

# **BVGer C-25/2015 vom 31. März 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-25\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-25_2015)

FR: TAF C-25/2015 du 31 mars 2017

IT: TAF C-25/2015 del 31 marzo 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021, vgl. auch Art. 37 VGG) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1, vgl. auch Art. 3 lit. dbis VwVG).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG, sofern - wie vorliegend - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Leistungsgesuche befasst (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]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.3**

Nach Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der nicht-anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Die Beschwerde ist im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht worden (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG). Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. Mai 2015 die unentgeltliche Prozessführung gewährt und auf die Erhebung eines Kostenvorschusses verzichtet wurde (C-act. 5, 8), sind sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. Die Parteiinteressen des Beschwerdeführers werden durch seinen bevollmächtigten Schwager, B. \_\_\_\_\_, vertreten (C-act. 3.1, 5, 13).

### **E. 1.4**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 28. November 2014 (IVSTA-act. 96), mit welcher die IVSTA das Rentengesuch des

Beschwerdeführers vom 27. Dezember 2007 (Posteingang IVSTA: 10. Januar 2008; vgl. IVSTA-act. 1, 3) abgewiesen hat.

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger der Republik Kosovo und hat dort seinen Wohnsitz (IVSTA-act. 1). Die Schweiz hat mit diversen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens neue Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen, nicht aber mit dem Kosovo. Bis zum 31. März 2010 galt praxisgemäss das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) sowie die Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 betreffend die Durchführung des Sozialversicherungsabkommens (SR 0.831.109. 818.12; im Folgenden: Verwaltungsvereinbarung) Anwendung (vgl. dazu BGE 139 V 263; vgl. auch Art. 17 Abs. 2 Bst. a Sozialversicherungsabkommen). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage ob, und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 des Sozialversicherungsabkommens). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6398/2009 vom 18. Mai 2012 E. 2.1 mit Hinweis auf den Entscheid des EVG [seit 1. Dezember 2007: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 2.2**

Seit dem 1. April 2010 ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der (ehemaligen) Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831. 109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) nicht weiter auf kosovarische Staatsangehörige anwendbar (BGE 139 V 263). Dies hat namentlich zur Folge, dass IV-Renten von Staatsangehörigen des Kosovos, die für den Zeitraum nach dem 31. März 2010 zugesprochen werden, gemäss Art. 6 Abs. 2 Satz 2 IVG nicht mehr ins Ausland exportierbar sind. Sie werden nurmehr innerhalb der Schweiz gewährt. Die laufenden Renten geniessen demgegenüber gemäss Art. 25 des Sozialversicherungsabkommens den Besitzstand (BGE 139 V 335 E. 6.1).

### **E. 2.3**

Gemäss dem Grundsatz, wonach in zeitlicher Hinsicht regelmässig diejenigen Rechtssätze heranzuziehen sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, bildet für die Frage, ob das für Angehörige der heutigen Republik Kosovo per Ende März 2010 ausser Kraft gesetzte Sozialversicherungsabkommen weiterhin zur Anwendung gelangt, die Entstehung des IV-Rentenanspruchs den massgebenden Anknüpfungspunkt (BGE 139 V 335 E. 6.2; Urteil BGer 9C\_793/ 2013 vom 27. März 2014 E. 3.2). Vorliegend finden jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 28. November 2014 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); 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 (für das IVG: ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; zudem die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision). Ferner ist für das vorliegende Verfahren das per 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität und der anwendbaren Methode der Invaliditätsbemessung entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008) nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird, sofern nichts Gegenteiliges vermerkt ist.

### **E. 3**

Im Folgenden werden für die Beurteilung der Streitsache wesentlichen Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargestellt.

#### **E. 3.1**

Kosovarische Staatsangehörige mit Wohnsitz im Kosovo die - wie der Beschwerdeführer - einen Anspruch auf Leistungen der IV erheben, haben sich auf dem von der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) hierfür erstellten amtlichen Formular "YU/CH 4" beim heimatlichen Sozialversicherungsträger anzumelden. Dieser vermerkt den massgebenden Anmeldezeitpunkt auf dem Gesuchformular und leitet dasselbe an die IVSTA weiter (vgl. Art. 4 Abs. 1 bis 4 der Verwaltungsvereinbarung; vgl. auch Art. 20 des Sozialversicherungsabkommens sowie Art. 29 Abs. 1 und 2 ATSG). Wird eine Anmeldung nicht formgerecht oder bei der unzuständigen Stelle eingereicht, so ist für die Einhaltung der Fristen und für die an die Anmeldung geknüpften Rechtswirkungen trotzdem der Zeitpunkt massgebend, in dem sie der Post übergeben oder bei der unzuständigen Stelle eingereicht wird (vgl. Art. 29 Abs. 3 ATSG). Das Bundesverwaltungsgericht hat bereits mit Urteil C-4371/2009 E. 3.1 festgestellt, dass der Beschwerdeführer ein von ihm am 27. Dezember 2007 unterzeichnetes Formular "Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene" der Vorinstanz am 8. Januar 2008 per Einschreiben zugestellt hat, welches am 10. Januar 2008 eingegangen ist (vgl. IVSTA-act. 1, 3). Mangels eines formgerecht mittels Formular "YU/CH 4" beim zuständigen heimatlichen Sozialversicherungsträger eingereichten Leistungsgesuchs ist folglich - zugunsten des Beschwerdeführers - davon auszugehen, dass er sich frühestens am 8. Januar 2008 rechtsgenügend zum Bezug von Rentenleistungen der IV angemeldet hat.

#### **E. 3.2**

Anspruch auf eine Rente der IV hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG in der vorliegend anwendbaren, bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung [Beitragsdauer 1 Jahr]; vgl. Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen, 5. IV-Revision und Intertemporalrecht, S. 2) Beiträge an die

schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Laut Auszug aus dem individuellen Konto vom 13. Februar 2015 hat der Beschwerdeführer in den Jahren 1973, 1974 und 1990 während insgesamt 21 Monaten Beiträge an die AHV/IV geleistet (B-act. 21), so dass bei frühestmöglichem Anspruchsbeginn ab dem 8. Januar 2007 die Voraussetzung der gesetzlichen Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt war (vgl. Urteil BVGer C-4371/2009 E. 3.2. mit Hinweis auf Art. 48 Abs. 2 IVG in der diesbezüglich anwendbaren, bis Ende 2007 in Kraft gestandenen Fassung; vgl. Rundschreiben Nr. 253, S. 1 f.).

### **E. 3.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) beziehungsweise Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem solchen von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (vgl. Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (vgl. Art. 28 Abs. 1 erster Satz IVG in den bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen bzw. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung), was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft (EU), denen bei einem Invaliditätsgrad ab 40% eine ordentliche Rente ausgerichtet wird, auch wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben. Keine derartige Ausnahme gilt indessen für Staatsangehörige des Kosovo (vgl. Art. 8 Bst. e Sozialversicherungsabkommen).

### **E. 3.4**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt respektive der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015 [im Folgenden: Kieser, ATSG], Rz. 7 zu Art. 8): Ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht

kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

### **E. 3.5**

Der Rentenanspruch entsteht frühestens in jenem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres (Wartezeit) ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig und hernach mindestens im gleichen Grad erwerbsunfähig beziehungsweise invalide gewesen ist (vgl. Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in den bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen). Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) 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 (Wartezeit) ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens durchschnittlich 40% invalid (Art. 8 Abs. 1 ATSG) sind (Bst. b und c). Vorbehältlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen ist bei Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland in diesem Zusammenhang eine Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 50% gefordert (vgl. Art. 28 Abs. 1ter erster Satz IVG in den bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen bzw. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Das vorliegend anwendbare Sozialversicherungsabkommen sieht diesbezüglich keine Ausnahme vor.

### **E. 3.6**

Weiter ist zu beachten, dass nach Art. 48 Abs. 2 IVG (in der bis Ende 2007 in Kraft gestandenen Fassung) Rentenleistungen für die zwölf der Anmeldung zum Leistungsbezug vorangehenden Monate und die folgende Zeit ausgerichtet werden können. Nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 [5. IV-Revision] in Kraft stehenden Fassung) entsteht der Rentenanspruch hingegen frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG beziehungsweise nach der Anmeldung zum Leistungsbezug. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat respektive die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt indessen unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung zum Leistungsbezug spätestens Ende Juni 2008 eingereicht wurde, das alte Recht beziehungsweise der Art. 48 Abs. 2 IVG in der bis Ende 2007 in Kraft gestandenen Fassung (vgl. BGE 138 V 475).

### **E. 3.7**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte im jeweils massgebenden Aufgabenbereich (Haushaltsbereich und/oder Erwerbsbereich) arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 115 V 133 E. 2 mit Hinweisen; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Eine zumutbare Arbeitsmöglichkeit (sog. leidensangepasste Verweisungstätigkeit; vgl. ZAK 1986 S. 204 f.)

hat sich der Versicherte infolge seiner Schadenminderungspflicht anrechnen zu lassen (vgl. BGE 113 V 22 E. 4a und BGE 111 V 235 E. 2a, je mit Hinweisen). Ebenso ist ein nichterwerbstätiger oder teilweise erwerbstätiger Versicherter gehalten, im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren Verhaltensweisen zu entwickeln, welche die Auswirkungen seiner Behinderung im ihn betreffenden Aufgabenbereich reduzieren - im Haushalt insbesondere solche, die ihm eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten ermöglichen (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen).

### **E. 3.8**

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 352 E. 3a). So ist den im Rahmen des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. dazu das Urteil des EVG vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a und weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte sind - obschon deren Erkenntnissen durchaus Gehör zu schenken ist - aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2, BGE 125 V 351 E. 3b/cc sowie Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4, je mit Hinweisen). Ferner müssen versicherungsinterne Ärzte oder solche eines RAD über die zur Beurteilung des Einzelfalles erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, andernfalls ein gewichtiges Indiz gegen die Zuverlässigkeit ihrer Expertise oder Stellungnahme vorliegt (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 ff. und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1, je mit Hinweisen).

### **E. 3.9**

Nach der Rechtsprechung bestimmt sich der Beweiswert prognostischer Angaben zur Arbeitsfähigkeit im rechtlich massgebenden Beurteilungszeitpunkt danach, ob sie im Lichte der erhobenen medizinischen Befunde und Diagnosen sowie der vorher oder später erstatteten, beweiskräftigen Arztberichte nachvollziehbar, einleuchtend und konkret überzeugend sind und namentlich nichts für eine seitherige, objektive Verschlechterung des Gesundheitszustands spricht, welche ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der früheren Prognose respektive der ursprünglich zugemuteten Restarbeitsfähigkeit begründet (vgl. unveröffentlichtes Urteil des BGer I 783/06 vom 6. September 2007 E. 4 mit Hinweisen; Urteil des BVGer C-2573/2006 vom 8. Juli 2008 E. 8.1).

#### **E. 4**

Vorliegend ist unter den Parteien umstritten und vom Bundesverwaltungsgericht im Folgenden in Würdigung der relevanten Dokumente zu beurteilen, ob die Vorinstanz mit ihrer Verfügung vom 28. November 2014 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 8. Januar 2008 zu Recht mangels anspruchsbegründender Invalidität abgewiesen hat. Insbesondere ist zu prüfen, ob im Zeitraum vom 8. Januar 2007 (vgl. E. 3.2 mit Hinweis zum frühestmöglichen Rentenanspruch) bis spätestens 31. März 2010 (vgl. E. 2.3 mit Hinweisen zum Rentenexport in den Kosovo) neue medizinische Sachverhaltselemente vorliegen, die einen allfälligen Rentenanspruch rechtfertigen.

##### **E. 4.1.1**

Zunächst ist die medizinische Vorgeschichte des Beschwerdeführers und die Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit, wie sie sich bis zur Aufhebung der Verfügung vom 25. Juni 2009 (IVSTA-act. 32) gemäss Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-4371/2009 vom 6. Februar 2012 darstellte, darzulegen: Gemäss Urteil BVGer beruhe die vorinstanzliche Verfügung vom 25. Juni 2009 im Wesentlichen auf den Leistungskalkülen vom 12. August 2008, 12. Dezember 2008 und 23. März 2009 des RAD (Dr. med. F.c.\_\_\_\_\_) sowie dem am 27. April 2009 durchgeführten Einkommensvergleich (IVSTA-act. 26). Dr. med. F.c.\_\_\_\_\_ seien insbesondere Berichte von im Kosovo auf den Gebieten der Inneren Medizin, Neurologie sowie Neuropsychiatrie praktizierenden Fachärzten aus der Zeit vom 7. Juni 2000 bis zum 20. Januar 2009 sowie der vom Beschwerdeführer am 12. September 2009 ausgefüllte "Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten" (im Folgenden: Fragebogen Haushalt) zur Beurteilung vorgelegen. Als Hauptdiagnose habe Dr. med. F.c.\_\_\_\_\_ eine chronische Cervikalgie mit degenerativen Problemen genannt; als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe er eine depressive Störung, eine arterielle Hypertonie sowie eine vertebrobasiläre Insuffizienz (eingeschränkter Blutdurchfluss Arterie vertebralis/basilaris) erwähnt. In seinem Leistungskalkül vom 12. Dezember 2008 habe er im Wesentlichen ausgeführt, angesichts der chronischen Cervikalgie mit degenerativen Problemen sei der Beschwerdeführer seit dem 17. Dezember 2004 in einer körperlich schweren Erwerbstätigkeit, wie einer solchen als Bauarbeiter, zu 100% arbeitsunfähig. Seit dem 1. Januar 2005 sei er dagegen in der Lage, leichte wechselbelastende Erwerbstätigkeiten - ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, ohne Arbeiten über Schulterhöhe und ohne Tätigkeiten, bei welchen Druck sowie Zugkraft auf die oberen Extremitäten ausgeübt wird - vollschichtig auszuüben. In seinem gestützt auf den Fragebogen Haushalt am 12. Dezember 2008 durchgeführten Betätigungsvergleich sei Dr. med. F.c.\_\_\_\_\_ ferner zum Schluss gelangt, der Beschwerdeführer sei im Aufgabenbereich Haushalt angesichts der erwähnten Hauptdiagnose seit dem 17. Dezember 2004 zu 17% invalide. Seine Leistungskalküle habe Dr. med. F.c.\_\_\_\_\_ am 23. März 2009 bestätigt (vgl. vgl. C-4371/2009 E. 4.1).

##### **E. 4.1.2**

Das Bundesverwaltungsgericht hielt in seinem Urteil C-4371/2009 vom 6. Februar 2012 fest, dass es erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der aktenkundigen fachärztlichen Berichten habe (auch an denjenigen vom 18. Dezember 2007 und 13. Januar 2009 der Dres. med. F.d.\_\_\_\_\_, F.b.\_\_\_\_\_ und F.e.\_\_\_\_\_), zumal nicht entnommen werden könne, auf welche konkreten Vorakten (Anamnese) sie erstellt worden seien. Unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2) führte es weiter aus, dass ohne eine von einem Facharzt der Psychiatrie nach einem anerkannten

wissenschaftlichen Klassifikationssystem spezifizierte Diagnose nicht zuverlässig beurteilt werden könne, ob sich ein psychisches Leiden invalidisierend auswirke oder nicht. Es finde sich in den Akten keine spezifizierte psychiatrische Diagnose - insbesondere auch nicht im neuropsychiatrischen Bericht vom 18. Dezember 2007 von Dr. med. F.b.\_\_\_\_\_, der nebst einer Depression auch eine posttraumatische Belastungsstörung angeführt habe (C-4371/2009 E. 4.2.2.2). Dr. med. F.c.\_\_\_\_\_, der Allgemeinmediziner und nicht Facharzt für Psychiatrie sei, sei auf dieses psychische Leiden mit keinem Wort eingegangen (E. 4.2.2.3). Von den Dr. med. F.c.\_\_\_\_\_ unterbreiteten ärztlichen Berichten enthielten einzig jene der Dres. med. F.d.\_\_\_\_\_, F.b.\_\_\_\_\_ und F.e.\_\_\_\_\_ Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Erwerbsbereich, wonach der Beschwerdeführer angesichts der diagnostizierten Leiden seit dem Jahre 2006 zu 60% bis 70% arbeitsunfähig sei. Diese erwiesen sich allerdings als unzuverlässig und teilweise widersprüchlich. Nicht ausreichend auseinandergesetzt habe sich Dr. med. F.c.\_\_\_\_\_ auch mit der von Dr. med. F.f.\_\_\_\_\_ am 5. Januar 2009 gestellten Diagnose einer Diskushernie (E. 4.2.2.4). Im Übrigen betonte das Bundesverwaltungsgericht, dass kein einziger aktenkundiger fachärztlicher Bericht Schlussfolgerungen zur Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Aufgabenbereich Haushalt enthalte. Dr. med. F.c.\_\_\_\_\_ habe nicht dargelegt, aus welchen Gründen der Beschwerdeführer seit dem 17. Dezember 2004 in den Bereichen Einkauf zu 50% und Wohnungspflege sowie Wäsche und Kleiderpflege zu je 33% arbeitsunfähig sein soll, so dass diese Einschätzung nicht nachvollziehbar sei (E. 4.2.2.5). Die zugrunde liegenden aktenkundigen fachärztlichen Berichte und der Fragebogen Haushalt beinhalteten weder eine zuverlässige multidisziplinäre Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustandes noch schlüssige beziehungsweise widerspruchsfreie zusammenfassende Feststellungen zum Grad der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Erwerbsbereich und/oder Aufgabenbereich Haushalt. Zum anderen habe Dr. med. F.c.\_\_\_\_\_ sein Leistungskalkül weder nachvollziehbar noch schlüssig begründet. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Erwerbs- und Haushaltsbereich sei demnach ungenügend abgeklärt (E. 4.2.3). Unklar sei auch die Statusfrage: es fehlten verlässliche Angaben über den Anstellungsgrad und Verdienst in der letzten Tätigkeit als Bauarbeiter in der Schweiz, unklar bleibe, ob er im Kosovo aus gesundheitlichen Gründen (nicht) als Landwirt auf dem Bauernbetrieb seiner Ehefrau gearbeitet habe und ob und in welchem Ausmass er ohne Gesundheitsschaden im Haushalt tätig wäre (E. 4.3.2). Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts entscheidungsrelevante, nicht nur medizinische Aspekte vollständig ungeklärt geblieben seien, rechtfertige sich eine Rückweisung an die Vorinstanz, damit diese eine ergänzende multidisziplinäre Begutachtung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und die Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit durchführen lasse sowie den Status und die Einkommensverhältnisse ergänzend abkläre (E. 5).

## **E. 4.2**

Mit Verfügung vom 28. November 2014 (IVSTA-act. 96) hat die Vorinstanz den Anweisungen des Bundesverwaltungsgerichts gemäss Urteil C-4371/2009 vom 6. Februar 2012 (IVSTA-act. 39) Rechnung getragen, indem sie den Status, die Einkommensverhältnisse sowie das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers erneut abgeklärt und - gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten (E.\_\_\_\_\_) vom 4. April 2014 (IVSTA-act. 73/1-64) sowie die medizinischen Stellungnahme des RAD vom 25. April 2014 (IVSTA-act. 77/1-5), 13. Mai 2014 (IVSTA-act. 79/1-3) und 11. September 2014 (IVSTA-act. 93) - eine Neu beurteilung vorgenommen hat. Zur Begründung der erneuten

Abweisung des Rentengesuchs vom 8. Januar 2008 führte sie im Wesentlichen an, dass der Beschwerdeführer seit seiner Ausreise aus der Schweiz im Dezember 1990 keine gewinnbringende Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt habe. Demzufolge werde die spezifische Methode angewendet. Relevante Beeinträchtigungen im bisherigen Aufgabenbereich (Haushalt) würden nach der polydisziplinären Abklärung nicht resultieren. Aus den Akten gehe hervor, dass im bisherigen Aufgabenbereich eine Arbeitsunfähigkeit von 21% bestehe. Dieser Invaliditätsgrad gebe kein Recht auf eine Rente. Die IV-Stelle habe ebenfalls von den Bemerkungen des Beschwerdeführers vom 20. Juni 2014 (IVSTA-act. 81 f.) und vom 8. August 2014 (IVSTA-act. 85 f.) Kenntnis genommen und sei zum Schluss gekommen, dass diese an der Richtigkeit des Vorbescheides vom 30. Mai 2014 (IVSTA-act. 80) nichts zu ändern vermöchten. Die neuen Unterlagen (diverse Arztzeugnisse) seien dem RAD unterbreitet worden. Dieser habe seine vorgängige Stellungnahme bestätigt. Ausserdem hätten anhand der durchgeführten Nachforschungen die (fehlenden) Beiträge aus dem Jahr 1990 bei der Firma D. \_\_\_\_\_ AG eruiert (und an die Beitragszeiten angerechnet) werden können. Unter Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C\_109/2013 vom 8. Juli 2013, wonach ein Rentenexport in den Kosovo nur möglich sei, wenn der Anspruch auf eine Rente bis spätestens am 31. März 2010 entstanden sei, wies die IVSTA das Rentengesuch ab.

#### **E. 4.3**

Die gutachterliche und vorinstanzliche Prüfung der medizinischen Situation des Beschwerdeführers sowie die Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit stützt sich bis zum Verfügungszeitpunkt (28. November 2014) auf folgende (relevanten) Akten (in chronologischer Reihenfolge): - 07.06.2000: Kurzbericht von Dr. F.b. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater, Regionalspital von X. \_\_\_\_\_; Diagnosen: unleserlich, Spondylose, Bluthochdruck, PTSD (IVSTA-act. 4/6; C-act. 3/57) - 30.12.2004: Entlassungsschein mit Epikrise, Regionalspital von X. \_\_\_\_\_, Neurologische Abteilung, Dr. F.b. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater; Hospitalisation vom 17. bis 30. Dezember 2004; Diagnosen beim Austritt: Cervicale Spondylose, vertebrobasiläre Insuffizienz, Angststörung (IVSTA-act. 4/7, Übersetzung: IVSTA-act. 6; C-act. 3/52) - 11.12.2007: Kurzbericht Dr. F.g. \_\_\_\_\_, Internist; Diagnosen: arterieller Bluthochdruck, Spondylosis vertebralis cervicalis, Syndrom vertiginosum, Polyarthralgia (IVSTA-act. 4/5; C-act. 3/50, 3/56) - 18.12.2007: Fragebogen für den Arzt (Dr. F.b. \_\_\_\_\_, Regionalspital "H. \_\_\_\_\_"), Diagnosen: Spondylosis deformans vertebralis zervikalis, vertebrobasiläre Insuffizienz, Bluthochdruck, Herzklappenfehler, chronisch depressives PTSD (IVSTA-act. 4/1-2, 7/2-5; C-act. 3/54) - 18.12.2007: Fragebogen für den Arzt (Dr. F.d. \_\_\_\_\_, "H. \_\_\_\_\_"): Diagnosen: Herzklappenfehler mit kompensiertem Herz, Hypertonie, Herpes Zoster, Tinnitus rechts, Bluthochdruck, Schwindelsyndrom (IVSTA-act. 4/3-4, Übersetzung: IVSTA-act. 7; C-act. 3/55) - 27.12.2007: Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene, IVSTA; Ausbildung: Mittelschule als Tierarzt. Rückenprobleme seit 2000 (IVSTA-act. 1) - 27.12.2007: Fragebogen für den Versicherten. Hinweis: Es werde keine Tätigkeit ausgeübt. Probleme: Rückenbeschwerden; Arbeitsaufgabe 1975 wegen fehlender Arbeitsbewilligung; zuletzt als Hilfsarbeiter im Baugewerbe bei der Firma D. \_\_\_\_\_ AG 9 Stunden/Tag gearbeitet, ca. 45 Stunden/Woche; Versicherter beziehe seit 2006 eine Invalidenrente der Sozialversicherung des Wohnsitzstaates (IVSTA-act. 2) - 27.03.2008: Kurzbericht Dr. F.h. \_\_\_\_\_, HNO; Diagnosen: Schwindelsyndrom, Residus (unleserlich), Bluthochdruck (IVSTA-act. 21/6; C-act. 3/45) - 23.07.2008: Exposé; Versicherungsperiode in der Schweiz: 1973-1974 (16 Monate); Versicherter sei als Hilfsarbeiter im Baugewerbe tätig

gewesen; Grund der Arbeitsaufgabe: Ausreise aus der Schweiz (keine Arbeitsbewilligung). Keine Arbeit seit 2000. Hospitalisierung vom 17.12.-30.12.2004 im Kosovo (IVSTA-act. 9) - 12.08.2008: Stellungnahme Dr. F.c.\_\_\_\_\_, RAD Y.\_\_\_\_\_, Hauptdiagnose: Cervicalgien degenerativer Ursache (M47.8). Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: depressive Störung, Bluthochdruck, vertebrobasiläre Insuffizienz. Arbeitsunfähigkeit 100% seit dem 17.12.2004 in der bisherigen Tätigkeit, in einer Verweistätigkeit 0% seit dem 01.01.2005. Arbeitsfähigkeit ganztags, keine schweren Lasten heben (max. 15 kg), keine Überkopfarbeiten (IVSTA-act. 10) - 12.09.2008: Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten; Hinweis: im Haushalt leben keine dauernd pflegebedürftigen Personen; der Versicherte könne keine strengen Haushaltsarbeiten und Tätigkeiten in der Landwirtschaft verrichten; er könne jedoch das Geflügel und Kleintiere versorgen und ein wenig seiner Ehefrau im Haushalt helfen (IVSTA-act. 14) - 19.09.2008: Kurzbericht Dr. (unleserlich); Diagnosen: Spondylosis deformans, Insuffizienz vertebro-basilaris, Schwindel, Bluthochdruck (IVSTA-act. 21/1; C-act. 3/49) - 12.12.2008: Ergänzende Stellungnahme RAD Y.\_\_\_\_\_: Arbeitsunfähigkeit für Haushaltstätigkeiten: 12% seit dem 17.12.2004 (IVSTA-act. 16) - 05.01.2009: Kurzbericht Dr. F.f.\_\_\_\_\_, Allgemeinmedizin; Diagnosen: Diskushernie L4/L5/S1, Lumboischialgie rechts, Bluthochdruck (IVSTA-act. 21/3; C-act. 3/48) - 20.01.2009: Kurzbericht Dr. F.a.\_\_\_\_\_, Orthopädie; Diagnosen: Lumbalsyndrom, Diskushernie L4/L5 und L5/S1, symptomatische Lumboischialgie rechts (IVSTA-act. 21/2; C-act. 3/49) - 20.01.2009: Bericht Dr. F.e.\_\_\_\_\_, Allgemeine Medizin. Der Versicherte habe seit seiner Geburt einen Herzfehler (Vitium aortico mitralis), gleichzeitig hohen Blutdruck und COPD. Der Versicherte klagt auch seit Jahren über Beschwerden wegen Uncarthrose der Halswirbelsäule. Er müsse mit Antirheumatika behandelt werden. Aus der Sicht des Arztes sei der Versicherte seit 13.01.2009 arbeitsunfähig (IVSTA-act. 21, Übersetzung: IVSTA-act. 22]; C-act. 3/47) - 03.02.2009: Kurzbericht Dr. F.f.\_\_\_\_\_, Allgemeinmedizin; Diagnosen: oszillierender arterieller Bluthochdruck (IVSTA-act. 31/2; C-act. 3/43) - 03.02.2009: Kurzbericht Dr. F.f.\_\_\_\_\_, Allgemeinmedizin; Diagnosen: Lumboischialgie rechts, Diskushernie L1-S1 (C-act. 3/43) - 10.02.2009: Kurzbericht Dr. (unleserlich); Diagnosen: Schwindel, Spondylosis, vertebrobasiläre Insuffizienz, PTSD, Bluthochdruck (IVSTA-act. 31/5; C-act. 1/5, 3/44) - 20.02.2009: Kurzbericht Dr. F.i.\_\_\_\_\_, Internist; Diagnosen: akute COPD, Herzklappenfehler, kompensiertes Herz (IVSTA-act. 31/1; C-act. 3/42) - 23.03.2009: Stellungnahme RAD Y.\_\_\_\_\_; Hauptdiagnose: Cervicalgien degenerativer Ursache (M47.8). Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Depressive Störung, vertebrobasiläre Insuffizienz, Bluthochdruck. Zwischendurch notwendige Hospitalisierung wegen Lungenentzündung. Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit: 100% seit 17.12.2004. Arbeitsunfähigkeit für Haushaltstätigkeiten: 12% seit 17.12.2004. Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit: 0% seit 01.01.2005 (IVSTA-act. 24) - 20.05.2009: Kurzbericht Dr. (unleserlich); Diagnosen: Spondylosis, Diskopathie C5/6 und C6/7, vertebrobasiläre Insuffizienz, PTSD (IVSTA-act. 31/4; C-act. 1/5, 3/44) - 21.05.2009: Kurzbericht Dr. F.i.\_\_\_\_\_, Internist; Diagnosen: Herzklappenfehler, kompensiertes Herz, COPD, respiratorische Insuffizienz (IVSTA-act. 31/6; C-act. 1/3, 3/41) - 29.05.2009: Kurzbericht Dr. F.f.\_\_\_\_\_, Allgemeinmedizin; Diagnosen: Lumboischialgie rechts, Diskushernie L1-S1 (IVSTA-act. 31/3; C-act.1/6, 3/43) - 09.07.2009: Bericht Dr. F.a.\_\_\_\_\_, Orthopädie/Traumatologie; Diagnosen: Spondylosis deformans cervical und lumbal, cervicale/vertebrale Uncarthrose, Discopathie L5 und C5-C7 (IVSTA-act. 37; C-act. 1/4, 3/40) - 23.12.2011: Entlassungsbericht,

Regionalkrankenhaus "H. \_\_\_\_\_", Neurologische Abteilung, Dr. F.b. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater. Diagnose bei Aufnahme: Schwindel; Diagnose bei Entlassung: Spondylosis vertebralis, cervical und lumbal, vertebrobasiläre Insuffizienz (eingeschränkter Blutdurchfluss Arterie vertebralis/basilaris), arterielle Hypertonie, H.B.P., depressives Syndrom. Die Aufnahme sei aufgrund einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes in Form von Schwindelgefühlen, Nackenschmerzen sowie Taubheitsgefühlen an der linken Hand erfolgt. Die Beschwerden seien seit vielen Jahren vorhanden, es komme wiederholt zu einer Verschlimmerung. Behandlung mit Infusionen, schmerzlindernden Nonsteroiden, Vitaminen, angstlösenden Mitteln, Antidepressiva (IVSTA-act. 58; C-act. 1/10; C-act. 3/30) - 30.05.2012: Fragebogen für den Versicherten. Der Versicherte habe "privat" im Tageslohn gearbeitet; von 1976 als Landwirt und Hilfsarbeiter auf privater Basis; er arbeite seit 10 Jahren [seit 2002] nicht mehr und beziehe seit 7 Jahren [2005] eine Invalidenrente der Sozialversicherung des Wohnsitzstaates (IVSTA-act. 47) - 30.05.2012: Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten; Hinweis: Der Versicherte beziehe seit 7 Jahren im Wohnsitzstaat eine Invalidenrente der Sozialversicherung und übe keine Haupt- oder Nebenerwerbstätigkeit aus. Er helfe gerne bei leichteren Haushaltsarbeiten seiner Ehefrau (z.B. Staub saugen, Besorgung der Wäsche). Er habe kein Geflügel oder Kleintiere mehr, weshalb die diesbezügliche Versorgung der Tiere entfalle (IVSTA-act. 47/3-6) - 28.06.2012: Schreiben des Versicherten: Der Versicherte habe von 1970-1974 und 1990 (für rund 4 Jahre) jeweils in einem vollem Arbeitspensum in der Schweiz gearbeitet. Seit seiner Rückkehr in den Kosovo lebe er mit seiner Ehefrau in einem Bauernhaus. Er habe im Kosovo als "Landarbeiter" gearbeitet und helfe gerne - soweit es seine Gesundheit zulasse - seiner Ehefrau im Haushalt (z.B. kochen, Reinigungsarbeiten). Seit dem Krieg im Kosovo (Februar 1998 bis Juni 1999) sei er krank (IVSTA-act. 49) - 23.09.2012: Fragebogen für selbständige Landwirte. Der Versicherte "glaube nicht, dass er wieder arbeiten könne" (IVSTA-act. 53/1-3) - 23.09.2012: Fragebogen für den Arbeitgeber über Arbeits- und Lohnverhältnisse von Unselbständigerwerbenden. Der Versicherte sei "nirgends angestellt" (IVSTA-act. 53/4 f.) - 04.02.2014: Psychiatrisches (Teil-) Gutachten E. \_\_\_\_\_ AG (IVSTA-act. 73/33) - 04.02.2014: Orthopädisches/traumatologisches (Teil-) Gutachten E. \_\_\_\_\_ AG (IVSTA-act. 73/18) - 05.02.2014: Röntgen Halswirbelsäule, CD des Röntgeninstituts und MR Zentrums J. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 73/64, 95) - 05.02.2014: Kardiologisches Teilgutachten E. \_\_\_\_\_ AG (IVSTA-act. 73/52) - 05.02.2014: Neurologisches Teilgutachten E. \_\_\_\_\_ AG (IVSTA-act. 73/39) - 11.02.2014: Internistisches (Teil-) Gutachten E. \_\_\_\_\_ AG (IVSTA-act. 73/26) - 13.02.2014: Pneumologisches Teilgutachten E. \_\_\_\_\_ AG (IVSTA-act. 73/46) - 04.04.2014: Polydisziplinäres medizinisches Gutachten der E. \_\_\_\_\_ AG, W. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 73/1-64) - 25.04.2014: Stellungnahme Dr. F.c. \_\_\_\_\_, RAD Y. \_\_\_\_\_; Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: vertebrobasiläre Insuffizienz, Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: degenerative Störungen im Bereich des Wirbelkörpers L5, Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: gemeine Zervikalgien / Lumbalgien, beidseitiger Tinnitus, arterieller Bluthochdruck, Symptome eines gastro-ösophagischen Refluxes, Hypercholesterinämie, Hypertrophie der Prostata. Arbeitsunfähigkeit: 100% in bisheriger Tätigkeit seit 01.12.2014, 20% in angepasster Tätigkeit seit 01.12.2014 (IVSTA-act. 77/1-5) - 13.05.2014: Stellungnahme des RAD Y. \_\_\_\_\_ betreffend Einschätzung der Invalidität bei Tätigkeiten im Haushalt (IVSTA-act. 79/1-3) - 12.06.2014: Überweisung zur Konsultation an das Regionalkrankenhaus "H. \_\_\_\_\_" durch das Zentrum für Familienmedizin I. \_\_\_\_\_;

Verdachtsdiagnose: Spondylitis ankylosans (IVSTA-act. 82/1, Übersetzung: 88; C-act. 1/8, 3/24) - 16.06.2014: Konsultationsbericht von Dr. F.a.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie; Diagnosen: Syndrom cervikobrachialis, PHS (IVSTA-act. 82/2; Übersetzung: IVSTA-act. 89; C-act. 1/9, 3/23). - Undatierte und zum Teil unleserliche Überweisung zur diagnostischen Untersuchung von Dr. \_\_\_\_\_, Facharzt für Familienmedizin; Befund: Tinnitus (IVSTA-act. 82/4, Übersetzung: 90/3-4; C-act. 1/12) - Undatierter und zum Teil unleserlicher Arztbericht von Dr. F.k.\_\_\_\_\_; Diagnose: Schwindel; Behandlung: Diklofen op/u - (unleserlich); TA 110/80, Röntgen Vert. Cervical (unleserlich), lab komplett (unleserlich); (IVSTA-act. 82/3, Übersetzung: 90/1 f.; C-act. 1/13) - 23.06.2014: Konsultationsbericht, Dr. F.b.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater: "Nach unserer Einschätzung leidet der Patient erheblich an Gesundheitsstörungen, die Einfluss auf die Invaliditätseinstufung von über 50% haben." Diagnosen: Spondylosis vertebralis cervicalis, vertebrobasiläre Insuffizienz Drop Atac, arterieller Bluthochdruck, Depression, COPD (IVSTA-act. 82/6, Übersetzung: 91/3 f.; C-act. 1/16, 3/22) - 23.06.2014: Konsultationsbericht von Dr. F.a.\_\_\_\_\_, Orthopädie und Traumatologie. Diagnosen: PHS fin, Sy. [unleserlich]" (IVSTA-act. 82/5, Übersetzung: 91/1 f.; C-act. 3/21) - 04.08.2014: Konsultationsbericht von Dr. F.b.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater; Diagnosen: Arterieller Bluthochdruck, vertebrale zervikale Spondylose, ängstlich-depressive Störung (IVSTA-act. 86/1, Übersetzung: 87/1 f.; C-act. 1/14, 3/6, 3/17) - 04.08.2014: Konsultationsbericht von Dr. F.g.\_\_\_\_\_, Internist, X.\_\_\_\_\_; Diagnosen: arterieller Bluthochdruck, Cardiopathie, Gastritis, Lumbal-syndrom, ängstlich-depressives Syndrom (IVSTA-act. 86/3, Übersetzung: 87/5-6; C-act. 1/11; C-act 3/8, 3/18) - 04.08.2014: Fachärztlicher Bericht vom Kosovarischen Institut für Arbeitsmedizin; 1. Teil: Diagnose: Otitis media; 2. Teil: Therapie: 1. Ciloxan Tropfen, 2. und 3. unleserlich (IVSTA-act. 86/2, Übersetzung: 87/3 f.; C-act. 3/7, 3/19) - 11.09.2014: Stellungnahme Dr. F.c.\_\_\_\_\_, RAD Y.\_\_\_\_\_. Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: vertebrobasiläre Insuffizienz, Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: chronische Lumbalgien gestützt auf degenerative Störungen im Bereich L5, Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: gemeine Zervikalgien, beidseitiger Tinnitus, arterieller Bluthochdruck, Symptome eines gastro-ösophagischen Refluxes, Hypercholesterinämie, Hypertrophie der Prostata, Depression, COPD. Die Lungenfunktion sei in der Expertise 2014 als normal beurteilt worden, dasselbe gelte für die psychischen Probleme; es sei eine Minimaldosis an Antidepressiva verschrieben worden. Festhalten an bisheriger Beurteilung (IVSTA-act. 93).

#### **E. 4.4**

In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das von der Vorinstanz in Auftrag gegebene Gutachten E.\_\_\_\_\_, das dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 80% in angepasster Verweistätigkeit seit Dezember 2004 attestiert, den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten genügt.

##### **E. 4.4.1**

Das polydisziplinäre Gutachten der E.\_\_\_\_\_ AG (Swiss Medical Assessment- and Business-Center in W.\_\_\_\_\_) vom 4. April 2014 (IVSTA-act. 73) umfasst 64 Seiten einschliesslich die Protokolle der durchgeführten medizinischen Tests (u.a. Lungenfunktionsprüfung vom 31. Januar 2014 [S. 51], arterielle Blutgasanalyse [ABGA] vom 31. Januar 2014, Echokardiographie vom 3. Februar 2014 [S. 54], Belastungs-EKG vom 3. Februar 2014 [57 ff.], Ruhe-EKG vom 3. Februar 2014 [S. 63], Röntgenbefund

betreffend die HWS ap. Lateral, Dens vom 5. Februar 2014 [S. 64]), eine umfassende medizinische Einschätzung des Gesundheitszustandes und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit durch die einzelnen Fachgutachter, sowie eine Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten nach der Konsensbeurteilung vom 31. März 2014 durch die Fachärzte der E.\_\_\_\_\_ AG (S. 10-12). Es basiert auf den dargelegten Vorakten (S. 3-5) sowie persönlichen Untersuchungen vom 31. Januar 2014 und vom 3. bis 5. Februar 2014 durch die Fachgutachter für Orthopädie und Traumatologie (S. 18-25), Innere Medizin (S. 26-32), Psychiatrie und Psychotherapie (S. 33-38), Neurologie (S. 39-45) sowie Pneumologie (S. 46-50) - im Beisein eines "professionellen Übersetzers" (S. 3). Nach Darlegung der persönlichen Angaben und zusammenfassenden medizinischen Vorgeschichte des Beschwerdeführers (S. 3) beginnt das Gutachten mit einer rund dreiseitigen Auflistung der von der Vorinstanz zur Verfügung gestellten Aktendokumente und Zusammenfassung der wesentlichen Arztberichte und medizinischen Stellungnahmen (S. 4-6). Im Anschluss daran folgt eine Zusammenfassung der Fachgutachten (die vollständigen Gutachten befinden sich im Anhang des Gutachtens), die zusätzlich durchgeführten Untersuchungen, sowie die Diagnosen aus allen untersuchten Fachgebieten (S. 6-9). Zudem beinhaltet das Gutachten interdisziplinäre Antworten auf Fragen betreffend die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, Verbesserung der Restarbeitsfähigkeit, sowie interdisziplinäre Antworten auf Zusatzfragen der Vorinstanz (S. 12-16).

#### **E. 4.4.2**

Die Gutachter zitierten aus den von ihnen angeführten Arztberichten im Wesentlichen die Diagnosen, durchgeführten Therapien und Hinweise zur Arbeitsunfähigkeit, die sich mit den vorliegenden Gerichtsakten decken. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann nicht von einer unvollständigen Berücksichtigung der Akten durch die Gutachter gesprochen werden, wie im nachfolgenden aufgezeigt wird. Die Teilgutachten enthalten eine ausführliche Anamnese nach Angaben des Beschwerdeführers, einen ausführlichen Befund, die Diagnosen, die fachmedizinische Beurteilung der jeweiligen Gutachter sowie die Gutachtenfragen (u.a. zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit). Das Gutachten entspricht somit in formaler Hinsicht den bundesgerichtlichen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 3.9 m.w.H.).

#### **E. 4.5**

Die Gutachter beurteilten den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen verbleibende beziehungsweise zumutbare Arbeitsfähigkeit wie folgt:

##### **E. 4.5.1**

Der orthopädische Befund von Dr. F.m.\_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2014 beinhaltet die detaillierten Untersuchungsergebnisse betreffend Kopf und Hals, Schultergürtel und obere Extremitäten, Wirbelsäule und Rumpf, sowie Becken und untere Extremitäten. Der Gutachter finde keine orthopädisch-/traumatologische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Orthopädisch-/traumatologische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in letzter Tätigkeit seien: subjektive cervicale und lumbale Schmerzsyndrome bei klinisch unauffälligen Befunden, röntgenologisch altersassoziierte degenerative HWS-Veränderungen, subjektive unspezifische Beinschmerzen ohne korrelierende Klinik, Senk-/Spreizfüsse ohne funktionelle Einbussen. Im Rahmen des orthopädischen Gesamtstatus falle allenfalls eine geringe Einschränkung der HWS-Beweglichkeit in Verbindung mit subjektiv beklagten Nackenschmerzen auf. Ein

geringgradiger hochthorakaler Rundrücken gelte gemäss Dr. F.m.\_\_\_\_\_ als altersassoziiert. Die Beweglichkeit des Rumpfes sei uneingeschränkt. Alle lasttragenden Gelenke der unteren Extremitäten gälten als klinisch völlig unauffällig. Für die vom Versicherten mitgeteilten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und des Rumpfes sowie im Bereich beider Beine würden sich keine plausiblen korrelierenden pathologischen Befunde finden. Die röntgenologisch beschriebenen degenerativen Aufbrauchbefunde der Halswirbelsäule entsprächen der Altersnorm. Im Übrigen seien die Beweglichkeit und die Belastbarkeit in allen Teilbereichen des Bewegungsapparates altersadäquat und unauffällig. In Würdigung des Entlassungsscheins mit Epikrise von Dr. F.b.\_\_\_\_\_ (Neuropsychiater im Regionalspital von X.\_\_\_\_\_) vom 30. Dezember 2004 (IVSTA-act. 4/7, 6; C-act. 3/52), der Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen vom 27. Dezember 2007 (IVSTA-act. 1), des Arztberichts von Dr. F.e.\_\_\_\_\_ (Allgemeine Medizin) vom 20. Januar 2009 (IVSTA-act. 21, 22; C-act. 3/47) und des Konsultationsberichts von Dr. F.a.\_\_\_\_\_ (Orthopäde und Traumatologe) vom 9. Juli 2009 (IVSTA-act. 37; C-act. 3/40) kam Dr. F.m.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass all diese Befunde aktuell klinisch funktionell "so gut wie nicht" in Erscheinung treten würden. Aus orthopädischer Sicht bestünden keine pathologischen Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten über das altersübliche Mass hinaus beeinträchtigen würden. Dem knapp 65-jährigen Versicherten seien alle Tätigkeiten (sei es in der bisherigen Tätigkeit oder in einer Verweistätigkeit) zumutbar, die einem altersgleichen gesunden Mann zumutbar seien. Eine Arbeitsunfähigkeit sei aus orthopädischer Sicht retrospektiv nicht erkennbar. Prognostisch werde sich an der Arbeitsfähigkeit nichts ändern (IVSTA-act. 73/4, 73/18 ff.).

#### **E. 4.5.2**

Das pneumologische Gutachten von Dr. F.n.\_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2014 beschreibt eine Lungenfunktionsprüfung sowie eine arterielle Blutgasanalyse (ABGA). Der Gutachter habe keine pneumologischen Diagnosen mit und ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) gefunden. Die Epikrise und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Fachgebiet Pneumologie habe folgendes ergeben: In einem Arztbericht vom Hausarzt, datiert vom Januar 2009 (Bericht vom 20. Januar 2009 von Dr. F.e.\_\_\_\_\_, Allgemeine Medizin; vgl. IVSTA-act. 21, 22; C-act. 3/47), werde u.a. eine COPD (chronisch obstruktive Pneumopathie) erwähnt, welche mit Bronchodilatoren behandelt werde. Der Versicherte habe (jedoch) nie geraucht und einzig über produktiven Husten während Erkältungen berichtet, die zirka zwei bis drei Mal pro Jahr während den Wintermonaten aufgetreten seien. Zudem bestehe eine Anstrengungs-dyspnoe mMRC Grad 1. Die körperliche Untersuchung sei bis auf die hypertensiven Blutdruckwerte unauffällig. Lungenfunktionell bestünden supranormale statische und dynamische Lungenvolumina. Bei normalem Tiffenau-Quotient könne keine obstruktive Ventilationsstörung nachgewiesen werden. Somit könne eine COPD ausgeschlossen werden. Die leichte respiratorische Partialsuffizienz in der ABGA in liegender Position sei am ehesten durch einen Rechts-Links-Shunt bei Ventilations-/Perfusions-Mismatch im Rahmen einer basalen Lungenbelüftungsstörung (wahrscheinlich infolge des abdominal betonten Übergewichts) bedingt - insbesondere, weil es unter Belastung am Fahrradergometer zu einer Normalisierung des Sauerstoffpartialdruckes gekommen sei. Die Anstrengungsdyspnoe sei am ehesten auf eine Dekonditionierung und eine allfällige Belastungshypertonie zurückzuführen. Die Diagnose COPD werde in einem einzigen Bericht erwähnt und könne lungenfunktionell widerlegt werden. Ansonsten lägen keine pneumologischen Berichte vor. Aus rein pneumologischer Sicht bestehe eine Atemreserve von 127%, womit keine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder der Leistungsfähigkeit gegeben sei (IVSTA-act. 73/6, 73/46 ff.).

#### **E. 4.5.3**

In seinem internistischen Teilgutachten beschreibt Dr. F.n.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, den Allgemeinzustand des Exploranden, dessen Haut, Bewegungsapparat, Lymphknoten, Kopf, Hals, Thorax, Lunge, Abdomen sowie das Nervensystem. Als internistische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) gab der Gutachter "keine" an. Auch aus internistisch-somatischer Sicht seien gemäss Dr. F.n.\_\_\_\_\_ keine klinisch-funktionellen Defizite feststellbar gewesen. Von internistischer Seite her sei in erster Linie eine arterielle Hypertonie seit mindestens 2004 bekannt. Trotz antihypertensiver Therapie mit einem ACE-Hemmer in Kombination mit einem Diuretikum bestünden anamnestisch stark schwankende Blutdruckwerte (140/60, 160/85 sowie 220/100 mmHg). Bei der aktuellen Körperuntersuchung hätten sich insbesondere diastolisch betont erhöhte Blutdruckwerte bestätigt. Die formulierten Diagnosen einer arteriellen Hypertonie (ED 12/2004), differenzialdiagnostisch sekundär bei Phäochromozytom, einer anamnestisch gastroösophagealen Refluxkrankheit, einer Hypercholesterinämie und einer benignen Prostatahyperplasie würden die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht beeinträchtigen. Sollte ein Phäochromozytom (hormonproduzierender Tumor des Nebennierenmarks) diagnostiziert werden, wäre dieses behandelbar und würde somit nicht zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit führen. Gemäss Dr. F.n.\_\_\_\_\_ sei die Aktenlage bezüglich internistischer Berichte äusserst spärlich. Der Gutachter erklärte, dass bei anhaltend hypertensiven Blutdruckwerten mittelschwere und schwere Tätigkeiten (in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer Verweistätigkeit) zu meiden seien. Keine Einschränkungen bestünden hingegen bei gut eingestellter antihypertensiver Therapie. Prognostisch wies der Gutachter darauf hin, dass eine ungenügend behandelte arterielle Hypertonie sowie eine allenfalls - trotz Diät - persistierende Hypercholesterinämie ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse darstellten (IVSTA-act. 73/7, 73/26 ff.).

#### **E. 4.5.4**

Der kardiologische Gutachter, Dr. F.o.\_\_\_\_\_, attestierte dem 64-jährigen Exploranden einen guten Allgemein- und Ernährungszustand bei einer Körpergrösse von 173 cm und einem Körpergewicht von 74 kg. Der Gesamtstatus ergebe keine Hinweise auf eine Rechts- oder Linksherzinsuffizienz und eine unauffällige Herzauskultation. Im Weiteren beschrieb er die Ergebnisse des EGKs, Echokardiogramms und des Belastungs-EKGs. In der Gesamtbeurteilung habe der Gutachter einen normalen kardialen Befund mit normaler körperlicher Leistungsfähigkeit und ohne Hinweis auf eine koronare Herzkrankheit (KHK) oder eine andere Kardiopathie vorgefunden. Eine im Echokardiogramm nachgewiesene geringe Aorteninsuffizienz sei hämodynamisch vollständig irrelevant. Somit bestehe aus kardiologischer Sicht eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 73/7, 73/52 ff.).

#### **E. 4.5.5**

Im psychiatrischen Befund berichtete die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. F.p.\_\_\_\_\_, ausführlich über Orientierung, Äusseres, Kontaktverhalten, Aufmerksamkeit und Konzentration, Gedächtnis, Denken, Sprache, Sprechen und Wahrnehmung, Ich-Bewusstsein, Persönlichkeit, Intelligenz, Willens- und Antriebsbildung, Psychomotorik, Affektivität, Zwänge und Phobien, Realitätsorientierung sowie Motivation. Sie habe keine fachspezifischen Diagnosen mit Relevanz oder ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

(letzte Tätigkeit) feststellen können. In der Epikrise und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erklärte sie, dass die psychiatrische Vorgeschichte unauffällig sei. Störungsspezifische psychische Beschwerden seien vom Versicherten nicht angegeben worden. Er habe allerdings vor einigen Jahren - offenbar im Zusammenhang mit einer hypertensiven Krise - unter gewissen depressiven Symptomen gelitten. Im jetzigen psychischen Befund präsentiere er sich "aufgeräumt", emotional gut schwingungsfähig und ohne psychopathologische Funktionsstörungen. Eine psychiatrische Behandlung werde nicht durchgeführt, allerdings sei der behandelnde Internist des Versicherten im Kosovo wohl auch psychotherapeutisch ausgebildet. Eine spezielle Psychotherapie oder Verabreichung einer psychotropen Medikation finde nicht statt. Eine Therapie-Indikation bestehe aus gutachterlicher Sicht nicht. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Psychiatrische Unterlagen lägen ihr nicht vor. Medizinisch-theoretisch bestehe auf dem psychiatrischen Fachgebiet eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer Verweistätigkeit. Aus retrospektiver Sicht habe weder nach den vorliegenden Unterlagen noch nach den Angaben des Versicherten ein Anhalt für eine vorgängige Arbeitsunfähigkeit auf dem psychiatrischen Fachgebiet bestanden. Eine allfällige Prognose ent falle daher (IVSTA-act. 7, .73/33 ff.).

#### **E. 4.5.6**

Als "Neurologische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)" gab Dr. F.q. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie) in seinem neurologischen Teilgutachten eine vertebrobasiläre Insuffizienz sowie eine L5-Wurzelreizung rechts an. Als "Neurologische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)" nannte er einen Spannungskopfschmerz und einen Tinnitus aurium beidseitig. Zur neurologischen Epikrise und Arbeitsfähigkeit hielt er fest, der annähernd 65-jährige, aus dem Kosovo stammende und dort wieder lebende Versicherte leide seit vielen Jahren unter rezidivierenden, Minuten anhaltenden Zuständen mit Sehstörungen, periokulären Parästhesien, Schwankschwindel, der durch abrupten Lagewechsel auch provoziert werden könne. Darüber hinaus seien Nackenschmerzen, zeitweise beidseits in die Stirn ausstrahlend angegeben worden, die auch mit Gesichtsrötung verbunden sein können. Weiter seien Müdigkeit, auch Ängste, beidseitiger Tinnitus sowie Schmerzen vom Lendenbereich in das rechte Bein ausstrahlend angeführt worden. Während der aktuellen neurologischen Untersuchung seien keine Ausfälle zu objektivieren gewesen. Insbesondere hätten keine Paresen oder Reflexauffälligkeiten, keine vegetativen oder koordinativen Defizite bestanden. Abgesehen von der Angabe einer taktilen Hypästhesie, die am ehesten dem Dermatome L5 rechts entspreche, zeigten sich keine sensiblen Auffälligkeiten. Die im Vordergrund stehenden Beschwerden seien angesichts der kardiovaskulären Erkrankungen des Versicherten (Hypertonus, laut Unterlagen angeborenes Herzvitium, Rhythmusstörungen?) als Ausdruck von passagerer symptom bildender Durchblutungsstörungen im Sinne transitorischer Ischämien im vertebrobasilären Stromgebiet zu werten. Eine Minderung seiner Arbeitsfähigkeit sei nachvollziehbar hierdurch bedingt. Auch der Wurzelreiz L5 rechts besitze eine geringe Relevanz für die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Die von ihm angegebenen, vom Nacken zur Stirn ziehenden Kopfschmerzen könnten trotz der dabei bestehenden Gesichtsrötung nicht als Erythroprosopalgie kategorisiert werden, da wesentliche Voraussetzungen hierfür bezüglich Schmerzintensität und -ausbreitung nicht vorlägen. Die Symptomatik entspreche am ehesten einem Spannungskopfschmerz, der keine besondere Minderung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten bewirke. Gleiches gelte für den Tinnitus angesichts fehlender wesentlicher Begleiterscheinungen. Dr. F.q. \_\_\_\_\_

äusserte sich zur Aktenlage dahingehend, dass in keinem der vorliegenden Berichte ein ausreichender neurologischer Befund dargestellt sei. In den Berichten der neurologischen Abteilungen des Regionalspitals von X. \_\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2004 (IVSTA-act. 4/7, 6; C-act. 3/52) und des Regionalkrankenhauses "H. \_\_\_\_\_" vom 23. Dezember 2011 (IVSTA-act. 58) sei ebenfalls unter anderem eine vertebrobasiläre Insuffizienz, auch ein Bluthochdruck sowie eine Spondylosis vertebralis diagnostiziert worden, so dass bezüglich der neurologischen Diagnose keine Differenzen zur jetzigen bestehe. Aus rein neurologischer Sicht könne der Versicherte körperlich leichte, rückschonende Tätigkeiten, die ohne Überkopfarbeiten, Tragen, Hantieren und Heben von über 5 kg schweren Gewichten einhergehen und die nicht auf Leitern, Gerüsten etc. zu verrichten seien, ausüben. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit - laut Unterlagen als Landwirt und Hilfsarbeiter - könne der Versicherte aufgrund der damit verbundenen zu grossen körperlichen Belastungen nicht ausüben. In einer dem angeführten Belastungsprofil entsprechenden Verweistätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus neurologischer Sicht um 20% reduziert. Hinsichtlich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit stellte der Gutachter fest, dass die aus neurologischer Sicht relevanten Beschwerden - entsprechend der Angaben des Versicherten und soweit aus den Unterlagen erkennbar gewesen sei (Bericht der Hospitalisation vom 17. Dezember bis 30. Dezember 2004) - sich seit 10 Jahren nicht wesentlich geändert hätten. Die Prognose auf eine Besserung sei angesichts des bisherigen Verlaufs als ungünstig einzuschätzen (IVSTA-act. 73/39 ff.).

#### **E. 4.5.7**

Zusammenfassend ergeben sich aus den einzelnen Teilgutachten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): - vertebrobasiläre Insuffizienz - L5-Wurzelreizung rechts Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) wurden genannt: - subjektive cervicale und lumbale Schmerzsyndrome bei klinisch unauffälligen Befunden; röntgenologisch altersassoziierte degenerative HWS-Veränderungen - subjektive, unspezifische Beinschmerzen ohne korrelierende Klinik - Senk-Spreizfüsse ohne funktionelle Einbussen - Spannungskopfschmerz - Tinnitus aurium beidseits - arterielle Hypertonie, ED 12/2004, DD: sekundär bei Phäochromozytom - anamnestisch gastroösophageale Refluxkrankheit - Hypercholesterinämie - Benigne Prostatahyperplasie Nach der Konsensbeurteilung vom 31. März 2014 ergab die Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten (IVSTA-act. 73/10 ff.), dass aus polydisziplinärer Sicht mittelschwere bis schwere Tätigkeiten dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar seien, in leichten Tätigkeiten bestehe "seit ca. 12/2004 eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Ferner hielten die Fachgutachter im Belastungs-/Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens zusammenfassend fest, dass dem knapp 65-jährigen Versicherten rückenadaptierte, leichte, wechselbelastende Arbeiten in einem Arbeitspensum von 100% zumutbar seien. Die Wiederaufnahme schwerer und statisch belastender Tätigkeiten (wie zuletzt im Dezember 1990 als Hilfsarbeiter im Baugewerbe) überfordere das lebensalterstypische Restbelastungsprofil des annähernd 65-jährigen Versicherten. Im Rahmen der neurologischen Abklärung sei mit Hinweis auf die vertebrobasiläre Insuffizienz - assoziiert an eine arterielle Hypertonie - ein weitergehend reduziertes Belastungsprofil wie folgt formuliert worden: Aus rein neurologischer Sicht könne der Versicherte körperlich leichte, rückschonende Tätigkeiten, die ohne Überkopfarbeiten, Tragen, Hantieren und Heben von Gewichten über 5 kg einhergehen und die nicht auf Leitern, Gerüsten etc. zu verrichten seien, ausüben. Retrospektiv gelte diese neurologische Einschätzung bereits seit zirka 10

Jahren und gleichlautend mit einem Entlassungsbericht vom Regionalspital X. \_\_\_\_\_ vom Dezember 2004 mit der bereits damaligen manifesten Diagnose einer vertebrobasilären Insuffizienz und einer arteriellen Hypertension. In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe mit Hinweis auf die neurologische Diagnose einer vertebrobasilären Insuffizienz und einer L5-Wurzelreizung rechts eine Minderung der Leistungsfähigkeit von 20% und somit eine Restarbeitsfähigkeit von 80%. Rückblickend könne von neurologischen Beeinträchtigungen "ab ca. 12/2004" ausgegangen werden. Auch im Entlassungsbericht der neurologischen Abteilung des Regionalspitals von X. \_\_\_\_\_ sei bereits von einer vertebrobasilären Insuffizienz mit assoziierter arterieller Hypertension die Rede gewesen. Die Gutachter der E. \_\_\_\_\_ bestätigten, dass aus neurologischer Sicht die Prognose angesichts des bisherigen Verlaufes der vertebrobasilären Insuffizienz ungünstig sei. Eine ungenügend behandelte arterielle Hypertonie sowie eine allenfalls (trotz Diät) persistierende Hypercholesterinämie würden ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse darstellen. Auf die Frage der Vorinstanz, wie sich der Grad der Arbeitsfähigkeit seit Dezember 2004 bis zum 25. Juni 2009 (Datum der angefochtenen Verfügung) und seit diesem Zeitpunkt bis heute entwickelt habe, antworteten die Gutachter, dass der Grad der Arbeitsfähigkeit seither bis zum 25. Juni 2009 unverändert geblieben sei. Bezüglich einer möglichen Verbesserung der Restarbeitsfähigkeit sei eine konsequente antihypertensive Medikation und eine regelmässige Kontrolle durch den Hausarzt (auch im Heimatland Kosovo) erforderlich, wobei sich an der neurologischen Diagnose der vertebrobasilären Insuffizienz zunächst nichts ändere und weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 80% zu erwarten sei. Zudem schlossen die Gutachter bei den Zusatzfragen der Vorinstanz eine somatoforme Schmerzstörung, eine ausgewiesene psychiatrische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer sowie eine chronische körperliche Begleiterkrankung aus. Hinsichtlich der offenen Frage zum Status des Beschwerdeführers respektive zur Restarbeitsfähigkeit im bisherigen Aufgabenbereich (Tätigkeiten im eigenen Haushalt) hielten die Gutachter fest, dass keine relevanten Beeinträchtigungen im Haushalt nach der polydisziplinären Abklärung resultieren würden (IVSTA-act. 73).

#### **E. 4.6.1**

Am 25. April 2014 nahm Dr. F.c. \_\_\_\_\_ (FMH Allgemeine Medizin und IVSTA-Arzt, RAD Y. \_\_\_\_\_) zum polydisziplinären Gutachten ergänzend Stellung und stützte die Beurteilung der Gutachter. Er bestätigte die vertebrobasiläre Insuffizienz (G 45.0) als Hauptdiagnose und degenerative Beschwerden im L5-Wurzelbereich, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten. Der Beschwerdeführer sei demnach seit dem 1. Dezember 2004 in seiner bisherigen Tätigkeit (als Hilfsarbeiter im Baugewerbe) zu 100% sowie in einer angepassten Tätigkeit zu 20% funktionell eingeschränkt und daher arbeitsunfähig. Die Beschwerden seien insbesondere in Form einer arteriellen Unzulänglichkeit des Rumpfes ernst zu nehmen. Eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 80% sei dem Beschwerdeführer jedoch zumutbar, wie es von den Kollegen der E. \_\_\_\_\_ AG in ihrer Expertise überzeugend dargelegt worden sei (IVSTA-act. 77/1-5).

#### **E. 4.6.2**

Da gemäss dem Urteil des Bundesverwaltungsgericht C-4371/2009 vom 6. Februar 2012 auch noch die Statusfrage abzuklären war und laut IVSTA der Beschwerdeführer nach der spezifischen Methode zu beurteilen sei (IVSTA-act. 78), schätzte der zuständige RAD-Arzt am 13. Mai 2014 die Erwerbsunfähigkeit bei Tätigkeiten im Haushalt mit insgesamt 21% ein (IVSTA-act. 79/1-3).

### **E. 4.6.3**

Nachdem der Beschwerdeführer mit Einwand vom 8. August 2014 weitere Arztberichte einreichte (IVSTA-act. 86-91; vgl. auch E. 4.3), nahm Dr. F.c. \_\_\_\_\_ vom RAD am 11. September 2014 dazu Stellung: Er hielt mit den nachfolgenden Ausnahmen dieselben Diagnosen wie in der Stellungnahme vom 25. April 2014 fest. Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (um die Lumbalgien reduziert) gemeine Zervikalgien und neu mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit chronische Lumbalgien bei degenerativen Störungen im Bereich des Wirbelkörpers L5. Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er neu eine Depression sowie eine COPD auf. Nach Einschätzung des RAD-Arztes seien die Gefässerkrankung (vertebrobasiläre Insuffizienz) sowie die orthopädischen Störungen bekannt und bereits bei der früheren Stellungnahme mitberücksichtigt worden. Zwar sei eine COPD angezeigt worden, jedoch sei die Lungenfunktion normal, weshalb nicht auf eine ernste Lungenkrankheit geschlossen werden könne. Die beigebrachten Arztberichte würden auf eine Depression hinweisen; gemäss der psychiatrischen Expertise (E. \_\_\_\_\_-Gutachten) seien jedoch keine diesbezüglichen Auffälligkeiten festgestellt worden. Auch das ausgestellte Rezept, in dem eine sehr kleine Dosis von Antidepressiva (Citalopram 10 mg täglich) verschrieben wurde, zeige, dass die Störung nicht bedeutend sei. In Ermangelung neuer medizinischer Erkenntnisse beziehungsweise einer nicht festgestellten schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung oder objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten ergäben sich keine neuen Schlussfolgerungen, weshalb die früheren Stellungnahmen des RAD ihre Gültigkeit behielten (IVSTA-act. 93). Diese Beurteilung erscheint aus Sicht des Gerichts schlüssig und deckt sich mit den gutachterlichen Aussagen.

### **E. 4.7.1**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer zahlreiche Arztberichte ein, die der Vorinstanz zum Teil bereits vorlagen (doppelt eingereichte Arztberichte sind in E. 4.3 aufgeführt und entsprechend referenziert): - 05.04.2004: Konsultationsbericht von Dr. F.b. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater; Diagnose: Schwindel (C-act. 1/25) - 22.10.2004: unleserlicher Konsultationsbericht eines Arztes im Spital "H. \_\_\_\_\_" (C-act. 3/38, 3/53) - 14.06.2006: Facharztbericht von Prim. Dr. med. sci. F.i. \_\_\_\_\_, Internist; z.T. unleserlich; Diagnose: "Herpes zoster" (C-act. 3/51) - 03.02.2008: Facharztbericht von Dr. med. F.f. \_\_\_\_\_, in albanischer Sprache, z.T. unleserlich (C-act. 1/6, 3/43) - 20.01.2009: Facharztbericht von Prim. Dr. med. sci. F.i. \_\_\_\_\_, Internist; z.T. unleserlich; Diagnosen u.a.: COPD (C-act. 3/46) - 21.10.2009: Arztbericht von Dr. F.r. \_\_\_\_\_; Diagnosen: H.T.A, Colicae abdominales (C-act. 3/39) - Undatierter Facharztbericht von Prim. Dr. med. sci. F.i. \_\_\_\_\_, Internist; Diagnosen: Herzklappenfehler, kompensiertes Herz, Echokardiographie (C-act. 3/29) - 07.03.2010: Konsultationsbericht von Dr. F.b. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater; Diagnosen: hypertensive Krisen, arterieller Bluthochdruck, Epistaxis (Nasenbluten), Spondylosis vertebrae C 6/7, Depression (C-act. 3.37) - 23.09.2010: Facharztbericht ("Ambulance specialistike") von Dr. F.s. \_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie; Diagnose: gutartige Prostatahyperplasie/BPH (C-act. 1/7) - 29.09.2010: Arztbericht; Diagnosen: unleserlich, HTA (C-act. 3/35) - 11.10.2010: Mikrobiologische Analyse (C-act. 3/34) - 09.03.2011: Konsultationsbericht von Dr. F.a. \_\_\_\_\_, Orthopäde und Traumatologe; Diagnosen: Spondylose ... et cervicalis, Diskopathie L5, Uncarthrose zervikal (C-act. 1/28) - 09.03.2011: Rezept von Dr. F.t. \_\_\_\_\_; Medikation: Intenid, Bivocin ... (C-act. 3/33) - Undatierter Arztbericht von Dr.

F.k.\_\_\_\_\_, z.T. unleserlich und unvollständig; Therapie: Prolosin ... 1x1 (C-act. 3/32) - 19.04.2011: Blutauswertung durch Dr. F.y.\_\_\_\_ (C-act. 3/31) - 27.03.2012: Konsultationsbericht, unleserlich, Therapie: medikamentöse Behandlung (C-act. 1/27) - 27.03.2012: Konsultationsbericht von Dr. F.b.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater; Diagnosen: hypertensive Krisen, arterieller Bluthochdruck, Epistaxis (Nasenbluten), Spondylosis vertebrae C 6/7, Depression (C-act. 1/15) - 16.01.2013: Konsultationsbericht von Dr. F.b.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater; Diagnosen: arterieller Bluthochdruck, unleserlich, Schwindel (C-act. 1/24) - 05.11.2013: Arztbericht ohne Diagnosenangaben (C-act. 3/27) - 16.01.2014: Konsultationsbericht Regionalspital "H.\_\_\_\_\_", Neurologie; Diagnosen: Spondylose, arterieller Bluthochdruck, Syndrom unleserlich (C-act. 1/26) - 30.06.2014: Konsultationsbericht von Dr. F.x.\_\_\_\_\_, Diagnosen: Spondylose (M47); C-act. 3/20) - 11.08.2014: Konsultationsbericht, Dr. F.x.\_\_\_\_\_; Diagnosen: Spondylose (M47), Rest unleserlich (C-act. 1/22) - 21.08.2014/01.09.2014/22.09.2014: Konsultationsberichte, Dr. F.h.\_\_\_\_\_, HNO; Diagnose: Otitis (B-act. 1/21; C-act. 16) - 03.09.2014: Überweisungsschreiben des Regionalspitals "H.\_\_\_\_\_" (B-act. 1/17; C-act. 3/15) - 22.09.2014: Konsultationsbericht von Dr. F.x.\_\_\_\_\_, Physikalische Medizin & Rehabilitation; Diagnosen: Syndrom unleserlich (C-act. 3/13) - 02.10.2014: Konsultationsbericht von Dr. F.g.\_\_\_\_\_, Internist; Diagnose: Gastritis (K29; C-act. 1/23) - 03.11.2014: Konsultationsbericht von Dr. F.x.\_\_\_\_\_; Diagnose: Spondylose (M47; C-act. 1/19, 3/28) - 22.12.2014: Konsultationsbericht von Dr. F.x.\_\_\_\_\_, Physikalische Medizin & Rehabilitation; Diagnosen: Syndrom cervicalis et lumbalis, PHS links, Cervikobrachialgie rechts, unleserlich .. cervicalis, essentielle Hypertonie (C-act. 3/10) - 22.12.2014: Biochemische Analyse, Dr. F.y.\_\_\_\_ (C-act. 3/26) - 23.12.2014: Facharztbericht von Dr. F.b.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater; Diagnosen: Depression, arterieller Bluthochdruck, Spondylosis vertebrae cervicalis C6/C7; Der Patient befinde sich seit 2000 in neuropsychiatrischer Behandlung (C-act. 1/1 f., 3/11 f.) - Undatierter Konsultationsbericht von Dr. F.z.\_\_\_\_\_, z.T. unleserlich und ohne Angaben von Diagnosen; Therapie: Th./Zeloxim, 2x1 Tablette; Pontoponozol Tab. 0.40, 2x1; Fostum gel, 2x1 (C-act. 3/9) - 20.01.2015: Echokardiogramm (C-act. 3/4). Konsultationsbericht von Dr. F.g.\_\_\_\_\_, Internist; Diagnose: HTA (C-act. 3/5) - 21.01.2015: Konsultationsbericht von Dr. F.b.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater, Diagnosen: Depression, H.T.A. Spondylosis cervicalis; Therapie: Aspirin 100, abends 1 Tablette; Talom, morgens und abends je 1 Tablette; Adovim, zwei Mal täglich; Omif..., 1 Mal täglich (C-act. 3/2)

#### **E. 4.7.2**

Der RAD hielt dazu mit weiterer Stellungnahme vom 10. April 2015 (IVSTA-act. 99 f.) fest, dass aus den 32 neu eingereichten medizinischen Unterlagen, die zum Teil handgeschrieben und schwer lesbar seien, im Wesentlichen nichts Neues hervorgehen würde. Die neuen medizinischen Informationen zeigten eine normale Dosierung des PSA (Prostata-spezifisches Antigen), was gegen einen Prostatakrebs spreche. Das Blutbild sei normal, so auch das EKG, das keine Zeichen einer Ischämie (Blutarmut) oder einer Störung des Herzrhythmus zeige. Arterieller Bluthochdruck und Wirbelsäulenstörungen seien bereits beurteilt worden. Hervorzuheben sei, dass der Neuropsychiater, Dr. F.b.\_\_\_\_\_, in seinem Konsultationsbericht von Dezember 2014 darauf hingewiesen habe, die diagnostizierte Depression des Beschwerdeführers werde (bereits) seit dem Jahr 2000 behandelt, was im Widerspruch zu den Expertenbeurteilungen im Gutachten E.\_\_\_\_ vom 4. April 2014 stehe. Insbesondere habe der psychiatrische Gutachter keine psychopathologische Auffälligkeit beim Beschwerdeführer festgestellt. Der RAD kam zum

Schluss, dass kein objektiver medizinischer Grund erkennbar sei, der den Verdacht eines schlechteren Gesundheitszustandes - im Verhältnis zu jenem im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 4. April 2014 attestierten - zulasse. Daher seien die Schlussfolgerungen der früheren Stellungnahmen des RAD (datiert vom 25. April 2014 und 13. Mai 2014; vgl. IVSTA-act. 79 und 77) weiterhin von Aktualität.

#### **E. 4.7.3**

Mit Replik vom 30. Mai 2015 (C-act. 11) reichte der Beschwerdeführer abermals diverse Arztberichte und eine gutachterliche Stellungnahme von Dr. F.b.\_\_\_\_\_ ein: - 22.05.2015: fachärztlicher Ultrasonographiebericht von Dr. F.a.\_\_\_\_\_, Orthopäde und Traumatologe; Diagnosen: Syndrom Cervicale chr. Recc. Incarthrosis vertebrae cervicale, Parenstesiones extr superior bill intermitens, Discopathia vertebrae lumbale, Spondylarthrosis vertebrae lumbale, Sy vertiginosum; Meinung: "Der Patient ist arbeitsunfähig. Anweisung zur Invalidenkommission." (C-act. 11/2 f., 13/2 f.) - 22.05.2015: Konsultationsbericht von Dr. F.g.\_\_\_\_\_, Internist, Zentrum für Familienmedizin in X.\_\_\_\_\_; Diagnosen: essentielle arterielle Hypertensio, chronische Cardiomyopathia hyp., chronische Gastritis hyp., chronisches lumbales Syndrom, ängstlich-depressives Syndrom; Therapie: Lorista - H Tabletten 50 mg, 1x1; Cornitol Tabletten 100mg, 2x1/2; Rupurut Tabletten, 3x1; Xanax Tabletten, 2x1 (C-act. 11/4 f., 13/4 f.) - 27.05.2015: gutachterliche Stellungnahme von Dr. F.b.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater (Originalfassung und nicht beglaubigte Übersetzung von Mirashi Tom [Schwager]); (C-act. 11/6 f., 13/6)

#### **E. 4.7.4**

Dr. F.b.\_\_\_\_\_ führt als psychiatrische Diagnosen in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 27. Mai 2015 eine chronifizierte Depression, Angststörungen, mangelnde "Vitalsymptome" und Schlafstörungen an. Aus neurologischer Sicht habe er Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, eine erschwerte Auffassungs- und Umstellungsfähigkeit, ein vermindertes Durchhaltevermögen, einen gravierenden sozialen Rückzug sowie eine Traumatisierung vom Krieg beim Beschwerdeführer festgestellt. Als Diagnosen nannte er mehrfache transitorisch-ischämische Attacken (erstmal erwähnt), eine schwere degenerative Halswirbelsäule (chronische Wurzelkompressionssyndrom), chronischen Schwindel, der sich durch Bewegungen der Halswirbelsäule verschlimmere ("ungerichteten vertebraenen Schwindel"), chronische Kopfschmerzen, die hauptsächlich "occipital" und "parietal" beidseitig sowie häufig auftreten, internistische und orthopädische Beschwerden; Die Verschleisserscheinungen der Halswirbelsäule seien als schwer einzustufen. Aus seiner Sicht sei der Patient "seit Jahren wegen seiner chronifizierten Erkrankungen, insbesondere aber wegen seiner Depression, arbeitsunfähig" (C-act. 11/6 f., 13/6). Ob und inwieweit der Beschwerdeführer auch in Verweistätigkeiten sowie im Haushalt arbeitsunfähig sei, liess der Neuropsychiater offen.

#### **E. 4.7.5**

Am 30. Juni 2015 nahm der Allgemeinmediziner und RAD-Arzt, Dr. F.c.\_\_\_\_\_, zum Arztbericht von Dr. G.a.\_\_\_\_\_ von Mai 2015 und zum psychiatrischen Arztzeugnis von Dr. F.b.\_\_\_\_\_ vom 27. Mai 2015 Stellung. In somatischer Hinsicht werde keine neue Erkrankung genannt und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands belegt. Dr. F.b.\_\_\_\_\_ nenne in psychiatrischer Hinsicht eine "chronische Depression", intensiv behandelt seit Jahren. Die Experten des E.\_\_\_\_\_ hätten jedoch keine Anhaltspunkte für eine psychopathologische Störung festgestellt. Auch werde keine Verschlechterung des

Gesundheitszustandes seit April 2014 nachgewiesen. Die gegenwärtige medikamentöse Behandlung mit Xanax, zwei Tabletten täglich, entspreche nicht der Behandlung einer schweren und invalidisierenden Psychopathologie. Dr. F.c.\_\_\_\_\_ habe bereits im September 2014 darauf hingewiesen, dass die angegebene Behandlung nicht derjenigen einer schweren Störung entspreche. Der um eine konsiliarische Zweitmeinung gebetene Dr. G.b.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA, führte am 4. September 2015 ergänzend aus, dass er sich mit der Beurteilung des RAD-Arztes völlig einverstanden erkläre. Effektiv finde sich im psychiatrischen Teil des polydisziplinären Gutachtens vom 4. April 2014, ausgeführt von Frau Dr. F.p.\_\_\_\_\_, kein Hinweis auf eine psychiatrische Störung. Das Gutachten sei von guter Qualität und müsse als schlüssig betrachtet werden. Dr. F.b.\_\_\_\_\_ habe aus psychiatrischer Sicht folgende Diagnosen aufgrund der Beschwerden des Exploranden abgeleitet: "DEPRESSIO MAJORIS, PTSD CR, H.T.A. INSUFFICIENCA VERTEBROBASILARIS, UNCARTHROSIS ET SPONDYLOSIS VERTE BRE CERVICALIS ET LUMBALISA". Aus den oben genannten Befunden könne jedoch keine "Majore Depression", auch keine posttraumatische Belastungsstörung abgeleitet werden. Es fehlten schlicht die dazu notwendigen Befunde. Wäre, wie angedeutet, eine bipolare Störung vorhanden gewesen, hätte das einst verschriebene Xanax (ein Benzodiazepin [C-act. 1/14, 3/6, 3/17]) keine Wirkung erzielt, weder für eine manische noch für eine depressive Phase. Die Aussagen würden im kompletten Widerspruch zum Gutachten E.\_\_\_\_\_ stehen. Somit könne aus den vorliegenden Dokumenten in keinem Zeitpunkt eine psychiatrische Störung mit Krankheitswert und damit eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden (C-act. 18/1).

#### **E. 4.8.1**

Dieser Beurteilung kann gefolgt werden, zumal im Gutachten E.\_\_\_\_\_ vom 4. April 2014 eingehend und anhand der erhobenen Befunde überzeugend dargelegt wurde, dass eine psychiatrische Erkrankung von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ausgeschlossen werden kann. Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer sich "aufgeräumt", emotional gut schwingungsfähig und ohne psychopathologische Funktionsstörungen präsentiert, weshalb auf dem psychiatrischen Fachgebiet eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit bestehe (E. 4.5.5, 4.5.7). Eine seither eingetretene Verschlechterung ist nicht objektiviert worden, zumal die Berichte der behandelnden Ärzte keine sich chronifizierende und zur Depressio majoris ausbildende Erkrankung anhand entsprechender Befunde und eingehender Herleitung begründet haben. Gegen die von Dr. F.b.\_\_\_\_\_ erstmals am 27. Mai 2015 angeführten mehrfachen transitorisch-ischämischen Attacken spricht, dass diese Diagnose weder durch einen neurologischen Befund belegt noch in der Vergangenheit (vor dem Verfügungszeitpunkt am 28. November 2014) je diagnostiziert wurde. Gleiches gilt für die von den Dres F.e.\_\_\_\_\_ (Allgemeinmediziner) und F.i.\_\_\_\_\_ (Internist) erstmals am 20 Januar 2009 und in der Folge von Dr. F.b.\_\_\_\_\_ (Neuropsychiater) diagnostizierte COPD. Es liegt kein Befund eines behandelnden Arztes vor (beispielsweise ein Lungenfunktionstest), der eine Lungenerkrankung des Beschwerdeführers belegen würde. Der Beschwerdeführer gab in der Anamnese des pneumologischen Teilgutachtens vom 31. Januar 2014 selber an, er sei Nichtraucher und habe auch nie länger passiv geraucht (IVSTA-act. 73/46; C-act. 3/46; vgl. auch C-act. 1/3, 3/40, 1/16, 3/22). Laut dem pneumologischen Gutachter des E.\_\_\_\_\_ bestehe nach der im E.\_\_\_\_\_ durchgeführten Lungenfunktionsüberprüfung ein "supranormales statisches und

dynamisches Lungenvolumina" und bei normalem Tiffenau-Quotient könne keine obstruktive Ventilationsstörung nachgewiesen werden, weshalb eine COPD ausgeschlossen werde. Die Ergebnisse der pneumologischen Untersuchungen im Gutachten vom 4. April 2014 erscheinen nachvollziehbar und begründet.

#### **E. 4.9**

Unter Gesamtwürdigung des bisher Dargelegten ist festzuhalten, dass - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - das Gutachten E.\_\_\_\_\_ vom 4. April 2014 die formellen und materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllt (vgl. E. 3.8), auf persönlichen Untersuchungen in den vorliegend zentralen Fachbereichen und aktueller Bildgebung beruht, die Vorakten und abweichende fachliche Beurteilungen berücksichtigt und diskutiert, in seinen Schlussfolgerungen bezüglich der medizinischen Situation und der daraus folgenden Arbeitsfähigkeit schlüssig erscheint und ihm daher voller Beweiswert zuzuerkennen ist. Demgegenüber und abweichend vom schweizerischen Gutachtens-Standard weisen die vom Beschwerdeführer zahlreich beigebrachten und Hausarzt- und Facharztberichte aus dem Kosovo verschiedene formelle und materielle Mängel auf. Beispielsweise fehlen das Datum und/oder der Grund der Untersuchung sowie fundierte Befunde, die auf die Diagnose schliessen lassen. Abgesehen davon legte kein Arzt aus dem Kosovo dar, weshalb und in welchem Umfang der Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht arbeitsunfähig oder, ob er allenfalls in einer anderen adaptierten Tätigkeit leistungs- und arbeitsfähig sei. Damit haben die zum Teil mit den Ergebnissen der polydisziplinären Begutachtung im Widerspruch erscheinenden Hausarzt- und Facharztberichte herabgesetzte Beweiskraft (vgl. E. 3.9) und vermögen die Beurteilung der Gutachter der E.\_\_\_\_\_ AG nicht umzustossen. Nicht zu beanstanden sind zudem die Ausführungen des RAD zu den nach der Begutachtung eingereichten Arztberichten im Zeitraum von 2000 bis 2015.

#### **E. 4.10**

Es ist daher in Übereinstimmung mit den Gutachtern davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Einschränkungen in neurologischer Hinsicht (vertebrobasiläre Insuffizienz in Verbindung mit der arteriellen Hypertonie und einer Wurzelreizung am Wirbelkörper L5 rechts) in einer angepassten, körperlich leichten, rückschonenden Verweistätigkeit ohne Überkopfarbeiten, ohne Tragen und Hantieren sowie Heben von Gewichten über 5 kg zu 80% arbeitsfähig ist, dies ab Dezember 2004 (Datum der Entlassung aus der vorübergehenden stationären Behandlung im Regionalspital von X.\_\_\_\_\_).

#### **E. 5**

0 0 2. Ernährung (10-50 Minuten) 45 20 11 3. Wohnungspflege (5-20 Minuten) 20 20 4 4. Einkauf (5-10 Minuten)

#### **E. 5.1**

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat. Bei einer erwerbstätigen versicherten Person wird das Erwerbseinkommen, das diese nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie

erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, insbesondere bei Hausfrauen und Hausmännern, wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen, nicht erwerbstätigen Personen gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode, Art. 28a Abs. 3 IVG).

### **E. 5.2.1**

Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. So sind insbesondere bei im Haushalt tätigen Versicherten die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3, 133 V 477 E. 6.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

### **E. 5.2.2**

Der abweisenden Verfügung vom 25. Juni 2009 (IVSTA-act. 32), die vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-4371/2009 vom 6. Februar 2012 aufgehoben wurde, legte die Vorinstanz einen Einkommensvergleich (IVSTA-act. 26) zu Grunde, wobei sie auf Seiten des Valideneinkommens auf das zuletzt in der Schweiz erzielte Einkommen abstellte. Das Invalideneinkommen wurde anhand eines Durchschnittseinkommens der in Frage kommenden adaptierten Tätigkeiten ermittelt. Folglich wurde der Beschwerdeführer ursprünglich als Erwerbstätiger qualifiziert. In der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 28. November 2014 (IVSTA-act. 96) führte die Vorinstanz aus, der Beschwerdeführer habe seit seiner Ausreise aus der Schweiz (Dezember 1990) keine gewinnbringende Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt. Demzufolge gelange die spezifische Methode zur Anwendung.

### **E. 5.2.3**

Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe (Dezember 1990) 41 Jahre alt und verheiratet war. Im Rentengesuch vom 8. Januar 2008 hat er angegeben, dass er eine Mittelschule mit Berufsabschluss als "Veterinär" absolviert habe (IVSTA-act. 1/4). Bei der Befragung nach seinem beruflichen Werdegang während der polydisziplinären Begutachtung stellte sich heraus, dass er acht Jahre lang eine

Primarschule besucht und im Anschluss daran einen "sechsmonatigen Kurs in Veterinärwesen" besucht habe. Er habe "etliche Monate als Tierarzhelfer" und in der Folge als "Allrounder" im Detailhandel gearbeitet. Ein Nachweis für diese Erwerbstätigkeiten ist nicht aktenkundig. Fest steht, dass der Beschwerdeführer gemäss Auszug aus dem Individuellen Konto (IK; C-act. 21) von April bis Dezember 1973 (9 Monate) sowie von April bis Oktober 1974 (7 Monate) als Saisonier in der Schweiz bei der Firma C.\_\_\_\_\_ AG in Z.\_\_\_\_\_ erwerbstätig war. Zudem arbeitete er vom 15. August bis zum 14. Dezember 1990 (5 Monate) als Hilfsarbeiter im Baugewerbe bei der Firma D.\_\_\_\_\_ AG in der Schweiz. Seitdem ging der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit nach, die belegt worden ist.

### **E. 5.3**

Bei im Haushalt tätigen Personen (vgl. Art. 27 IVV) sind im Besonderen die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1, S. 20 mit Hinweisen). Es ist - ausser bei eindeutigen Verhältnissen (z.B. bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit) - nicht gestattet, von der ärztlich geschätzten Arbeitsunfähigkeit ohne weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad zu schliessen (ZAK 1962 S. 478). Die IV-Stelle muss immer prüfen, ob und allenfalls in welchem Ausmass die verbliebene Arbeitsfähigkeit bestmöglich verwertbar ist und welches Erwerbseinkommen in einer zumutbaren Erwerbstätigkeit damit erreicht werden könnte. Ebenso ist bei der spezifischen Methode der konkrete Betätigungsvergleich und nicht die ärztliche Schätzung der Arbeitsunfähigkeit für die Bemessung des Invaliditätsgrades massgebend (vgl. Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Hilfslosigkeit in der Invalidenversicherung (nachfolgend: KSIH, gültig ab 1. Januar 2014, Rz. 3004).

#### **E. 5.4.1**

Die weiteren Abklärungen der Vorinstanz haben folgendes ergeben: Gemäss Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 12. September 2008 könne der Beschwerdeführer keine strengen Haushaltsarbeiten und Tätigkeiten in der Landwirtschaft verrichten. Es sei ihm jedoch möglich, das Geflügel und die Kleintiere zu versorgen und ein wenig seiner Frau im Haushalt zu helfen (IVSTA-act. 14). Dem Fragebogen für den Versicherten vom 30. Mai 2012 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2000 bis heute arbeitsunfähig sei und er 1976 als Landwirt und Hilfsarbeiter auf "privater Basis" gearbeitet habe (IVSTA-act. 47/1 f.). Dem Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 30. Mai 2012 wiederum ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit 7 Jahren im Wohnsitzstaat eine Invalidenrente der Sozialversicherung beziehe und keine Haupt- oder Nebenerwerbstätigkeit ausübe. Er helfe gerne bei leichteren Haushaltsarbeiten seiner Ehefrau (z.B. Staub saugen, Besorgung der Wäsche); Kinder habe er keine zu versorgen. Er habe kein Geflügel oder Kleintiere mehr, weshalb die diesbezügliche Versorgung der Tiere entfalle (IVSTA-act. 47/3-6). Die Vorinstanz hat in der Folge abgeklärt, ob der Beschwerdeführer als selbständiger Landwirt tätig war, oder einzig Tätigkeiten im Haushalt verrichtet habe. Laut Fragebogen für selbständige Landwirte

vom 23. September 2012 hatte der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt eine Landwirtschaft auf selbständiger Basis geführt oder diese krankheitsbedingt aufgegeben. Der Versicherte "glaube nicht, dass er wieder arbeiten könne" (IVSTA-act. 53/1-3). Im Fragebogen für den Arbeitgeber über Arbeits- und Lohnverhältnisse von Unselbständigerwerbenden vom 23. September 2012 legte der Beschwerdeführer dar, dass er "nirgends angestellt" sei (IVSTA-act. 53/4 f.).

#### **E. 5.4.2**

Aufgrund der Aktenlage ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit Mitte Dezember 1990 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist und - gemeinsam mit seiner Ehefrau - den Haushalt führte und zum Zweck der Selbstversorgung sein Geflügel sowie die Kleintiere besorgte. Die Frage, ob sich der damals gesundheitlich nicht beeinträchtigte Beschwerdeführer nach seiner letzten Erwerbstätigkeit in der Schweiz (1990) sodann im Sinn der Gestaltung eines Lebensplans zur Führung des Haushalts entschieden hat, ist aufgrund der Antworten in den erwähnten Fragebögen zu bejahen. Aus den Fragebögen ist zu schliessen, dass sich der Beschwerdeführer aus dem Erwerbsleben zurückzog mit der Absicht, sich nunmehr im Haushalt zu betätigen oder seine finanzielle Situation allenfalls "auf privater Basis" durch Hilfsarbeiten aufzubessern.

#### **E. 5.4.3**

Nach dem Gesagten vermag die vorinstanzliche Begründung hinsichtlich der Nichterwerbstätigkeit des Beschwerdeführers und der im Haushalt tätigen Person zu überzeugen. Die Statusfrage kann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit so beantwortet werden, dass der Beschwerdeführer seit Dezember 1990 und vor Eintritt seiner geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Haushalt leichte Tätigkeiten verrichtet, ohne einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Demzufolge ist für die Ermittlung des Invaliditätsgrades die spezifische Methode nach Art. 28a Abs. 2 IVG anzuwenden, wie die Vorinstanz korrekt in ihrer Verfügung vom 28. November 2014 festgestellt hat.

#### **E. 5.5.1**

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt eines Versicherten sind - analog zur vorerwähnten Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben des Versicherten zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Diese Beweiswürdigungs-kriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (vgl. Urteil des EVG I 236/06 vom 19. Juni 2006 E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 5.5.2**

Die Vorinstanz legte bei der Bemessung des Invaliditätsgrades ein verwaltungsinternes Formular - gestützt auf das KSIH, Rz. 3093 bis 3098 -, zugrunde, in dem der RAD-Arzt am 13. Mai 2014 seine Einschätzung und Gewichtung zur Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bei verschiedenen Tätigkeiten im Haushalt darlegte (IVSTA-act. 79):  
Tätigkeiten Gewichtung in % Behinderung in % Invalidität in %  
1. Haushaltsführung (2-5 Minuten)

#### **E. 10**

20 2 5. Wäsche, Kleiderpflege (5-20 Minuten) 20 20 4 6. Betreuung von Kindern (0-30 Minuten) 7. Verschiedenes (0-50 Minuten) Total 100 21  
Nach dieser medizinischen Einschätzung des RAD-Arztes resultiert eine Erwerbsunfähigkeit bei Tätigkeiten im Haushalt von insgesamt 21%. Aufgrund dessen, dass der Beschwerdeführer vor Eintritt gesundheitsbedingter Einschränkungen zuletzt ausschliesslich im Aufgabenbereich tätig war und auch keine auf Erwerb zielende Tätigkeit in der Landwirtschaft aktenkundig ist, erübrigt sich vorliegend die Berücksichtigung konkret zumutbarer Verweistätigkeiten und eine Leistungseinschränkung bei Ausübung derselben, wie sie von den Gutachtern in der Konsensbeurteilung festgehalten worden sind (IVSTA-act. 73 S. 11-14). Die Vorinstanz hat zu Recht (vgl. BGE 130 V 97 E. 3.3.2 mit Verweis auf 104 V 135 E. 2c) gestützt auf die RAD-Beurteilung der jeweiligen Behinderung in einzelnen Bereichen des Haushalts direkt auf die Erwerbsunfähigkeit und einen nicht rentenrelevanten Invaliditätsgrad von 21% geschlossen (IVSTA-act. 96 S. 2).  
6. Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 28. November 2014 zu bestätigen. Aus arbeitsmedizinischer Sicht war der Beschwerdeführer seit 1. Dezember 2004 bis zur angefochtenen Verfügung in schweren Tätigkeiten mit einer Gewichtsbelastung von über 5 Kilo und Überkopfarbeiten funktionell beeinträchtigt und daher zu 100% arbeitsunfähig. In einer leidensadaptierten Tätigkeit war er seit 1. Dezember 2004 funktionell beeinträchtigt und zu 20% arbeitsunfähig beziehungsweise zu 80% arbeitsfähig. Nach der polydisziplinären Abklärung bestanden keine relevanten Beeinträchtigungen im bisherigen Aufgabenbereich (Haushalt). Der Betätigungsvergleich hat einen Invaliditätsgrad von 21% ergeben. Da keine rentenbegründende Invalidität von mindestens 50% (vgl. E. 3.3) bis zum 31. März 2010 (vgl. E. 2.2) vorgelegen hat, die einen frühestmöglichen Rentenanspruch ab 8. Januar 2007 begründen würde (vgl. Urteil BVGer C-4371/2009 E. 3.2. m.w.H.), hat die Vorinstanz mit angefochtener Verfügung vom 28. November 2014 zu Recht das Rentenbegehren abgewiesen. Die Beschwerde ist damit vollumfänglich abzuweisen.  
7. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.  
7.1 Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 1, Art. 2 und Art. 3 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der Beschwerdeführer hat jedoch mit Rechtsmitteleingabe vom 24. Dezember 2014 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ersucht. Am 5. Mai 2015 hat der zuständige Instruktionsrichter das Gesuch gestützt auf Art. 65 Abs. 1 VwVG gutgeheissen, zumal der Beschwerdeführer den Nachweis der Mittellosigkeit erbracht hat und das Begehren nach summarischer Prüfung nicht aussichtslos erschien (vgl. C-act. 5, 5/2-5/14). Demzufolge werden keine Verfahrenskosten erhoben.  
7.2 Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer ist bei diesem Ausgang des Verfahrens keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die IVSTA hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7

Abs. 3 VGKE). (Dispositiv auf der nachfolgenden Seite)

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