

BVGer C-2217/2015 vom 9. August 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-08-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2217_2015

FR: TAF C-2217/2015 du 9 août 2017

IT: TAF C-2217/2015 del 9 agosto 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gestützt auf Art. 3 Bst. dbis VwVG findet dieses Gesetz in Sozialversicherungssachen jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist, was gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG für die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70) zutrifft, soweit das IVG nicht ausdrücklich davon abweicht.

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Damit ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist - vorbehältlich der Ausführungen in E. 2.3 nachfolgend - auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger und hat seinen Wohnsitz in Spanien, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller

Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1).

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind - besondere übergangsrechtliche Regelungen vorbehalten - jene materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Der Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu beurteilen (vgl. BGE 130 V 445). Vorliegend sind das IVG, die IVV (SR 831.201) und das ATSG gemäss der 5. IV-Revision (in Kraft seit 1. Januar 2008; AS 2007 5129) und der IV-Revision 6a (in Kraft seit 1. Januar 2012; AS 2011 5659) zu beachten. Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2656/2015 vom 24. Februar 2016 E. 3.4 m.H.).

E. 2.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab. Damit ist vorliegend grundsätzlich der bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 10. März 2015) eingetretene Sachverhalt zu berücksichtigen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Der Beschwerdeführer reichte im Beschwerdeverfahren acht neue, vor Verfügungserlass entstandene Arztberichte sowie vier nach dem 10. März 2015 erstellte medizinische Rapporte ein (vgl. den Sachverhalt Bst. C., F. und I.). Die vorbestehenden Berichte sind als unechte Noven für den vorliegenden Entscheid zu berücksichtigen. Soweit der Beschwerdeführer mit den nach der Verfügung datierenden ärztlichen Berichten eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend macht, ist er darauf hinzuweisen, dass eine solche nicht im Beschwerdeverfahren, sondern im Rahmen einer Revision bei der zuständigen IV-Stelle vorzubringen wäre. Diese echten Noven sind im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht zu würdigen (vgl. jedoch nachfolgend E. 7.1.2 in fine).

E. 3.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft im vorliegenden Verfahren die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 3.2

Anfechtungsobjekt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung vom 10. März 2015, mit welcher die Vorinstanz dem Beschwerdeführer ab dem 1. März 2014 eine Viertelsrente zusprach. Strittig und zu prüfen ist insbesondere, ob der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt durch die vorliegenden ärztlichen Berichte richtig und vollständig erstellt ist und die IVSTA zu Recht gestützt darauf von einer dauernden Erwerbseinschränkung von 47% ausgegangen ist.

E. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 4.2

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) IV-Stelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c-g IVG).

E. 4.3

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.

E. 4.3.1

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; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2).

E. 4.3.2

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 medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 4.3.3

Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) beziehungsweise des medizinischen Dienstes der IVSTA müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern 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 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.). Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des medizinischen Dienstes der IVSTA entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d; Urteile des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4 und 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.3).

E. 4.3.4

In einem EU-Staat wohnhafte Versicherte können aus dem FZA keinen (unbedingten) Anspruch ableiten, in der Schweiz begutachtet zu werden; eine Entscheidung kann grundsätzlich auf im Wohnsitzstaat verfertigte ärztliche Berichte abgestützt werden. Gleichzeitig besteht keine Regel, wonach abschliessend auf im Wohnsitzstaat ausgefertigte ärztliche Berichte abzustellen wäre. Da sich der Leistungsanspruch nach dem materiellen Recht des Vertragsstaats bestimmt, leitet sich auch aus dem einzelstaatlichen Recht ab, welche Fragen der ärztlichen Klärung bedürfen, welche Anforderungen an den Nachweis des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts gestellt werden und mit welchen Mitteln dieser Nachweis geführt wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.4). Es ist mithin nicht von vornherein unzulässig, einzig auf im Wohnsitzstaat des Versicherten erstellte ärztliche Berichte abzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_818/2013 vom 24. Februar 2014 E. 4.1.2; vgl. auch 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 5.1).

E. 4.4

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten

Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.).

E. 5.1

Einleitend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer während über 12 Jahren in der Schweiz gearbeitet und Beiträge an die AHV geleistet hat (IV-act. 58, 60/3). Damit sind die versicherungsmässigen Voraussetzungen nach Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt.

E. 5.2

Strittig ist die Höhe des Rentenanspruchs. Der Beschwerdeführer macht geltend, sein Gesundheitszustand erlaube es ihm nicht mehr, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, womit er sinngemäss die Ausrichtung einer vollen Invalidenrente beantragt.

E. 5.3

Im Verfügungszeitpunkt lagen der Vorinstanz im Wesentlichen die nachfolgend thematisch und chronologisch darzustellenden medizinischen Berichte vor:

E. 5.3.1

Aus orthopädischer/rheumatologischer Sicht stellt sich der medizinische Sachverhalt folgendermassen dar:

E. 5.3.1.1

Anlässlich eines MRT der Hals- und Lendenwirbelsäule erhoben Dr. I. _____ und Dr. B. _____ am 10. August 2006 (IV-act. 5) folgende Befunde: In Bezug auf die Halswirbelsäule Signaländerungen der Bandscheiben aufgrund von Dehydrierung, Degeneration und kleinen disko-osteophytären parazentralen Bandscheibenprotrusionen in C4-C5, C5-C6 und C6-C7, die in den anterioren Subarachnoidalraum eindringen, ohne ihn vollständig auszufüllen, und ohne Kontakt zum Rückenmark, eine Stenose des Foramens, obwohl die Protrusion in C6-C7 leicht bis zum linken anterioren Recessus des Wirbelkanals vordringt. In Bezug auf die Lendenwirbelsäule wurde festgehalten, in einigen Wirbel-Abschlussplatten seien aufgrund von Schmorl-Knoten kleine marginale Osteophyten und Erosionen erkennbar sowie ein Hämangiom im Wirbelkörper L1. In den untersten drei Bandscheiben sei eine Signalverringering in T2 aufgrund von Dehydratation und Degeneration erkennbar sowie eine Protrusion des Anulus fibrosus der Bandscheibe L5-S1 in das Fettgewebe des Epiduralraumes ohne offensichtliche Kompression der Nervenwurzeln.

E. 5.3.1.2

Dr. Pro Bueno schlussfolgerte am 7. März 2007 (IV-act. 4), die wichtigsten Beeinträchtigungen seien leichte Diskopathien im Hals- und Lendenwirbelbereich, ohne sichtbare radikuläre oder medulläre Beeinträchtigung, eine leichte Asymmetrie der Beinlängen sowie Schmerzen in der rechten Schulter. Als organische und funktionelle Einschränkungen wurden Schmerzepisoden der Gelenke genannt. Der Arzt gelangte zum Schluss, dass eine vorübergehende Erwerbsunfähigkeit in Phasen stark ausgeprägter Symptomatik möglich sei.

E. 5.3.1.3

In der Klinik U._____ wurde am 5. Oktober 2012 ein MRT der rechten Schulter durchgeführt. Dr. V._____ gelangte in seinem Bericht (IV-act. 15) zu folgendem radiologischen Befund: Flüssigkeit im Recessus subcoracoideus und Tendosynovitis des Supraspinatus mit intrasubstantieller Ruptur der Supraspinatussehne und fibrilläre Ruptur der Schulterblattmuskulatur, assoziiert mit akromioklavikulärer Arthrose sowie undeutliche Verkalkung der Supraspinatussehne.

E. 5.3.1.4

Ein weiteres, von Dr. I._____ durchgeführtes MRT der Hals- und Lendenwirbelsäule vom 22. März 2013 ergab in Bezug auf die Halswirbelsäule diskrete degenerative Veränderungen mit generalisierter Dehydratation der Bandscheiben und beginnende posteriore disko-osteophytäre Protrusionen, vorwiegend in C4-C5, C5-C6 und C6-C7, die in den Wirbelkanal eindringen und dessen Durchmesser verringern. In C4-C5 bestehe ein minimaler Kontakt zum anterioren Bereich des Rückenmarks, assoziiert mit einem kleinen Riss des Anulus fibrosus auf dieser Ebene. Die foraminale Öffnungen auf den genannten Ebenen seien ebenfalls leicht verengt, allerdings ohne radikuläre Beeinträchtigung. In Bezug auf die Lendenwirbelsäule resultierte im postsuperioren Bereich des Wirbelkörpers L1 ein kleines abgerundetes Bild, das auf ein kleines Hämangiom auf dieser Ebene hinweise, leichte und generalisierte degenerative Veränderungen mit Dehydratation der Bandscheiben, diskrete posteriore, diffuse Auswölbungen in L3-L4 und L5-S1, die in den Wirbelkanal und die foraminale Öffnungen eindringen, vor allem in die linken Foramina in L5-S1, ohne auffällige Kompression der Nervenwurzeln, eine leicht reduzierte Höhe der Bandscheibe D11-D12 sowie degenerative Veränderungen in den Facettengelenken (IV-act. 20).

E. 5.3.1.5

Dr. M._____ diagnostizierte in ihrem ärztlichen Bericht vom 13. Februar 2014 (IV-act. 35) eine generalisierte primäre Arthrose. Die vom Patienten vorgelegte Analyse vom Februar zeige rheumatisch negative Marker. Die Ultraschalluntersuchung der Schulter zeige eine Tendinitis mit Verkalkung der rechten Schulter und partieller Supraspinatusruptur. Die anschliessende Kernspintomographie desselben Schultergelenks zeige Flüssigkeit im Recessus subcoracoideus und Tendosynovitis des Supraspinatus mit intrasubstantieller fibrillärer Ruptur der Schulterblattmuskulatur, assoziiert mit akromioklavikulärer Arthrose sowie undeutliche heterotrophe Verkalkung der Supraspinatussehne. Das zervikale und lumbale MRT zeige arthrotische Veränderungen und mehrfache Bandscheibenläsionen. Der Patient sollte die verschriebene chondroprotektive/schmerzlindernde und physiotherapeutische Behandlung zur Rehabilitation des rechten Schultergelenks fortführen.

E. 5.3.1.6

Dr. I._____ beurteilte am 8. Juli 2014 in seinem ärztlichen Gutachten (IV-act. 50), bei der Untersuchung sei eine Kontraktion der paravertebralen Muskeln und beider Trapezmuskeln festgestellt worden, was zu immer wiederkehrenden Schmerzen führe, die auf den gesamten Rückenbereich, die Schultern und das Becken ausstrahlen. Das rechte Bein sei sowohl am Knie als auch beim Knöchel eingeschränkt, was zu einem leicht hinkenden Gang und Instabilität führe. Weiter würden Parästhesien in den Händen mit degenerativen Knoten in den kleinen interphalangealen Gelenken, Schmerzen und Bewegungseinschränkungen bei beiden Handgelenken und schmerzende Knöchel bestehen. Der Bewegungsradius der

Schultern sei aufgrund vor allem rechtsseitig geschädigter Rotatorenmanschetten eingeschränkt. Es gebe klinische Symptome einer Nervenwurzel-Schädigung, vor allem der oberen Extremitäten. Im Weiteren liege aufgrund einer MII-Verkürzung ein Hängebecken vor, dadurch seien links Einlegesohlen (1 cm) zum Ausgleich erforderlich. Die Kniegelenke zeigten ein positives Zohlen-Zeichen und Patellareibung, vorwiegend rechtsseitig. Ferner seien Symptome eines ängstlich-depressiven Krankheitsbildes erkennbar; dazu zählten Apathie, Niedergeschlagenheit, Minderwertigkeitsgefühle, häufige Stimmungsschwankungen, Schlaflosigkeit, leichte Reizbarkeit usw., die aktuell unter regelmässiger Kontrolle mit Duloxetin (60 mg), Mirtazapin (30 mg) und Topiramamat (100 mg) behandelt würden. Unter Berücksichtigung der medizinischen Dokumentation gelangte Dr. I. _____ aus arbeitsmedizinischer Sicht zur Einschätzung, in Anbetracht der chronischen, fortschreitenden und irreversiblen Art der Erkrankung sei der Versicherte vollständig und dauerhaft arbeitsunfähig.

E. 5.3.2

Der psychische Gesundheitszustand präsentiert sich wie folgt:

E. 5.3.2.1

In einem klinischen Bericht von Dr. J. _____ vom 2. April 2013 (IV-act. 16/48) wurde festgehalten, der Versicherte sei im Dezember 2008 erstmals aufgrund eines hypothymenten Gemütszustandes, Neigung zum Weinen ohne freies Weinen, Angstzuständen, Schlaflosigkeit, Alpträumen und Verringerung sozialer Beziehungen behandelt worden. Die Symptome seien auf die körperlichen Einschränkungen aufgrund der organischen Erkrankungen und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen. Es sei eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden. Im Januar 2010 sei der Versicherte erneut zu einer Untersuchung gekommen, aufgrund derselben Symptomatik und infolge der fehlenden Akzeptanz seines körperlichen Zustandes, der ihn habe reizbarer werden lassen. Es träten schrittweise neue organische Erkrankungen auf. Da der Versicherte keine Lösung für seine körperlichen Einschränkungen finde, seien die Beschwerden chronischer Art. Er entwickle eine pessimistische Einstellung zu seinen Problemen. Als aktueller klinischer Befund wurde ein gemischtes, chronisches, ängstlich-depressives Krankheitsbild, das auf die physischen Einschränkungen zurückgehe, festgestellt.

E. 5.3.2.2

Dr. L. _____ bemerkte in seinem klinischen Bericht vom 8. Februar 2014 (IV-act. 36), der Versicherte zeige aktuell klinische Symptome einer moderaten depressiven Psychose als Reaktion auf seine körperlichen Einschränkungen infolge einer organischen Polypathologie. Es seien Tendenzen nicht-adaptiver Benommenheit und Grübeleien zu verzeichnen, die zur Prognose einer chronischen Symptomatik führten. Er stellte die Diagnose einer moderaten depressiven Störung (IV-act. 36).

E. 5.3.2.3

Dr. J. _____ wiederholte in seinem klinischen Bericht vom 3. November 2014 (IV-act. 49) seine bereits im Bericht vom 2. April 2013 gemachten Beobachtungen und stellte erneut die Diagnose eines gemischten, chronischen, ängstlich-depressiven Krankheitsbildes, das auf die physischen Einschränkungen zurückgehe.

E. 5.3.3

Aus pneumologischer Sicht ergibt sich aus den Berichten der spanischen Ärzte Folgendes:

E. 5.3.3.1

Am 15. Juni 2012 wurde beim Beschwerdeführer im Hospital Universitario F._____ in der Abteilung für Lungenheilkunde durch Dr. E._____ eine Schlafanalyse durchgeführt. Diese ergab ein schweres Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom, weshalb eine CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)-Therapie angeordnet wurde (IV-act. 17).

E. 5.3.3.2

In seinem ärztlichen Bericht vom 13. Februar 2014 (IV-act. 34) stellte Dr. E._____ erneut die Diagnose des schweren Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndroms. Der Patient habe sich nicht an die CPAP-Therapie gewöhnt, zeige aber eine akzeptable Erfüllung der Therapieanweisungen. Er leide an fast kontinuierlichen holokraniellen Kopfschmerzen, häufiger morgendlicher Körperschwäche und leichter bis moderater Tages-Hypersomnie. Es würden keine Atemnot, kein Husten und keine anderen respiratorischen Beschwerden bestehen.

E. 5.3.4

Im ausführlichen ärztlichen Bericht E 213 vom 18. November 2013 (IV-act. 25) stellte Dr. W._____ anamnestisch fest, im Jahr 1995 habe der Versicherte eine Fraktur des rechten Schien- und Wadenbeins erlitten, die chirurgisch behandelt worden sei. Im Übrigen stellte sie ein schweres Schlafapnoe-Syndrom fest, das eine CPAP-Therapie erfordere, die schlecht vertragen werde; eine erneute Beurteilung durch den Lungenfacharzt stehe noch aus. Des Weiteren leide der Versicherte an Otosklerose, die im Jahr 2010 mittels Stapedektomie behandelt worden sei, beim rechten Ohr mit schlechtem funktionellem Ergebnis; der Patient trage ein Hörgerät. Zudem bestehe Bluthochdruck, Diabetes Mellitus Typ 2, und eine gutartige Prostatavergrößerung. Der Versicherte klage derzeit vorrangig über generalisierte Schmerzen in der rechten Schulter, im Sprunggelenk und im rechten Knie. Zusätzlich bestehe eine Miktionsstörung und eine ängstlich-depressive Anpassungsstörung. Dr. W._____ diagnostizierte eine Zervikal- und Lumbalarthrose ohne Beeinträchtigung der Nervenwurzeln, eine ängstlich-depressive Störung, die sekundär auf die physischen Einschränkungen zurückgehe, sowie ein schweres Schlafapnoe-Syndrom. Zusammenfassend gelangte sie zum Schluss, dass eine chronisch degenerative Erkrankung vorliege. Zu vermeiden seien stark anhaltende Überlastungen aufgrund der Rückenbeschwerden. Der Zustand sei im Vergleich zur Voruntersuchung vom 16. April 2013 unverändert. Der Versicherte könne seine letzte Tätigkeit nicht mehr ausüben. Diesbezüglich bestehe nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes vollständige Arbeitsunfähigkeit. Hingegen sei eine angepasste Tätigkeit, beispielsweise als Pförtner in Vollzeit möglich. Eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes könne durch Massnahmen zur Haltungsverbesserung und körperlichen Übungen erzielt werden.

E. 5.4

Auf Beschwerdeebene wurden weitere vorbestandene medizinische Unterlagen zu den Akten gereicht, von denen die nachfolgenden bedeutsam sind:

E. 5.4.1

Dr. O._____ stellte am 27. April 2012 die Diagnosen rechtsseitige Epicondylitis, kalzifizierende Tendinitis mit Teilruptur des Musculus supraspinatus, Arthrose der Hand im Anfangsstadium sowie Femorpatellararthrose. Der Versicherte habe Schmerzen an beiden Schultern, ausgeprägter rechts mit Einschränkung der Beweglichkeit, weniger als elf

positive fibromyalgische Triggerpunkte, Empfindlichkeit beim Abtasten der Epikondylen, Triggerpunkte am Musculus trapezius sowie einen positiven Brush-Test am rechten Knie (BVGer-act. 1, Beilage 5).

E. 5.4.2

Dr. Q._____ berichtete am 26. März 2013 über eine Untersuchung der Hals- und Lendenwirbelsäule dahingehend, dass diskrete degenerative Veränderungen mit generalisierter Dehydrierung der Bandscheiben und anfänglichen osteophytären Diskusprotrusionen, hauptsächlich an C4-C5, C5-C6- C6-C7, bestehen würden, die eine Einengung des Spinalkanals hervorrufen. An C4-C5 träten sie aufgrund eines kleinen Risses des Faserrings minimal mit der vorderen Seite des Wirbelkanals in Kontakt. Auch die Foramina seien in den erwähnten Bereichen beidseits eingeengt, wobei sie die Nervenwurzeln nicht beeinträchtigten. Ebenso stellte er diskrete degenerative Veränderungen mit Dehydrierung der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule bei diffuser posteriorer Vorwölbung an L3-L4 und L5-S1, und degenerative Veränderungen der interapophysären Gelenke fest (BVGer-act. 1, Beilage 7).

E. 5.4.3

Dr. R._____ stellte am 15. Dezember 2014 anlässlich einer otologischen NMR-Untersuchung den Befund einer Gefässschleife (Loop) im Segment der Zisterne der Hirnnerven VII und VIII neben dem linksseitigen porus acusticus, welcher der arteria inferior anterior cerebelli entstamme (BVGer-act. 1, Beilage 9).

E. 5.4.4

Dr. J._____ bestätigte am 2. März 2015 erneut eine chronische gemischte Angst- und Depressionsstörung, die sekundär zu den körperlichen Einschränkungen aufgetreten sei (BVGer-act. 1, Beilage 14).

E. 5.4.5

Dr. S._____ diagnostizierte am 4. März 2015 eine Angststörung, Hypertonie, Diabetes Mellitus sowie einen linksseitigen schweren Tinnitus. Als Hauptbeschwerde nannte sie Osteosklerose (BVGer-act. 1, Beilage 10).

E. 5.4.6

Aus dem klinischen Entlassungsbericht des Hospital Universitario F._____ vom 12. November 2014 geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer einer ambulanten transurethralen Resektion der Prostata unterzogen hat und das Ergebnis zufriedenstellend sei. Als Hauptdiagnose wurde eine obstruktive infravesikale Uropathie genannt (BVGer-act. 1, Beilage 15).

E. 5.5

Die angefochtene Verfügung stützt sich im Wesentlichen auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes (Dr. X._____, FMH médecine générale, FMH médecine physique et réadaptation und Dr. Y._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie). Dieser stellte nach Durchsicht der vorliegenden medizinischen Unterlagen die Hauptdiagnose degenerative Störungen (primäre generalisierte Arthrose) und nannte als Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine moderate depressive Störung und Status nach Schien- und Wadenbeinfraktur rechts (1995). Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die bilaterale Osteosklerose, Diabetes Typ II, Dyslipidämie

und die gutartige Hypertrophie der Prostata bezeichnet. Dr. X._____ schloss aus somatischer Sicht auf eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Fliesenleger von 70% seit dem 10. August 2006 und von 100% seit Juni 2012. Hingegen bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 0% seit dem 10. August 2006 und von 20% seit Juni 2012. Dr. Y._____ stellte fest, aus psychiatrischen Gründen bestehe keine supplementäre Arbeitsunfähigkeit. Als zumutbar erachtet wurde eine leichte Tätigkeit in sitzender oder alternierender Position, eine Maximalbelastung von 5kg, ohne Einwirkung von Kälte, Feuchtigkeit und Witterungsbeeinträchtigung. Zudem sei zu berücksichtigen, dass keine Überkopftätigkeiten und keine Unfall- oder verletzungsgefährdete Tätigkeiten verübt würden. Als mögliche Verweistätigkeit wurde die Arbeit als Pförtner, Hauswart, Aufseher, Magaziner, Verkäufer, die Vornahme von Reparaturen kleiner Haushaltsapparate oder eine Büroarbeit oder administrative Tätigkeit genannt (vgl. IV-act. 38, 42, 52, 54).

E. 6

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt richtig und vollständig erhoben und daraus nachvollziehbare Schlüsse in Bezug auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gezogen hat.

E. 6.1

Die vollständige und richtige Sachverhaltserstellung hängt im Wesentlichen vom Vorliegen beweiskräftiger medizinischer Berichte ab (zum Beweiswert vgl. vorne E. 4.3.2 f.).

E. 6.2

Die Beschwerden des Versicherten sind durch die vorliegenden medizinischen Berichte der spanischen Ärzte umfassend dokumentiert und hinsichtlich der diversen Befunde liegt im Wesentlichen Einigkeit vor. Indes mangelt es ihnen an Folgendem:

E. 6.2.1

Bei Gesundheitsschädigungen im Bereich der Orthopädie ist eine schlüssige qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen von zentraler Bedeutung. Die orthopädischen Berichte der spanischen Ärzte äussern sich jedoch kaum zu den funktionalen Beschwerden des Beschwerdeführers. Mithin fehlt eine eingehende (fachärztliche) klinische Erhebung in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen des Bewegungsapparates. Daher kann aus orthopädischer Sicht nicht von einem feststehenden Sachverhalt - allenfalls abgesehen von der der Diagnosestellung - ausgegangen werden (vgl. zum Ganzen das Urteil des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2).

E. 6.2.2

Zudem äussern sich die Berichte der spanischen Ärzte - wenn überhaupt - kaum dazu, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Beschwerdeführer arbeitsunfähig ist und welche Arbeitsleistungen noch zumutbar sind. Ebenso wenig lässt sich aus den aufgeführten Befunden eine zuverlässige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise -unfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit ableiten.

E. 6.3

Die Einschätzung des medizinischen Dienstes stellt den medizinischen Sachverhalt ebenfalls nicht vollständig fest.

E. 6.3.1

Die Funktion des medizinischen Dienstes besteht darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4, in: SVR 2009 IV Nr. 50; 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen (vgl. vorne E. 4.3.3).

E. 6.3.2

Der medizinische Dienst erkennt als Hauptdiagnose eine primäre generalisierte Arthrose, führt in seiner Beurteilung dazu aber primär lediglich aus, der Beschwerdeführer leide unter Lumbalgien und Zervikalgien. Nach der Tibiafraktur im Jahre 1995 zeige er funktionelle Limitationen, die Beweglichkeit sei aber erhalten (IV-act. 29). Die Beweglichkeit der Arme sei schmerzhaft und die Seitwärtsbewegung eingeschränkt; zudem würden Schmerzen in der rechten Schulter bestehen (IV-act. 38/1, 52/1). Mangels eingehender klinischer Erhebungen in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen, insbesondere aus orthopädischer Sicht, fehlt es der Einschätzung des medizinischen Dienstes hingegen an der Grundlage zur zuverlässigen Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. In ihrer Stellungnahme vom 21. November 2014 hielt Dr. X. _____ denn auch fest, die Funktionseinschränkungen gemäss dem Bericht von Dr. I. _____ vom 8. Juli 2014 (IV-act. 50) seien wenig präzise und teilweise gar nicht begründet (IV-act. 52). Nach dem Gesagten ist nicht nachvollziehbar, inwieweit sich die verschiedenen Beschwerden konkret auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Bei der Auflistung der relevanten Diagnosen fehlt sodann das Schlafapnoe-Syndrom, obwohl dieses in der Beurteilung als schwer bezeichnet wird und die Tagesschläfrigkeit - offenbar alleine - eine Limitierung der Verweistätigkeit im Umfang von 20% bewirkt (vgl. IV-act. 38). Keine Erwähnung finden die Beschwerden respektive Nebenwirkungen, die sich aus der CPAP-Therapie ergeben. Dr. X. _____ und Dr. Y. _____ leiten ihre Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit ohne Vornahme einer eigenen Untersuchung aus den gestellten Diagnosen ab, obgleich sich aus den vorhandenen medizinischen Berichten diesbezüglich eine unvollständige sowie - soweit eine Beurteilung überhaupt vorgenommen wird - uneinheitliche und teilweise deutlich pessimistischere Würdigung ergibt (vgl. IV-act. 25 und 50 sowie vorne E. 6.2.2). Vor diesem Hintergrund ist die Beurteilung des medizinischen Dienstes als ungenügend zu bezeichnen.

E. 6.3.3

Treffen verschiedene (anspruchsrelevante) Gesundheitsbeeinträchtigungen zusammen, ist in der Regel eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2), und der Grad der Arbeitsunfähigkeit ist grundsätzlich in einer sämtliche Behinderungen umfassenden medizinischen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts

9C_948/2012 vom 22. Juli 2013 E. 4.3). In den Akten befindet sich jedoch keine in diesem Sinn zuverlässige und schlüssige interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, auf die sich der medizinische Dienst hätte stützen können. Der Versicherte leidet an Pathologien, die verschiedene medizinische Disziplinen tangieren. Es liegen pneumologische, rheumatologische, psychiatrische sowie orthopädische Beschwerden vor, die es zu beurteilen gilt. Wohl wurden die psychiatrischen Aspekte separat von einem Arzt mit der entsprechenden Qualifikation ausgewertet. Hingegen erfolgte keine weitere Abgrenzung durch die einzelnen relevanten medizinischen Disziplinen. Eine Differenzierung der bestehenden Beschwerden und ihren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wäre vorliegend jedoch nötig gewesen, um eine Gesamteinschätzung vornehmen zu können.

E. 6.3.4

Nach dem Gesagten bestehen an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung des medizinischen Dienstes erhebliche Zweifel, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

E. 6.4

Zusammenfassend sind aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte der medizinische Sachverhalt und dessen Auswirkungen auf die verbleibende Erwerbsfähigkeit nicht rechtsgenügend erstellt. Insbesondere sind keine medizinischen Unterlagen aktenkundig, die eine sämtliche Leiden berücksichtigende, den Beweisanforderungen genügende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit enthalten. Es ist unklar, wie die verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zusammenwirken. Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht mit Aktenbeurteilungen des medizinischen Dienstes begnügen dürfen, sondern mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen. Indem sie darauf verzichtet hat, hat sie den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt. Mithin kann nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) beurteilt werden, ob der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 80% arbeitsfähig ist.

E. 7.1

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen gemäss den Anforderungen der schweizerischen Rechtsprechung und zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 7.1.1

Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Demnach bleibt eine Rückweisung an die IV-Stelle möglich, wenn sie in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der de lege lata gegebenen

Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 E. 4.2). Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA im Lichte der dargelegten Rechtsprechung ausnahmsweise möglich, da keine gutachterliche Abklärung der einzelnen Beschwerden mit Beurteilung der funktionellen Einschränkungen und keine Gesamtbeurteilung vorgenommen wurde, und die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden kann.

E. 7.1.2

Die IVSTA wird bei bisher nicht mit der Beurteilung des Beschwerdeführers befassten medizinischen Fachpersonen in der Schweiz ein pluridisziplinäres medizinisches Gutachten (Fachrichtungen Pneumologie, Rheumatologie, Psychiatrie, Orthopädie) einzuholen haben (vgl. zu den verschiedenen Leiden des Beschwerdeführers vorne E. 5). Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.). Vor der erneuten Entscheidfällung wird das einzuholende Gutachten durch einen versicherungsinternen Arzt zu würdigen sein, um die Restarbeitsfähigkeit zu ermitteln. Bei der Erstellung des aktuellen medizinischen Sachverhalts sind auch die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten neuen medizinischen Berichte zu berücksichtigen.

E. 7.1.3

Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen.

E. 7.2

Die vorzunehmende Rückweisung beinhaltet die Gefahr einer reformatio in peius, da die von der Vorinstanz mit der angefochtenen Verfügung zugesprochene Viertelsrente in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Dem Beschwerdeführer wurde daher vorgängig das rechtliche Gehör gewährt. Mit Eingabe vom 6. Juni 2017 erklärte er, an der Beschwerde festhalten zu wollen.

E. 7.3

Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass eines neuen Entscheids an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 210 E. 7.1), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete

Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.76 ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da der obsiegende Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht anwaltlich vertreten war und keine anderweitigen Auslagen geltend gemacht hat, ist ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen. (Dispositiv: nächste Seite)

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