

# **BVGer C-288/2015 vom 8. August 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-08-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-288\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-288_2015)

FR: TAF C-288/2015 du 8 août 2017

IT: TAF C-288/2015 del 8 agosto 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [Verwaltungsverfahrensgesetz; VwVG; SR 172.021]; BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

### **E. 1.3**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a-26bis und 28-70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.4**

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG; act. 71). Als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2014 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Da

auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

## **E. 2**

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren dem Grundsatz nach anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

### **E. 2.1**

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) und die Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung dieses Sozialversicherungsabkommens vom 5. Juli 1963 (nachfolgend: Verwaltungsvereinbarung; SR 0.831.109. 818.12) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 203 E. 2b, 122 V 382 E. 1). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien und Mazedonien), nicht aber mit Bosnien-Herzegowina neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als Bürger von Bosnien-Herzegowina findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 (im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) sowie die Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.3**

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen).

### **E. 2.4**

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des

Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

### **E. 2.5**

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweismässigkeit; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

### **E. 2.6**

Anfechtungsgegenstand und damit Grenze der Überprüfungsbefugnis im Beschwerdeverfahren werden grundsätzlich durch die Verfügung im Verwaltungsverfahren bestimmt (BGE 133 II 30; BGE 122 V 36 E. 2a). Vorliegend bildet die Verwaltungsverfügung vom 8. Dezember 2014 (act. 1, Beilage 1) das Anfechtungsobjekt.

### **E. 2.7**

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen. Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 8. Dezember 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung der Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (8. Dezember 2014) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

### **E. 3**

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 8. Dezember 2014 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

#### **E. 3.1**

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 resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: 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; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 8 Rz. 7). 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. 3.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG). Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind.

### **E. 3.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

#### **E. 3.4.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

#### **E. 3.4.2**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHJ 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des BGer 9C\_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

### **E. 3.4.3**

Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung.

Versicherungsinterne Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C\_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

### **E. 4**

Vorab ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer während 41 Monaten Beiträge an die AHV/IV geleistet und somit die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren erfüllt hat (vgl. Sachverhalt Ziff. A; IV-act. 83). Zu überprüfen bleibt die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt richtig und vollständig abgeklärt und zu Recht das Rentengesuch des

Beschwerdeführers abgewiesen hat.

#### **E. 4.1**

Die Vorinstanz stützte sich beim Erlass der Rentenverfügung vom 8. Dezember 2014 auf das interdisziplinäre Gutachten des ABI vom 18. März 2014 (IV-act. 80), welches im Rahmen der Neuabklärungen durch die IVSTA unter Beizug aller medizinischer Unterlagen und den ausführlichen Untersuchungen von den Ärzten erstellt und in welchem Folgendes festgehalten wurde:

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

In seiner allgemeininternistischen Beurteilung (IV-act. 80, S. 5 - 6) stellte Dr. med. A.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, anlässlich der am 18. November 2013 erfolgten Untersuchung folgende Diagnosen: 1. Metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.7) -unter medikamentöser Behandlung und Insulin gut eingestellt - Adipositas (BMI 30 kg/m<sup>2</sup>) (ICD-10 E66.0) - Dyslipidämie (ICD-10 E78.0) 2. Status nach Nikotinabusus (zirka 60 py) (ICD-10 Z86.4). Zusammengefasst wurde festgehalten, die klinischen und Laborbefunde seien weitgehend unauffällig. Klinisch und anamnestisch ergäben sich Hinweise für eine peripher arterielle Verschlusskrankheit (nachfolgend auch: pAVK). Diese sei aber kompensiert. Eine wesentliche Beeinträchtigung ergebe sich daraus nicht. Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Körperlich schwere Tätigkeiten seien dem Exploranden nicht mehr zumutbar. Zum Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit wurde angegeben, dass sich keine Hinweise für eine frühere, höhergradige, länger andauernde Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines internistischen Leidens ergäben.

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

Im Teilgutachten auf dem Fachgebiet der Psychiatrie (IV-act. 80, S. 6 - 11) stellte Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich der am 19. November 2013 erfolgten Untersuchung keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine leichte depressive Episode mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10, F32.0, F43.1) auf. In der psychiatrischen Beurteilung führte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ aus, beim Exploranden bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode mit leichten depressiven Verstimmungen, Reizbarkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, leichter Antriebsstörung, Schlafstörungen mit posttraumatischen Alpträumen und negativen Zukunftsperspektiven bezüglich seiner gesundheitlichen und beruflichen Situation. Die Symptomatik habe sich infolge eines Aufenthalts in einem Kriegsgefangenenlager in Bosnien 1992 während drei Monaten, wo er misshandelt worden sei, entwickelt. Der Explorand fühle sich vor allem wegen Schmerzen in den Beinen nicht mehr arbeitsfähig. Es bestehe ein Diabetes mellitus Typ 2 mit Folgeschäden. Insofern sich die Symptomatik aus somatischer Sicht nicht erklären lasse, müsse von einer Somatisierung im Rahmen der affektiven Störung ausgegangen werden. Eine deutliche Symptomausweitung mit diffusen Schmerzen im ganzen Bewegungsapparat bestehe sonst nicht. Die Diagnose einer Schmerzstörung könne nicht gestellt werden. Es bestehe der Wunsch nach einer IV-Rente, jedoch liege kein deutliches Aufmerksamkeits suchendes Verhalten und eine Entwertung bisheriger Behandlungen vor, sodass die Diagnose einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose) nicht gestellt werden könne. Weiter beständen psychosoziale Faktoren mit

einer finanziell nicht einfachen Situation. Die Prognose sei aber auch aufgrund der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig. Es möge ein gewisser sozialer Rückzug bestehen, innerhalb der Familie habe der Versicherte jedoch sehr gute Kontakte. Ein sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens bestehe nicht. Ebenso sei ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Konflikt bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung nicht erwiesen. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Exploranden zugemutet werden, trotz seiner Beschwerden einer körperlich angepassten Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung nachzugehen; es bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zu den früheren psychiatrischen Einschätzungen wurde festgehalten, dass in den Akten eine depressive Symptomatik und eine posttraumatische Belastungsstörung dokumentiert worden seien. Aufgrund der Untersuchung sei die posttraumatische Symptomatik nicht deutlich schwer ausgeprägt. Auch die depressive Symptomatik sei nicht schwer ausgeprägt und erfülle nach ICD-10 die Kriterien einer leichten depressiven Episode. So fehlten deutliche Konzentrationsstörungen, eine Appetitverminderung, aber auch deutlichere depressive Verstimmungen. Der Explorand fühle sich auch nicht eigentlich psychisch krank; er leide unter seinen Beinschmerzen, wegen derer er sich nicht mehr arbeitsfähig fühle.

#### **E. 4.1.3**

Im anlässlich der Untersuchung vom 19. November 2013 erstellten orthopädischen Teilgutachten (IV-act. 80, S. 11 - 15) wurden von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, folgende Diagnosen gestellt: a) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - radiologisch mässige Osteochondrose LWK5/SWK1 (Röntgen 19.11.2013) - klinisch keine höhergradige funktionelle Einschränkungen an der Lendenwirbelsäule 2. Chronische Beschwerden an der linken Schulter (ICD-10 M79.61/T91.8) - anamnestisch Status nach Kriegsverletzung im Bereich der Scapula 1992 - radiologisch regelrechter Befund (Röntgen 19.11.2013) - klinisch unauffälliger Befund 3. Anamnestisch Status nach Klavikulafraktur rechts (ICD-10 T92.1) b) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Status nach Amputation der 4. Zehe links am 04.04.2009 bei Gangrän (ICD-10 Z98.8). Zusammengefasst wurden auf orthopädischer Ebene folgende Befunde festgehalten: der ebene Gang sei mitsamt den geprüften Varianten weitgehend unauffällig. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich die Beweglichkeit thorakolumbal mässig vermindert und zervikal frei. Auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine weitgehend freie Beweglichkeit, wobei auch an den Schultern keine relevanten Einschränkungen etwa im Sinne eines Impingements oder einer Binnenläsion objektiviert werden könnten. Die ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen gestalte sich etwas schleppend, könne insgesamt aber problemlos durchgeführt werden, wobei zu keinem Zeitpunkt ein höhergradiger Leidensdruck sichtbar sei. Auffallend seien diffuse Druckdolenz an rechtem Oberschenkel sowie Kniegelenken samt erheblicher Gegenspannung bei Prüfung in Rückenlage, während die Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen unter dezidierter Verneinung von Schmerzen problemlos möglich sei. Die Tatsache, dass der Explorand im Langsitz den Oberkörper trotz seines Übergewichts spontan, zügig und kraftvoll hochstemme, um auf der Unterlage rückwärts zu rutschen, sei mit einer höhergradigen Läsion an den oberen Extremitäten kaum vereinbar. Auf radiologischer Ebene beständen mässige degenerative Veränderungen auf Höhe des lumbosakralen Übergangs und regelrechte Verhältnisse an der linken

Schulter. Zusammenfassend könnten sich die vom Exploranden beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen lassen. Nachvollziehbar seien sie teilweise im Bereich der lumbosakralen Wirbelsäule, kaum aber an den Schultern. Insgesamt sei eine gewisse nicht-organische Beschwerdekomponekte anzunehmen. Für die Tätigkeit als Maurer ebenso wie für andere körperlich andauernd schwere Tätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte und mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung liege dagegen aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 25 kg sowie der repetitive Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus sollten dabei vermieden werden. Bei einer derart angepassten Tätigkeit im Vergleich zum jetzigen Alltagsleben auf dem Bauernhof sollte es kaum zu einer wesentlichen Schmerzprovokation kommen, sodass diese auch zumutbar sei. Die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anhand vorliegender Akten und anamnestischer Angaben sei nicht klar möglich, doch könne für körperlich andauernd schwere Tätigkeiten einschliesslich jener im angestammten Bereich von einer bleibenden und vollständigen Arbeitsunfähigkeit spätestens ab dem 9. Juni 2008 ausgegangen werden.

#### **E. 4.1.4**

Im neurologischen Teilgutachten (IV-act. 80, S. 16 - 18) nannte Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, anlässlich der am 20. November 2013 erfolgten Untersuchung die Diagnosen chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.2) und diabetische Polyneuropathie (ICD-10 G63) und führte zusammengefasst aus, der Versicherte beschreibe im Vordergrund stehende Bein- und Rückenschmerzen. Radikuläre Schmerzausstrahlungen würden nicht beschrieben. Die Beschreibung der Beschwerden sei weder für ein radikuläres Syndrom noch für eine Claudicatio-Symptomatik typisch, auch ein neuropathischer Schmerz liege sehr wahrscheinlich nicht vor. Es bestehe vermutlich eine peripher arterielle Verschlusskrankheit, wobei die Beschwerden auch diesbezüglich ungewöhnlich seien. Bei der klinischen Untersuchung fänden sich keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- beziehungsweise sensomotorische Ausfallsymptomatik. Dahingegen zeige sich eine typische symmetrische distal betonte sensomotorische Polyneuropathie, welche wahrscheinlich durch den insulinpflichtigen Diabetes mellitus verursacht werde. Subjektiv berichte der Versicherte jedoch lediglich über eine Gangunsicherheit beim Begehen von unebenem Gelände. Eine typische Polyneuropathie-Symptomatik mit einer störenden sensiblen Symptomatik werde jedoch nicht beschrieben. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ dahingehend, dass der Versicherte die körperlich schwer belastende ursprüngliche Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr ausführen könne. In einer körperlich leicht bis kurzzeitig mittelschwer belastenden Tätigkeit, welche keinen hohen Anforderungen an die Gleichgewichtsfunktionen stelle, sei der Versicherte jedoch vollzeitig arbeitsfähig.

#### **E. 4.1.5**

In der Gesamtbeurteilung (IV-act. 80, S. 18 - 22) wurden in einem interdisziplinären Konsensus mit den unterzeichneten Untersuchern die Diagnosen aus den Teilgutachten zusammengefasst und wiedergegeben. Aus Sicht aller am Gutachten beteiligten Disziplinen wurde angegeben, der Versicherte sei für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Körperlich schwere Tätigkeiten, wie er sie früher auf dem Bau habe ausüben müssen, seien ihm nicht mehr

zumutbar. Zum Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit äusserten sich die Gutachter dahingehend, dass die gesundheitliche Problematik mit verminderter Belastbarkeit der Wirbelsäule und der Beine sich langsam entwickelt habe. Genaue Angaben seien schwierig zu machen. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule würden im Juni 2008 erstmals beschrieben. Für körperlich angepasste Tätigkeiten gebe es keine Anhaltspunkte für eine frühere, höhergradige, länger andauernde Arbeitsunfähigkeit. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen wurde ausgeführt, von Seiten des Bewegungsapparates würden von den Ärzten in Bosnien verschiedene degenerative Veränderungen beschrieben. Die Arbeitsfähigkeit werde pauschal, ohne Begründung durch somatische Befunde angegeben. Aus neurologischer und allgemeininternistischer Sicht lägen keine weiteren spezifischen Beurteilungen vor. Aus psychiatrischer Sicht werde in einem Bericht aus Bosnien eine depressive Symptomatik mit posttraumatischen Belastungsstörung angegeben. Dies könne bestätigt werden. Eine höhergradige depressive Episode sei nicht festgestellt worden.

#### **E. 4.1.6**

Nachdem das interdisziplinäre Gutachten des ABI dem RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, unterbreitet wurde, fasste dieser in seiner Stellungnahme vom 16. April 2014 (IV-act. 84) die im Gutachten des ABI erwähnten Diagnosen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zusammen und empfahl, drauf abzustellen. Er befand den Versicherten ab dem 9. Juni 2008 in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % und für Tätigkeiten im Haushalt zu 23.7 % arbeitsunfähig; für eine Verweistätigkeit wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % angegeben. Weitere medizinische Massnahmen erschienen nicht erforderlich.

#### **E. 4.2**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens liess der Beschwerdeführer weitere Berichte nachreichen:

##### **E. 4.2.1**

Im fachärztlichen, von Dr. F. \_\_\_\_\_ unterschriebenen Bericht vom 23. Dezember 2014 (act. 1, Beilage 4; deutsche Übersetzung: act. 24, S. 1) wurde ausgeführt, dass der Versicherte den Arzt wegen Entstehung von Wunden an den Zehen des linken Fusses innerhalb der letzten eineinhalb Monaten besucht habe. Objektiv seien ischämische Veränderungen des IV. Grades an den Zehen des linken Fusses feststellbar. Es wurden die Diagnosen Diabetes mellitus, Stenosis ACI l.sin. Ischemio pedis bill. Pp. L. sin. GR III/I gestellt und als Therapie die Überweisung zur digitalen Subtraktionsangiographie (DSA) der Aorta im Bereich der unteren Gliedmassen sowie eine präoperative Vorbereitung angegeben.

##### **E. 4.2.2**

Nach Würdigung des fachärztlichen Berichts (vgl. E. 4.2.1) führte der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 10. März 2015 (IV-act. 100) aus, dass Hinweise einer Ischämie im linken Fuss vorlägen. Ein erneuter chirurgischer Eingriff (Amputation) werde nicht ausgeschlossen. Es sei sehr wahrscheinlich, dass es sich um die bekannte vaskuläre, mit der Diabetes zusammenhängende Beeinträchtigung handle. Der medizinische Bericht ändere jedoch nichts an den Einschätzungen des RAD im Schlussbericht vom 16. April 2014. Allerdings liege aufgrund der Beeinträchtigung eine Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten ab dem 23. Dezember 2014 vor. Neben den bereits erwähnten Diagnosen wurde zudem als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine periphere arterielle

Verschchlusskrankheit im Rahmen des Diabetes (Ischämie der Füße) mit dem ICD-10 Code I73 genannt.

#### **E. 4.2.3**

Im Entlassungsbericht des Universitätsspitals, Klinisches Zentrum (...), (act. 3, deutsche Übersetzung: act. 5) vom 28. Januar 2015, unterzeichnet von Stationsarzt Dr. H. \_\_\_\_\_ und Dr. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein- und Gefässchirurgie, wurden folgende Diagnosen festgehalten: Atherosclerosis arteriarum extremitatum, Ischemio pedis bil. p.p. sin. grad III/IV, Stenosis a. iliacae communis et externa bil nonsignificans, Stenosis a. femoralis superfitalis I. dex. 50 %, Subocc a. femoralis superfitalis L. sin., Occlusio a. poplitae I. sin., Occlusio a.a. crurales bil., Diabetes mellitus Typ II, CMP chr. comp. Weiter wurde ausgeführt, der Zustand bei der Entlassung sei inadäquat gewesen. Der Patient sei wegen ischämischer Beschwerden der unteren linken Extremität in der Klinik aufgenommen und klinisch, labormässig und mit digitaler Subtraktionsangiographie (DAS) untersucht worden. Das Ärztekonsilium habe ein invasives radiologisches Verfahren auf der linken Oberschenkelarterie (arteria femoralis) indiziert.

#### **E. 4.2.4**

Im Entlassungsschein der Gesundheitseinrichtung JZU Spital "J. \_\_\_\_\_", Abteilung Chirurgischer Dienst, in (...) (act. 7, deutsche Übersetzung: act. 9), welcher anlässlich des Aufenthalts vom 7. Februar bis 25. Februar 2015 ausgestellt worden war, wurden die Diagnosen Gangrena pedis I.sin. R02.0 (Gangrän), Diabetes mellitus typ II E.10.5, Acinetobacter spp B96.8 (Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten) sowie Op.br. 246/17.02.2015, Op. Amputatio cruris I.sin. Drainagae gestellt. Es wurde aufgeführt, der Patient sei wegen Gangränen (Geschwür) am linken Fuss aufgenommen worden.

#### **E. 4.2.5**

Im Entlassungsbrief der Stationären Klinik der Abteilung IV des Instituts für physikalische Medizin und Rehabilitation (act. 19, deutsche Übersetzung: act. 21), welcher anlässlich der Behandlung vom 6. bis 30. Oktober 2015 ausgestellt und von den Ärzten Dr. med. L. \_\_\_\_\_ und Dr. V. \_\_\_\_\_, Fachärzte für physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie von Prim. Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physiatrie-Angiologie, unterzeichnet wurde, sind folgende Diagnosen genannt: St. post amputationem cruris sin. propter gangrenam pedis diabetica (Y83.5, Z89.5, Z99.8); Diabetes mellitus ab insulino dependes (E10.5); Polyneuropathia diabetica (63.2). Es wurde zusammengefasst ausgeführt, der Versicherte sei nur in der Lage zur Verrichtung der notwendigen täglichen Tätigkeiten. Er sei zur Rehabilitation und Primärprothetisierung nach der Amputation des linken Unterschenkels, welche im Allgemeinspital (...) am 17. Februar 2015 nach einer fortschreitenden diabetischen Gangrän durchgeführt worden sei, überwiesen worden. Zehn Tage zuvor sei die Amputation dreier Zehen am linken Fuss durchgeführt worden. Der postoperative Verlauf sei durch eine Wunddehiszenz und eine Infektion verkompliziert worden. Am 16. März 2015 sei eine Reamputation vorgenommen worden. Vor der Amputation (im Januar 2015) sei eine diagnostische Evaluation des Zustandes der Blutgefässe der unteren Extremitäten (angiografische DAS) durchgeführt und eine Stenose der Arteria femoralis superfitalis (AFS) rechts 50 %, eine Subocclusion der AFS links, eine Okklusion der Arteria poplitae (AP) links sowie eine beidseitige okklusive Veränderung an den Unterschenkelarterien festgestellt worden.

#### **E. 4.3.1**

Bei den Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV siehe Urteil des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 3.4.3 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

#### **E. 4.3.2**

Wie vorangehend ausgeführt, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht den Sachverhalt bis und mit Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2014 (siehe vorne E. 2.6). Nach diesem Zeitpunkt ergangene Arztberichte können deshalb - sofern sie keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor der angefochtenen Verfügung erlauben - im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Die unter E. 4.2.1 und E. 4.2.3 bis 4.2.5 aufgeführten medizinischen Unterlagen sind im Beschwerdeverfahren nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden. Jedoch zeigen diese Berichte den Krankheitsverlauf auf und wiederholen im Wesentlichen die bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung gestellten Diagnosen und Beschwerdebilder, weshalb sie in die Beurteilung des vorliegenden Sachverhaltes einzubeziehen sind.

#### **E. 4.3.3**

Der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ beurteilte in seinen Stellungnahmen vom 16. April 2014 (IV-act. 84) und vom 10. März 2015 (IV-act. 100) die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorhandenen Akten, insbesondere des interdisziplinären Gutachtens des ABI vom 18. März 2014 (IV-act. 80). Darin wurde im Konsens aller untersuchenden Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter festgestellt. Für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei der Versicherte jedoch zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Körperlich schwere Arbeiten seien ihm nicht mehr zumutbar. Es ist im Folgenden zu prüfen, ob auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes sowie auf das interdisziplinäre Gutachten des ABI abgestellt werden kann.

#### **E. 4.3.4.1**

Das ABI-Gutachten basiert auf einer umfassenden internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchung. Im Vordergrund der Beurteilung durch die Gutachter und des RAD standen folgende Diagnosen: Rückenschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten (Schulterregion) und Polyneuropathie. Als nicht die Arbeitsfähigkeit einschränkend wurden die psychischen Beschwerden und ein metabolisches Syndrom beurteilt.

#### **E. 4.3.4.2**

Dr. med. C. \_\_\_\_\_ stellte nach einer ausführlichen orthopädischen Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen zu den Beschwerden im Rückenbereich mässige degenerative Veränderungen auf Höhe des lumbosakralen Übergangs fest. Zu den beklagten Beschwerden im Schulterbereich führte er aus, dass diese kaum nachvollziehbar seien; diesbezüglich lägen keine Einschränkungen vor. Insbesondere habe der Explorand im Langsitz den Oberkörper trotz seines Übergewichts spontan, zügig und kraftvoll hochstemmen können, um auf der Unterlage rückwärts zu rutschen; dies sei mit einer höhergradigen Läsion an den oberen Extremitäten kaum vereinbar (IV-act. 80, S. 14). Die Situation auf der Ebene des Bewegungsapparats wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung als kompensiert erachtet. Der Versicherte beklagte sich anlässlich der orthopädischen Anamnese vordergründig über Beschwerden am dorsalen Ober- und Unterschenkel und gab einerseits an, seine Beschwerden hätten bis heute stetig zugenommen, sodass er fast nichts mehr tun könne (IV-act. 80, S. 11). Andererseits führte er aus, doch gewisse Arbeiten tätigen zu können. So bringe er beispielsweise Brennholz zum Ofen, verwende den Besen, füttere Schweine und Hühner und entferne im Gemüsegarten Unkraut (IV-act. 80, S. 12).

Dr. med. C. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass der Versicherte aufgrund lumbosakraler Beschwerden für körperlich andauernd schwere Tätigkeiten arbeitsunfähig sei. Eine angepasste Tätigkeit, wie der Versicherte sie in seinem Alltagsleben ausführe, sei hingegen zumutbar. Betreffend die orthopädische Symptomatik decken sich die Einschätzungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mit den Aussagen des Beschwerdeführers und den Untersuchungsergebnissen. Der Gutachter Dr. med. B. \_\_\_\_\_ setzte sich einlässlich mit den psychischen Beschwerden auseinander. Er führte zu den psychiatrischen Diagnosen (leichte depressive Episode mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung) unter anderem aus, zur Diagnose einer eigenständigen posttraumatischen Belastungsstörung fehle es an einer entsprechenden Symptomatik mit wiederholtem Erinnern traumatischer Erlebnisse und Phasen von deutlicher Erregtheit. Menschen mit einer schweren posttraumatischen Symptomatik zeigten in der Regel einen deutlichen emotionalen Rückzug mit Abstumpfung der Umgebung, könnten auch nicht gut über die traumatischen Erlebnisse reden und zeigten ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Dieses Verhalten konnte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ beim Versicherten nicht erkennen (IV-act. 80, S. 9). Jedoch stellte er fest, dass ebenfalls psychosoziale Faktoren mit einer finanziell nicht einfachen Situation vorlägen. Der Versicherte gab in Übereinstimmung mit den Feststellungen zu Dr. med. B. \_\_\_\_\_ anlässlich der Anamnese sowie der psychiatrischen Untersuchung an, mit seiner Ehefrau, dem Sohn, der Schwiegertochter und der Enkelin in einem Bauernhaus zu leben, einfachere Arbeiten auszuführen und von der Sozialhilfe ca. Fr. 30.- im Monat zu erhalten (IV-act. 80, S. 4, 8). Demnach hat der Versicherte - wie von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ festgestellt - Kontakte innerhalb der Familie und tätigt gewisse Arbeiten auf dem Bauernhof; dies verbunden mit einer schwierigen finanziellen Situation. Zur depressiven Symptomatik äusserte sich Dr. med. B. \_\_\_\_\_ dahingehend, dass deren Symptomatik nicht schwer ausgeprägt sei. Es fehlten beispielsweise deutliche Konzentrationsstörungen und eine Appetitverminderung. Der Explorand leide vor allem unter den Beinschmerzen und nicht aus psychischen Gründen. Im psychiatrischen Teilgutachten wurde in einer umfassenden, nachvollziehbaren Beurteilung zum Schluss gekommen, dass psychischen Diagnosen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten und zudem auch auf psychosozialen, invalidenrechtlich nicht relevanten Faktoren beruhten. Zur Diagnose des metabolischen Syndroms führte Dr. med. A. \_\_\_\_\_ nach einer allgemeininternistischen Untersuchung aus, dieses ergebe sich mit dem Diabetes mellitus

Typ 2, dem Übergewicht und einer vor allem das (Low Density Lipoprotein/schlechtes Cholesterin) LDL betreffenden Dyslipidämie. Der Diabetes sei mit Insulin und Tabletten gut eingestellt. Allenfalls sei ein Lipidsenker zusätzlich prognostisch hilfreich. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ befand den Versicherten aus internistischer Sicht für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit arbeitsfähig (IV-act. 80, S. 6). Bezüglich der Diagnosen Adipositas und Diabetes ist anzumerken, dass diese nach der schweizerischen Rechtsprechung grundsätzlich keine Invalidität zu begründen vermögen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_903/2014 vom 13. August 2015, E. 4.3 mit Hinweisen). Betreffend die Diagnosen der Rückenschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten (Schulterregion), psychischen Beschwerden und des metabolischen Syndroms erstellten die untersuchenden Ärzte in den Teilgutachten auf den Fachgebieten der Psychiatrie (S. 6 - 11), Orthopädie (S. 11 - 15) und Neurologie (S. 16 - 18) umfassende Diagnosen unter Verwendung der Diagnosecodes und begründeten ihre eigenen Einschätzungen und Schlussfolgerungen. Allerdings sind die Ausführungen im Gutachten recht kurz und die Begründung der Funktionseinschränkungen oberflächlich ausgefallen. Jedoch sind die Beurteilungen, wie bereits dargelegt, im Ergebnis zutreffend, sodass bezüglich dieser Diagnosen auf das Gutachten abgestützt werden kann.

#### **E. 4.3.4.3**

Der Beschwerdeführer beklagte sich vordergründig unter Schmerzen in den Beinen. Aus den Akten lässt sich die Krankheitsentwicklung in den Beinen nachvollziehen: Aus dem Arztbericht vom 9. Juni 2008 von Dr. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation, wurden Varizen am rechten Bein festgestellt. Dr. O. \_\_\_\_\_, Psychiater des Spitals (...), diagnostizierte erstmals am 20. Juni 2008 einen Diabetes Mellitus Typ II (IV-act. 11, S. 10, Übersetzung: 25, 28). Gemäss Austrittsbericht vom 10. April 2009 des Allgemeinen Krankenhauses Spital "J. \_\_\_\_\_", unterzeichnet von Dr. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, und Dr. Q. \_\_\_\_\_, medizinischer Leiter, wurde als Diagnose ein Gangrän an der 4. Zehe links und eine beginnende Phlegmone (eitrige, sich diffus ausbreitende Infektionserkrankung) am linken Fuss aufgrund von Diabetes gestellt. Die linke Zehe wurde amputiert; die postoperative Behandlung verlief problemlos (IV-act. 18, S. 1, Übersetzung: 29). Sodann führte Dr. R. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin und Ärztin beim RAD, in ihrem Abschlussbericht vom 26. Mai 2010 (IV-act. 31) aus, der Versicherte leide unter anderem an einer diabetischen Angiopathie, in deren Rahmen die Amputation der 4. linken Zehe erfolgt sei. Ab April 2013 war der Diabetes insulinabhängig; zudem wurde erstmals eine Claudicatio erwähnt. So wurden im Arztbericht von Dr. S. \_\_\_\_\_ vom 17. April 2013 (IV-act. 69, S. 7, Übersetzung: 76) unter anderem die Diagnosen Diabetes mellitus Typ 2, schlecht reguliert, Angiopathia extremitates ins utx und Claudicatio interm susp aufgeführt. Ab August 2013 wurden schliesslich eine Veneninsuffizienz und atheromatöse Beinarterien festgestellt: Im Entlassungsschreiben der Inneren Station (...) vom 14. August 2013 (IV-act. 69, S. 9, Übersetzung: 77) wurde ausgeführt, es sei am 8. August 2013 ein Ultraschall der Blutgefässe der Beine mit dem Ergebnis "atheromaöse Beinarterien mit hämodynamischer Stenose bis 50 %" durchgeführt worden; es wurde ebenfalls eine Angiopathie diagnostiziert. Ebenso wurde am 8. August 2013 vom Radiologen Dr. T. \_\_\_\_\_ im Haus der Gesundheit (...) eine Doppleruntersuchung der peripheren Blutgefässe der Beine durchgeführt und als Diagnose atheromatöse Beinarterien mit Stenose der Magistralarterien bis 50 % festgehalten (IV-act. 69, S. 3, Übersetzung: 73). Der Beschwerdeführer gab anlässlich der interdisziplinären Begutachtung zu den Schmerzen in den Beinen an, dass er nur etwa 200 m gehen könne, dann müsse er wieder absitzen. Er könne die Beine kaum bewegen. Vor einem Jahr hätten

die Schmerzen verstärkt eingesetzt. Er wisse nicht, woher diese kämen. Er habe dann aufgehört zu rauchen, die Schmerzen hätten aber stetig zugenommen (IV-act. 80, S. 4, 6, 8, 11). Die Probleme mit dem linken Fuss häuften sich im Dezember 2014. Im von Dr. F. \_\_\_\_\_ unterschriebenen Bericht vom 23. Dezember 2014 wurde unter anderem festgehalten, an den Zehen des linken Fusses seien innerhalb der letzten eineinhalb Monate neue Wunden entstanden. Objektiv lägen ischämische Veränderungen des IV. Grades vor (act. 1, Beilage 1; deutsche Übersetzung: act. 24, S. 1; vgl. E. 4.2.1). Aus den anlässlich des Beschwerdeverfahrens eingereichten Unterlagen geht hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers Ende 2014/Anfang 2015 verschlechtert hat. So ist im Entlassungsbericht des Universitätsspitals vom 28. Januar 2015 (act. 3, 5) festgehalten, dass eine Ischämie der Füße im Stadium III/IV vorliege. Der Versicherte sei wegen ischämischer Beschwerden der unteren linken Extremitäten in die Klinik aufgenommen worden. Der Zustand bei der Entlassung sei inadäquat gewesen. Am 7. Februar 2015 erfolgte die Amputation dreier Zehen des linken Fusses. Lediglich zehn Tage später, am 17. Februar 2015, wurde aufgrund der fortschreitenden diabetischen Gangrän der linke Unterschenkel amputiert (act. 7, 9, 19, 21). Im Entlassungsbericht der Stationären Klinik der Abteilung IV des Instituts für physikalische Medizin und Rehabilitation vom 30. Oktober 2015 (act. 19, 21) wurde sodann zusammenfassend ausgeführt, dass der Versicherte nur noch in der Lage zur Verrichtung der notwendigen täglichen Tätigkeiten sei.

#### **E. 4.3.4.4**

Die Beschwerden in den Beinen konnten von den Gutachtern nicht eindeutig den Diagnosen pAVK, Claudicatio oder Polyneuropathie zugeordnet werden. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ führte nach einer allgemeininternistischen und einer Laboruntersuchung aus, dass der Versicherte unter einem Diabetes mellitus leide. Es ergäben sich klinisch und anamnestisch Hinweise für eine periphere arterielle Verschlusskrankheit; er erachtete diese aber als kompensiert (IV-act. 80, S. 6). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nahm eine ausführliche neurologische Begutachtung vor, anlässlich welcher er Kopf/Hals/Hirnnerven, die Extremitäten und Motorik, die Reflexe, Sensibilität und das Stehen resp. den Gang des Versicherten untersuchte. Er führte zusammengefasst aus, es bestehe ein unauffälliges Gangbild mit symmetrischer Mitbewegung der Arme. Der Strichgang sei unsicher, der Fussspitzengang beidseits normal und der Fersengang links etwas schwächer als rechts. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ kam ebenfalls zum Schluss, dass vermutlich eine pAVK bestehe, beurteilte jedoch die Beschwerden als ungewöhnlich, für ein radikuläres Syndrom oder eine Claudicatio-Symptomatik seien die Beschwerden untypisch. Bei der klinischen Untersuchung fand der Neurologe Dr. med. D. \_\_\_\_\_ keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- beziehungsweise sensomotorische Ausfallsymptomatik, hingegen hielt er eine wahrscheinlich durch den insulinpflichtigen Diabetes mellitus verursachte sensomotorische Polyneuropathie für möglich (IV-act. 80, S. 16 f.). Dr. med. C. \_\_\_\_\_ stellte anlässlich der orthopädischen Untersuchung einen weitgehenden unauffälligen ebenen Gang fest (IV-act. 80, S. 11).

#### **E. 4.3.4.5**

Bezüglich der vaskulär bedingten Beinschmerzen ist festzuhalten, dass die Abgrenzung zwischen einer pAVK, welche im Stadium II eine Claudicatio intermittens darstellt, einer Polyneuropathie und einer diabetesbedingten Minderdurchblutung schwierig ist. Ursächlich für diese Diagnosen ist hauptsächlich der Diabetes mellitus. Durch erhöhte Blutzuckerwerte können die Nerven geschädigt werden; daraus kann sich eine diabetische Neuropathie

entwickeln. Ebenfalls durch Diabetes mellitus wird eine Polyneuropathie ausgelöst, deren Begleiterscheinung eine Gangstörung darstellt [http://www.netdokter.ch/krankheit/diabetische-polyneuropathie-7438?utm\\_source=netdokter&utm\\_term=polyneuropathe&utm\\_campaign=headersearchautocomplete](http://www.netdokter.ch/krankheit/diabetische-polyneuropathie-7438?utm_source=netdokter&utm_term=polyneuropathe&utm_campaign=headersearchautocomplete), aufgerufen am 13. Juli 2017). Die pAVK ist eine chronische, fortschreitende Erkrankung und stellt eine Verengung der Beinarterien dar, welche zu Durchblutungsstörungen in den Beinen führt (<http://www.netdokter.ch/krankheit/pavk-7827>, aufgerufen am 13. Juli 2017). Die diabetesbedingte Minderdurchblutung, welche vor allem die Extremitäten betrifft, steht somit im Zusammenhang mit der Minderdurchblutung der zuführenden Beinarterien, wie sie im Diagnosebild der pAVK vorkommt. Demnach sind die Krankheitsbilder der pAVK, Claudicatio und Polyneuropathie fliessend. Betreffend den Krankheitsverlauf in den Beinen (vgl. E. 4.3.4.3) ergibt sich aus den Akten, dass beim Beschwerdeführer 2008 die erste Symptomatik in Form von Varizen aufgetreten ist. In der Folge wurden im Juni 2008 erstmals ein Diabetes Mellitus Typ II diagnostiziert. Im April 2009 wurde ein Gangrän an der 4. Zehe links operiert, wobei die postoperative Behandlung problemlos verlief. Im Mai 2010 wurde schliesslich eine Angiopathie der Beine diagnostiziert. Den Akten ist zu entnehmen, dass im November 2013 (nach wie vor) eine Zehe amputiert war. Es konnte zu diesem Zeitpunkt noch nicht auf weitergehende Probleme geschlossen werden, die eine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit begründen würden. Zwar wurden bereits im August 2013 eine Veneninsuffizienz und atheromatöse Beinarterien festgestellt; diese sprachen jedoch offenbar nicht gegen eine abwechselnd sitzend / stehend / gehend ausgeführte Tätigkeit. Eine massive Verschlechterung des Gesundheitszustandes trat Ende Dezember 2014 ein. Der Beschwerdeführer selbst hatte anlässlich der Begutachtung im November 2013 angegeben, täglich mit dem Hund spazieren zu gehen und einfachere Tätigkeiten auf dem Bauernhof auszuführen. Zudem berichtete er anlässlich der neurologischen Begutachtung lediglich über eine Gangunsicherheit beim Begehen von unebenem Gelände (IV-act. 80, S. 17). Seine privaten Tätigkeiten zum Zeitpunkt der Begutachtung sprechen für eine uneingeschränkt ausübbarer wechselbelastende Tätigkeit. Die Gutachter befanden den Versicherten für eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Im Ergebnis ist diese Beurteilung zutreffend. Im Übrigen haben sich die untersuchenden Ärzte mit den gesamten Vorakten beschäftigt, erstellten Diagnosen unter Verwendung der Diagnosecodes und verfügen über die entsprechenden Facharztstitel. Insgesamt entspricht das Gutachten damit den Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb darauf abgestellt werden kann (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3).

#### **E. 4.3.4.6**

Der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ beurteilte in seinen Stellungnahmen vom 16. April 2014 (IV-act. 84) die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insbesondere gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten des ABI vom 18. März 2014 (IV-act. 80) und befand den Versicherten in der angestammten Tätigkeit für 100 % arbeitsunfähig, hingegen für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Die Beurteilungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ stehen im Einklang zu den Akten, wonach eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes per Ende Dezember 2014 und Januar 2015 mit der Amputation des Fusses erfolgte. Nach Einsichtnahme in den Bericht vom 23. Dezember 2014 von Dr. F.\_\_\_\_\_ befand Dr. med. E.\_\_\_\_\_ den Versicherten ab diesem Zeitpunkt für vollständig arbeitsunfähig (vgl. Stellungnahme vom 10. März 2015, IV-act. 100). Er führte aus, dass eine Ischämie der Füsse vorliege, welche

sehr wahrscheinlich mit der bekannten vaskulären Beeinträchtigung zusammenhänge. Vorliegend lässt sich nicht klar feststellen, ab wann die Probleme im linken Fuss eine deutliche, die Arbeitsfähigkeit entscheidend beeinflussende Verschlechterung erfahren haben, für welche am 23. Dezember 2014 eine operative Behandlung erforderlich wurde. Abzustellen ist deshalb auf das Datum des Arztberichts von Dr. F. \_\_\_\_\_ und die Feststellungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_.

#### **E. 4.3.5**

Damit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (8. Dezember 2014) die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau 100 % und in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit 0 % betragen hat.

#### **E. 5**

Damit bleibt, die erwerblichen Auswirkungen dieser medizinischen Beurteilung zu überprüfen.

##### **E. 5.1.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs, das heisst mittels eines Vergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitlich gleicher Grundlage zu bestimmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2 m.w.H.; 129 V 222 E. 4).

##### **E. 5.1.2**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f. mit Hinweis; Urteil des BGer 8C\_530/2013 vom 24. Januar 2014 E. 5.1.2).

##### **E. 5.1.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung grundsätzlich die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (nachfolgend: BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (vgl. das Urteil des EVG U 75/03 vom 12. Oktober 2006 mit weiteren Hinweisen).

##### **E. 5.2.1**

Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung gestützt auf den Einkommensvergleich vom 27. Mai 2014 (IV-act. 86) auf einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von

gerundet 35 % geschlossen. Der Beschwerdeführer hat diesen Einkommensvergleich nicht bestritten.

### **E. 5.2.2**

In dem im Verfahren C-6055/2010 ergangenen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 4. März 2013 (IV-act. 46) wurde die Vorinstanz im Rahmen der Rückweisung angehalten, hinsichtlich der Statusfrage Abklärungen zu treffen. Für die Bestimmung des Valideneinkommens hat die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren auf die Tätigkeit als Baustellenarbeiter abgestellt. Diesbezüglich ist der Einkommensvergleich nicht zu bemängeln, da der Beschwerdeführer bis 1990 sein Einkommen als Baustellenarbeiter verdiente und dies sein angestammter Beruf war. Auf eine selbständige Tätigkeit als Landwirt kann nicht geschlossen werden, da der Beschwerdeführer den Gemüseanbau und die Tierhaltung ausschliesslich zum Zweck der Eigenversorgung und ohne ein Einkommen zu erzielen, betreibt. Im Einkommensvergleich hat die Vorinstanz ein Valideneinkommen von Fr. 5'636.80 berücksichtigt (Tabellenlöhne 2010, Anforderungsniveau 4, in der Branche "sonstiges Ausbaugewerbe", branchenübliche Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden). Gemäss den Tabellenlöhnen 2010 beträgt das Valideneinkommen im Anforderungsniveau 4 der Branche "sonstiges Ausbaugewerbe" für die branchenübliche Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden lediglich Fr. 5'295.68 (Position 43: Fr. 5'092 / 40 \* 41.6). Das von der Vorinstanz ermittelte Valideneinkommen von Fr. 5'636.80 bezieht sich auf die Branche "Hochbau", welche ebenfalls der Kategorie "Baugewerbe" zugeordnet ist. Der Beschwerdeführer war bis Dezember 1990 bei der U.\_\_\_\_\_ in (...), welche ein Bauunternehmen für Hoch- und Tiefbau betrieben hat, tätig (vgl. <http://sg.powernet.ch/web/services/inet/HRG/HRG.asmx/getHRGHTML?chnr=32090397491&amt=320&toBeModified=0&validOnly=0&lang=1&sort=0>, aufgerufen am 13. Juli 2017). Es ist nichts dagegen einzuwenden, wenn die Vorinstanz das Valideneinkommen für die Branche "Hochbau" berücksichtigt hat. Als Invalideneinkommen hat sie einen Betrag von Fr. 3'674.16 ermittelt. Dabei handelt es sich um den Mittelwert aus den Bereichen wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen, Detailhandel und sonstige persönliche Dienstleistungen, betragend Fr. 4'592.70. Unter Berücksichtigung der persönlichen und beruflichen Umstände, insbesondere der Funktionseinschränkungen verbunden mit dem Gesundheitsschaden, des Alters des Versicherten (55 Jahre) und des Mangels an einer abgeschlossenen Ausbildung erachtete sie einen zusätzlichen Leidensabzug von 20 % als angemessen. Für das Bundesverwaltungsgericht besteht vorliegend keine Veranlassung, in das Ermessen der Vorinstanz bei der Vornahme eines Leidensabzugs (BGE 126 V 75 E. 6; BGE 137 V 71) einzugreifen. Zwar scheint das Alter von 55 Jahren, in Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, keinen spezifischen Leidensabzug zu rechtfertigen (vgl. BGE 138 V 457 E. 3; Urteile des BGer 8C\_345/2013 vom 10. September 2013 E. 4.2 f. und 8C\_657/2010 vom 19. November 2010 E. 5.2.3), jedoch kann ein Abzug von 20 % in Berücksichtigung der weiteren Gründe als rechtens erachtet werden. Der Einkommensvergleich ergibt damit einen Erwerbsverlust und damit Invaliditätsgrad von 34.82 % (Fr. 5'636.80 - Fr. 3'674.16) x 100 : 5'636.80). Gerundet (vgl. BGE 127 V 129 E. 4) ergibt dies einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 35 %.

### **E. 6**

Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang geltend, die Vorinstanz habe als Anmeldedatum den 20. Juni 2008 angenommen. Er habe jedoch sein Leistungsgesuch per eingeschriebenen Brief am 11. April 2008 der Vorinstanz zugestellt, weshalb dieses Datum

als Anmeldedatum anerkannt werden müsse (act. 1, 14). Da beim Beschwerdeführer kein rentenberechtigter Invaliditätsgrad vorliegt und er folglich keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat, ist auf die Frage des Anmeldezeitpunkts nicht weiter einzugehen.

#### **E. 7**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ergibt sich zusammenfassend, dass die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt genügend abgeklärt und das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 35 % zu Recht abgewiesen hat. Die angefochtene Verfügung vom 8. Dezember 2014 erweist sich somit als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 14. Januar 2015 abzuweisen ist. Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach dem 8. Dezember 2014 (vgl. E. 4.3.4.3) ist bei der Vorinstanz im Rahmen einer Neuanschuldung geltend zu machen (Art. 87 Abs. 3 IVV).

#### **E. 8**

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

##### **E. 8.1**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 400.- festzusetzen. Sie werden aus dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

##### **E. 8.2**

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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