelenksversteifung zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mehr als drei Monaten führen würde (act. 58).

### **E. 7.6.3**

Am 14. April 2014 hielt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ fest, dass neu von einem Zervikobrachialsyndrom berichtet worden sei. Im Dezember sei noch ein normaler neurologischer Status beschrieben worden. Eine Hypotrophie sei berichtet worden, mit Verringerung der Kraft in den Fingern. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Januar 2014 wäre möglich, weshalb weitere Abklärungen in dieser Hinsicht erforderlich seien (act. 98). Nach Vorliegen neuer Berichte des behandelnden Neurologen führte der RAD-Arzt in der abschliessenden Stellungnahme vom 9. Januar 2015 dazu aus, das festgestellte Zervikobrachialsyndrom mit einer Verminderung der Kraft in der linken Hand sei bei der Festlegung des zumutbaren Leistungsprofils zu berücksichtigen, erlaube dem Beschwerdeführer aber eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Es bestünden keine Hinweise auf eine Psychopathologie (act. 123).

### **E. 8.1**

Unbestritten ist die Einschätzung des RAD, wonach dem Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 20. März 2011 die angestammte Tätigkeit als Schlosser nicht mehr zumutbar ist. Angesichts der vorliegenden medizinischen Berichte ist es nachvollziehbar, dass ihm aufgrund der Beschwerden des linken Fussgelenks eine körperlich schwere und überwiegend stehende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar ist. Obwohl damit das Wartejahr am 20. März 2012 ablief, hat der Beschwerdeführer gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG erst nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches am 1. Mai 2012, mithin ab dem 1. November 2012, Anspruch auf eine Rente, sofern ab diesem Zeitpunkt ein rentenbegründender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. Da eine Anmeldung für eine schweizerische Invalidenrente vor dem 1. Mai 2012 weder aktenkundig noch geltend gemacht wird, ist das Begehren des Beschwerdeführers, soweit er einen Rentenanspruch bereits ab 1. März 2012 geltend macht, abzuweisen.

### **E. 8.2**

Ebenfalls unbestritten und gemäss vorliegender Aktenlage ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 20. März 2011 in der Phase mit verschiedenen Klinikaufenthalten, des Auftretens einer schwerwiegenden Krebserkrankung mit operativer Entfernung eines Teils des rechten Lungenflügels sowie der postoperativen Rehabilitation und Behandlung bis zumindest am 30. April 2013 in jeglichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig war.

### **E. 9**

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz zu Recht gestützt auf die Beurteilung des RAD davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer in einer seinen Leiden angepassten Tätigkeit ab 15. Mai 2013 wieder zu 100 % arbeitsfähig war beziehungsweise ob sich aufgrund der Aktenlage der medizinische Sachverhalt diesbezüglich als genügend abgeklärt erweist.

### **E. 9.1**

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. O. \_\_\_\_\_ 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. 9.2**

Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer an Beschwerden im Bereich des linken Fusses, des Nackens, der Arme und der Lungen leidet. Es liegen damit mehrere Faktoren vor, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Dem RAD standen für die Aktenbeurteilung zahlreiche Berichte der behandelnden Fachärzte zur Verfügung; bei diesen handelt es sich allerdings um monodisziplinäre Einschätzungen, welche das Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht berücksichtigen. Auch die beiden Gutachten des serbischen Versicherungsträgers wurden nicht unter Einbeziehung sämtlicher relevanter Fachdisziplinen erstellt. In den Akten befindet sich somit keine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, auf die sich der RAD hätte stützen können.

### **E. 9.3**

Der RAD geht davon aus, dass die Krebserkrankung spätestens im Mai 2013 remittiert ist und damit eine anspruchrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich

zum Zeitpunkt des Rentenbeginns eingetreten ist. Diese Schlussfolgerung findet eine Stütze in den Akten und ist nachvollziehbar. Den eingereichten Arztberichten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (siehe oben E. 7.2.3) ist zu entnehmen, dass die Krebserkrankung mit dem operativen Eingriff und den anschliessenden Therapien gut behandelt werden konnte und seither keine Rezidive mehr aufgetreten sind.

#### **E. 9.4**

In den kurzen Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. O.\_\_\_\_\_ fehlt jedoch eine überzeugende und nachvollziehbare Begründung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit ab 13. Mai 2013. Insbesondere hat sich der RAD-Arzt, der nicht über fachspezifische Qualifikationen in sämtlichen hier relevanten Disziplinen verfügt (vgl. Urteil des BGer 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2), nicht zur eingeschränkten Beweglichkeit des Halses, zu den Beschwerden am rechten Arm, zur beklagten Beeinträchtigung der Lungenfunktion und zum geltend gemachten reduzierten Allgemeinzustand geäußert. Zudem findet in den RAD-Stellungnahmen auch keine erkennbare Auseinandersetzung mit den abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Ärzte aus Serbien statt. Überdies fehlt in den Akten jeder Hinweis eines untersuchenden Arztes darauf, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Zudem lagen dem RAD keine genügenden Abklärungen bezüglich der geltend gemachten Atembeschwerden vor, zumal es in den medizinischen Akten aus Serbien an einer nachvollziehbaren Lungenfunktionsdiagnostik unter Berücksichtigung der Art und Intensität der Atembeschwerden fehlt (vgl. Swiss Insurance Medizin, Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und Krankheit, S. 19). Aufgrund der Einschätzung der behandelnden Ärzte und Gutachter aus Serbien, die von einem vollen Verlust der Arbeitsfähigkeit ausgehen, sowie den dokumentierten, aber noch nicht restlos abgeklärten multiplen gesundheitlichen Einschränkungen als Folge der verschiedenen körperlichen Beeinträchtigungen bestehen insgesamt begründete Zweifel an einer uneingeschränkten, 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer überwiegend sitzenden, leidensangepassten Tätigkeit. Insbesondere angesichts der fehlenden interdisziplinären Begutachtung und der diametral abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der behandelnden und begutachten 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).

#### **E. 9.5**

Im Lichte der eingangs erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Aktenbeurteilungen versicherungsinterner Ärzte kann demzufolge nicht auf die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. O.\_\_\_\_\_ abgestellt werden. Auch auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie auf die beiden Gutachten des serbischen Versicherungsträgers kann nicht abgestellt werden, zumal diese keine sämtliche Leiden berücksichtigende, 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. 10.1**

Das vollständige Fehlen von Abklärungen entscheidewesentlicher Aspekte (fehlende Gesamtbeurteilung, fehlende Klärung der Frage des Einflusses der Lungenbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers) 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 mittlerweile bereits fast 63 Jahre alt ist. 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 nimmt mindestens sechs Monate in Anspruch. Der Beschwerdeführer wäre dann über 63 Jahre alt. Im Zeitpunkt, zu dem die Restarbeitsfähigkeit (medizinisch) feststünde, würde dem Beschwerdeführer somit eine Aktivitätsdauer von weniger als zwei Jahren verbleiben.

### **E. 10.2**

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 gemäss den Akten (siehe Anamnese des Gutachtens vom 17. November 2014; act. 116) über keine Berufsbildung und hat in seiner über 25 Jahre dauernden Tätigkeit als Schlosser und Hilfsarbeiter im selben Betrieb 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 ausgehen, 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. 10.3**

Das hat zur Folge, dass der Beschwerdeführer auch über den 1. September 2013 hinaus bis zum Eintritt des Rentenalters (21. Juni 2018) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Die Beschwerde ist daher insoweit gutheissen und die angefochtene Verfügung entsprechend abzuändern.

### **E. 11.1**

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 und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 11.2**

Der obsiegende, vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 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. Da der nichtanwaltliche Vertreter

keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt. (Urteilsdispositiv auf der nächsten Seite)

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