

BVGer C-2988/2013 vom 23. Mai 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2988_2013

FR: TAF C-2988/2013 du 23 mai 2016

IT: TAF C-2988/2013 del 23 maggio 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das vorliegende Verfahren richtet sich subsidiär nach dem VwVG, soweit nicht das VGG etwas anderes bestimmt oder Bestimmungen des IVG (SR 831.20) bzw. des ATSG (SR 830.1) anwendbar sind (vgl. Art. 37 VGG; Art. 3 Bst. dbis VwVG; Art. 2 ATSG; 1 Abs. 1 IVG). Dabei finden grundsätzlich die im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung geltenden Verfahrensvorschriften Anwendung (vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2).

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 IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist als Verfügungsadressat zur Ergreifung eines Rechtsmittels berechtigt (Art. 59 ATSG; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde (Art. 60 ATSG; Art. 52 VwVG), ist darauf einzutreten.

E. 2.1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht können die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, 127 II 264 E. 1b). Der Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen verpflichtet das Bundesverwaltungsgericht jedoch nicht, die angefochtene Verfügung unter

schlichtweg allen denkbaren rechtlichen Aspekten zu prüfen. Es darf sich bei seiner Prüfung auf Punkte beschränken, die von den Parteien gerügt werden oder deren Überprüfung die Aktenlage nahe legt (vgl. Urteil des BVGer C-2646/2013 vom 27. Mai 2015 E. 3.2 m.H.; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Art. 61 N. 45).

E. 2.3

Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch 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 (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren 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 blosser 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, m.H.).

E. 2.5

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung 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 Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

E. 3

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen Schweiz-Jugoslawien, SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b, 122 V 381 E. 1 m.H.). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit einer Reihe von Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit den Republiken Serbien bzw. (nach deren Unabhängigkeitserklärung) Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als serbischen Staatsangehörigen mit Wohnsitz in Serbien findet weiterhin das Sozialversicherungsabkommen Schweiz-Jugoslawien Anwendung (vgl. Urteil des BVGer C-5367/2013 vom 20. Juli 2015 E. 3.1). Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Da vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich

der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere dem ATSG, dem IVG und den dazugehörigen Verordnungen.

E. 4.1

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, 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). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

E. 4.2

Im vorliegenden Verfahren finden Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 14. Mai 2013 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG in der Fassung der Bundesgesetze vom 21. März 2003, in Kraft seit 1. Januar 2004 [4. IV-Revision, AS 2003 3837], vom 6. Oktober 2006, in Kraft seit 1. Januar 2008 [5. IV-Revision; AS 2007 5129] sowie vom 18. März 2011, in Kraft seit 1. Januar 2012 [IV-Revision 6a; AS 2011 5659] mit den entsprechenden Fassungen der IVV [SR 831.201, AS 1992 1251, 2003 3859, 2007 5155, 2011 5679]).

E. 4.3

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Mai 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen grundsätzlich Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 9C_803/2009 vom 25. März 2010 E. 5).

E. 5

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität - so Art. 36 Abs. 1 IVG - während mindestens drei vollen Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet hat (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage 2014, Art. 36 N 3). Letztgenannte Voraussetzung ist im Falle des Beschwerdeführers zweifelsohne erfüllt.

E. 6.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG); sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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).

E. 6.2

Invalidisierenden Charakter können auch psychische und psychosomatische Leiden haben. Dies allerdings nur dann, wenn sie aus objektiver Sicht als unüberwindbar scheinen. In einem Leitentscheid aus dem Jahr 2004 hatte das Bundesgericht festgehalten, dass neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken vermögen (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.1). Gemäss diesem Urteil und nachfolgenden Entscheiden galt aber grundsätzlich die (widerlegbare) Vermutung, dass somatoforme und vergleichbare psychosomatische Leiden mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar seien. Diese, die grundsätzliche Vermutung betreffende Praxis hat das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 aufgegeben. Es hat allerdings betont, dass nach wie vor eine invalidisierende Erwerbsunfähigkeit nur dann vorliegen kann, wenn sie aus objektiver Sicht als unüberwindbar scheint; hierfür trage die versicherte Person wie bisher die Beweislast (vgl. zitierter BGE 141 V 281 E. 3.7, Urteil des BVGer C 2261/2013 vom 25. September 2015 E. 7.2).

E. 6.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Bst. c). Der Rentenanspruch beginnt gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung (5. IV-Revision) frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG. Fällt der Versicherungsfall noch in die Geltung der 4. IV-Revision, kann bis zu zwölf Monate vor der Anmeldung rückwirkend eine Rente ausbezahlt werden (vgl. dazu Art. 48 Abs. 2 IVG in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung, AS 2002 3371, 3410).

E. 6.4

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Der Anspruch geht auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, und auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben, was nach der Rechtsprechung eine eigenständige Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine solche Ausnahme ist im hier anwendbaren Sozialversicherungsabkommen nicht vorgesehen.

E. 7

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist (sogenannte Statusfrage), was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der

Invaliditätsgradbemessung hat.

E. 7.1

Für die Beantwortung der Statusfrage ist die hypothetische Betrachtungsweise massgebend. Entscheidend ist, was die versicherte Person bei sonst unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung eingetreten wäre. Darüber ist auf der Grundlage der gesamten persönlichen, familiären, beruflichen und sozialen Situation der versicherten Person zu befinden. Ein starker Indizwert kommt dabei jener Tätigkeit zu, welche die versicherte Person vor Eintritt der invalidisierenden gesundheitlichen Situation tatsächlich ausübte, vor allem bei sonst im Wesentlichen unveränderten Verhältnissen bis zur Entstehung des Rentenanspruchs.

E. 7.2

Bei einer erwerbstätigen versicherten Person bestimmt sich der Grad der Invalidität nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Invalideneinkommen).

E. 7.3

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, insbesondere bei Hausfrauen und Hausmännern, gelangt die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs zur Anwendung (Art. 28a Abs. 2 IVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird darauf abgestellt, in welchem Mass die versicherte Person unfähig ist, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Als Aufgabenbereich von 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).

E. 7.3.1

Um feststellen zu können, in welchem Umfang eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, bedarf es in der Regel einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1, sowie Urteile des BGer 9C_121/2011 E. 3.1.1, 8C_671/2007 vom 13. Juni 2008 E. 3.2.1). Diese Abklärungsberichte im Haushalt stellen grundsätzlich eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG], I 103/06 vom 6. November 2006 E. 4.1; vgl. für die Präzisierung der Rechtsprechung bezüglich psychischer Leiden Urteil des EVG I 311/03 vom 22. Dezember 2003 E. 5.3, ferner Urteile des BGer 8C_229/2012 vom 17. September 2012 E. 5, 9C_406/2011 vom 9. Juli 2012 E. 7). Eine Abklärung der gesundheitlichen Einschränkungen im Haushalt ist von einer qualifizierten Person zu verfassen und hat in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen zu erfolgen. Ebenso muss der Bericht plausibel und begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein (statt vieler: Urteil des EVG I 568/04 vom 16. Februar 2005 E. 4.2.1 mit Hinweisen, BGE 130 V 97).

E. 7.3.2

Auch wenn bei den im Ausland wohnenden Versicherten keine Haushaltabklärung im Sinne einer Abklärung an Ort und Stelle gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV durchgeführt werden kann, muss die Beurteilung einer Beeinträchtigung im Haushalt nach analogen Grundsätzen erfolgen (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-2724/2012 vom 10. Februar 2014 E. 7.1.2, C-4781/2008 vom 28. Juni 2010 E. 4.2, C-5131/2007 vom 16. März 2009 E. 4.2.5). Ob eine solche Abklärung im Einzelfall genügt, ist anhand der konkreten Verhältnisse zu entscheiden.

E. 7.4

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 entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode, Art. 28a Abs. 3 IVG).

E. 8.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 m.H.).

E. 8.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 8.3

Bezüglich 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. 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 das Urteil EVG I 268/2005 vom

26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 8.4

Nach der Rechtsprechung kann auf Stellungnahmen der RAD abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. E. 8.3). Die Stellungnahmen müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen. Die Ärzte und Ärztinnen des RAD müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind die Stellungnahmen der RAD im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (vgl. zum Ganzen Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 m. H. und 9C_1059/2009 vom 4. August 2010 E. 1.2).

E. 8.5

Es ist nicht zwingend erforderlich, dass der RAD die versicherte Person untersucht. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 8.6

Auf einen Aktenbericht eines RAD kann somit nur - aber immerhin - abgestellt werden, wenn die Akten zum Entscheidzeitpunkt ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (vgl. Urteile des BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1).

E. 9

Die Vorinstanz stützte die rentenablehnende Verfügung auf die RAD-Berichte Dr. med. B.____s, Allgemeine Medizin FMH. Nachfolgend werden daher die medizinische Aktenlage und die RAD-Berichte zusammengefasst und einer Würdigung unterzogen.

E. 9.1

Der vom serbischen Versicherungsträger überlassenen medizinischen Dokumentation lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 1995 noch in der Schweiz eine Verletzung des Kiefers, des linken Oberschenkels und zwei Rippenfrakturen erlitt. Im Jahr 2004, schon in Serbien, zog er sich bei einem Verkehrsunfall ein Schädel-Hirn-Trauma zu und klagte nachfolgend über multiple Beschwerden wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Nervosität, Aggressivität, Erschöpfungszustände, Mangel an Selbstvertrauen, soziale Isolation und Gedächtnisstörungen. Im Februar 2005 unterzog sich der Beschwerdeführer einer Cholezystektomie (Entlassungsbericht Gesundheitszentrum Krusevac/Chirurgie vom 01.03.2005, IV-act. 74/1) und im April 2006 wurde bei ihm eine beidseitige Läsion des Hörnervs mit Verlust der Hörkraft von 65% konstatiert (Bericht Dr.

med. C. _____, Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen, vom 04.04.2006, IV-act. 68/1). Vom 20. bis 27. September 2007 befand sich der Beschwerdeführer nach einer Bewusstseinskrise wegen Verdachts auf Epilepsie in Spitalpflege. Obwohl das Elektroenzephalogramm (EEG) einen unauffälligen Befund ohne epileptiforme Aktivitäten ergab, wurde der Beschwerdeführer einer antiepileptischen Behandlung unterzogen, die in der Folge ambulant weitergeführt wurde. Eine ebenfalls durchgeführte Computertomographie (CT) zeigte beim Beschwerdeführer periventrikuläre hypodense Läsionen der weissen Substanz. Die Diagnose lautete im Wesentlichen auf Epilepsie mit GTK-Krisen, Status nach Gehirnerschütterung und vereinzelt auf einen Status nach Hirnschlag (vgl. etwa den Entlassungsbericht des Gesundheitszentrums Krusevac/Neurologie vom 27.09.2007, IV-act. 73/1, Bericht Dr. med. D. _____, Fachärztin für Neuropsychiatrie, vom 24.12.2007, IV-act. 67/1, und Bericht Dr. med. E. _____ vom Gesundheitszentrum Aleksandrovac vom 14.01.2008, IV-act. 67/1). Daneben wurde beim Beschwerdeführer eine Intelligenzschwäche mit einem IQ von 55 bzw. 85 konstatiert. Die Intelligenzschwäche wie auch die beklagten psychischen Beschwerden wurden in Zusammenhang mit einer organischen Schädigung des Gehirns gebracht (vgl. etwa Bericht der Psychologin C. Cucutevic vom Gesundheitszentrum Krusevac/Psychiatrie vom 21.12.2007, IV-act. 91/1).

E. 9.2

Im Rahmen des Verfahrens vor dem serbischen Versicherungsträger, das schliesslich mit "vorläufigem Beschluss" vom 2. März 2010 zur Zusprechung einer IV-Rente ab dem 2. September 2009 führte (IV-act. 15, Rek-act. 15), wurden verschiedene Gutachten eingeholt:

E. 9.2.1

Aus Anlass eines ersten Verfahrens vor dem serbischen Versicherungsträger verfasste die Invalidenkommission zweiter Instanz am 14. August 2006 ihr Gutachten Nr. 891 (IV-act. 73/1). Laut Gutachten klage der Beschwerdeführer über polymorphe Probleme wie Schmerzen entlang der gesamten Wirbelsäule, Hörschwäche und Beinschmerzen. Es werden die folgenden Diagnosen genannt: "Syndroma cervicale et lumbale chr.", "st. post holecistectomiam", "st. post contusionem capitis", "contractura digiti v manus sin.", "laesio nervi coc[h]learis bill. (fs 65%)". In versicherungsmedizinischer Hinsicht schliesst sich das Gutachten einem nicht bei den Akten liegenden Vorgutachten der Invalidenkommission erster Instanz von 23. März 2006 an, wonach ein totaler Verlust der Arbeitsfähigkeit nicht vorliege. Im Gegensatz zur Invalidenkommission erster Instanz ging der Gutachter jedoch davon aus, dass beim Beschwerdeführer ab dem 4. April 2006, dem Datum der Untersuchung durch den HNO-Arzt, ein Körperschaden von 40% vorliege.

E. 9.2.2

Im Gutachten Nr. 3 vom 11. Februar 2009 befasste sich die Invalidenkommission erster Instanz im Rahmen eines zweiten IV-Verfahrens vor dem serbischen Versicherungsträger erneut mit dem Beschwerdeführer (IV-act. 79/1). Es wird berichtet, dass der Beschwerdeführer über Kopfschmerzen, Schmerzen der Wirbelsäule, Schmerzen und Kribbeln im linken Bein und Bewusstseinskrisen klage, die sich drei bis vier Mal monatlich in der Regel frühmorgens einstellten, und es werden die folgenden Diagnosen gestellt: "Epilepsio G40", "st. post comotionem cerebri aa IV", "hypertensio art.", "laesio n. cochlearis bill. (...) FS 65%", "sy lumbale et cervicale chr." Der Gutachter konnte keinen totalen Verlust der Arbeitsfähigkeit erkennen, führte jedoch aus, dass der Beschwerdeführer

bei der Ausübung seiner Arbeit Beschränkungen unterliege. Ferner konstatierte der Gutachter einen Körperschaden von 60% (die letztere Feststellung findet sich nicht in dem offenbar unvollständig bei den Akten liegenden Gutachten der Invalidenkommission erster Instanz vom 11. Februar 2009, sondern wird im Gutachten Nr. 533 der Invalidenkommission zweiter Instanz vom 14. September 2009 erwähnt).

E. 9.2.3

Gestützt auf eine Untersuchung vom 2. September 2009, die unter anderem auch eine psychologische Begutachtung umfasste, erstellte die Invalidenkommission zweiter Instanz am 2. September 2009 ebenfalls zuhanden des zweiten IV-Verfahrens das Gutachten Nr. 533 (IV-act. 21/1, 78/1). Der Gutachter schildert, dass der Beschwerdeführer über Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schmerzen der Wirbelsäule, zeitweise Gangunsicherheit, Schwindel, Verstimmung und Vergesslichkeit klage. Seine Diagnosen lauten wie folgt: "Epilepsio (EEG non verificata) ICD-10: G40", "syndroma psychoorganicum", "st. post comotionem cerebri aa IV", "hypertensio arterialis", "laesio n. cochlearis bil FS 65%", "syndroma lumbalae et et cervicalae chr.". Der Gutachter spricht von einem Zustand nach Kopfverletzung bei Verkehrsunfall im Jahr 2004 mit Entwicklung eines leicht- bis mittelgradigen chronischen psychoorganischen Syndroms im Sinne einer Pseudoneurasthenie (polymorphe somatopsychische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel, WS-Schmerzen, Nervosität, Gereiztheit, Verstimmung, sozialer Rückzug) und mit primärer Beschränkung des intellektuellen Potentials auf dem Niveau des unteren Durchschnitts (IQ 85). Seit zwei Jahren (d.h. seit dem Jahr 2007) bestünden ätiologisch nicht verifizierte Bewusstseinskrisen; das EEG zeige keine epileptiformen Aktivitäten. Trotzdem erhalte der Beschwerdeführer antiepileptische Medikation. Ausserdem sei hoher Blutdruck ohne organische Störungen und ein Zustand nach einer Gallensteinoperation festzustellen. Der Gutachter war sich mit der Invalidenkommission erster Instanz darin einig, dass am Tag der Erstuntersuchung durch die Ietztere am 11. Februar 2009 kein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Der Gutachter stellte jedoch am 2. September 2009, dem Tag der Untersuchung durch die Invalidenkommission zweiter Instanz, infolge einer seither eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustands einen vollen, durch Krankheit herbeigeführten Verlust der Arbeitsfähigkeit fest. Weiter stimmte der Gutachter der Invalidenkommission erster Instanz darin zu, dass beim Beschwerdeführer seit dem 27. September 2007, dem letzten Tag seines Spitalaufenthaltes, aufgrund Gehörschwäche und neurologischer Erkrankung ein kumulierter Körperschaden von 60% gegeben sei.

E. 9.2.4

Am 13. Juli 2011 erstellte die Invalidenkommission erster Instanz im Rahmen einer Nachkontrolle das Gutachten Nr. INS: 74714/1 (IV act. 44). Gemäss Ehefrau als Begleitperson, so der Gutachter, habe der Beschwerdeführer trotz Therapie häufige epileptische Anfälle. Ihrer Beschreibung nach handle es sich um Grand mal-Anfälle. Die Ehefrau rufe dann den Notarzt und der Beschwerdeführer bekomme eine Spritze. Medizinische Unterlagen besitze der Beschwerdeführer darüber keine. In letzter Zeit habe er einmal wöchentlich einen Anfall. Der Beschwerdeführer klage über Kopfschmerzen, Schmerzen entlang der Wirbelsäule und über Bewusstseinskrisen, an die er keine Erinnerungen habe. Der Gutachter bestätigt die Diagnosen des Gutachtens Nr. 533 der Invalidenkommission zweiter Instanz vom 2. September 2009 und hält fest, dass beim Beschwerdeführer am Tag der Untersuchung vom 13. Juli 2011 weiterhin ein voller und dauerhafter Verlust der Arbeitsfähigkeit infolge Krankheit bestanden habe. Die Invalidität

sei am 2. September 2009 eingetreten und der Invaliditätsgrad betrage 60%. Der Körperschaden betrage weiterhin 60%, wie schon in den Vorgutachten festgestellt worden sei. Er habe sich weder verschlechtert noch sei ein neuer Körperschaden hinzugetreten.

E. 9.3

Dr. med. B. _____ vom RAD, Facharzt für Allgemeine Medizin, dem die Vorinstanz die medizinischen Akten zur Beurteilung unterbreitete, gab die folgenden Stellungnahmen ab:

E. 9.3.1

Im Abschlussbericht vom 8. Januar 2013 äussert sich Dr. med. B. _____ ein erstes Mal zur Sache (IV-act. 100). Zur Anamnese führt der RAD-Arzt aus, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2005 ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten habe und seither an Kopfschmerzen und neuropsychologischen Störungen leide. Die serbische Invalidenkommission verwerfe in ihrem Gutachten von März 2006 eine Invalidität. Im Gutachten vom September 2006 stelle dieselbe Kommission ein cervikolumbales Syndrom fest, einen Status nach einer Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung), eine beidseitige Läsion des Hörnervs mit einem Verlust der Hörfähigkeit von 65%. Sie komme zum Schluss, dass keine totale Arbeitsunfähigkeit vorliege. Im September 2007 folge eine Hospitalisation des Beschwerdeführers wegen einer epileptischen Krise mit anschliessender Aufnahme einer Behandlung auf der Basis von Tegretol, dies trotz des Fehlens einer EEG-Anomalie anlässlich der Untersuchung vom 28. September 2007. Im Dezember 2007 sei ein IQ von 55 ermittelt worden. Eine neue Begutachtung durch die serbische Invalidenkommission anerkenne eine Körperschädigung von 50% aus neurologischen Gründen seit dem 27. September 2007 wegen kognitiver Störungen und Epilepsie nach Schlaganfall ("sur AVC" *accident vasculaire cérébral*), was zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeitsbereichen führe. Der RAD-Arzt stellt als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine "epilepsie et troubles cognitifs modérés sur AVC (G 40)" und als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein "syndrome cervico-lombaire" fest. Des Weiteren nennt er als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine "déficiência intellectuelle de degré moyen", einen "status après cholécystectomie", eine "HTA" (hypertension artérielle) sowie eine "lésion cochléaire bilatérale". Der RAD-Arzt erachtet den Beschwerdeführer seit dem 27. September 2007 in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit als zu 100% arbeitsunfähig. In seiner Fallbeurteilung führte er aus, die medizinische Dokumentation sei ausreichend. Ihr könne eine Beeinträchtigungen in Gestalt der im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelten mittelgradigen kognitiven Störungen und der Epilepsie nach Hirnschlag ("sur AVC") entnommen werden, die hinreichend schwerwiegend seien, um eine totale Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeitsbereichen zu begründen, wie es das Gutachten der serbischen Invalidenkommission vom September 2009 bestätige.

E. 9.3.2

Nach Erhalt des ersten RAD-Berichts vom 8. Januar 2013 stellte die Vorinstanz dem Beschwerdeführer am 31. Januar 2013 den Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten zu (IV-act. 103), den dieser am 12. März 2013 ausgefüllt und unterzeichnet retournierte (IV-act. 104, 105). Der Beschwerdeführer gab an, dass er zusammen mit zwei anderen Personen - wohl Ehefrau und erwachsene Tochter - in einem Bauernhaus lebe. Bis auf die Frage nach der Besorgung von Einkäufen verneinte er alle Fragen, die sich darauf bezogen, ob er trotz des Gesundheitsschadens bestimmte Aufgabenbereiche im Haushalt

wahrnehmen könne. Im Einzelnen sind die Bereiche der Haushaltsführung, der Ernährung, der Wohnungspflege, der Wäsche und Kleiderpflege und der Betreuung von Familienangehörigen betroffen. Des Weiteren gab der Beschwerdeführer unter dem Punkt "Besondere Aufgaben" an, dass er vor Eintritt des Gesundheitsschadens den Nutzgarten besorgt, sich um Geflügel und andere Kleintiere gekümmert und Kleider angefertigt bzw. umgeändert habe. Ferner habe er fünf Stunden täglich auf dem Feld gearbeitet. Seit dem Eintritt des Gesundheitsschadens könne er keine dieser Arbeiten verrichten. Für die Besorgung des Haushaltes sei er auf die Hilfe seiner Angehörigen und Dritter angewiesen. Der Zeitumfang der Hilfe betrage 35 Stunden in der Woche.

E. 9.3.3

Nachdem die Vorinstanz den RAD-Arzt Dr. med. B. _____ am 15. März 2013 (IV-act.106) um eine Bewertung nach der spezifischen Methode gebeten hatte, verfasste dieser am 2. April 2013 einen zweiten Schlussbericht (IV-act. 107/1), in dem er die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Haushalt seit dem 27. September 2007 auf 40% einschätzt. Zur Begründung verweist er auf das beigelegte Formular "Versicherte im Haushalt, Einschätzung der Invalidität" (IV-act. 107/3). Die einzelnen Tätigkeitsbereiche im Haushalt werden darin wie folgt gewichtet: Haushaltsführung 5%, Ernährung 45%, Wohnungspflege 20%, Einkauf 10%, Wäsche und Kleiderpflege 20%, Betreuung von Kindern 0% und Verschiedenes 0%. Bei der Haushaltsführung stellt der RAD-Arzt keine Einschränkungen fest, in den Bereichen Ernährung 33%, Wohnungspflege 50%, Einkauf 50%, Wäsche und Kleiderpflege 50%. Unter Berücksichtigung der Gewichtung der einzelnen Bereiche ergibt dies eine gesamthafte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen von 40%. Nähere Erläuterungen zu dieser Beurteilung fehlen. Es fehlt auch eine Auseinandersetzung mit der Eigenangaben des Beschwerdeführers im Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten.

E. 9.4

Das Bundesverwaltungsgericht teilt die Kritik des Beschwerdeführers an den Berichten des RAD. Zum einen fehlt es Dr. med. B. _____ als Facharzt für Allgemeine Medizin an den notwendigen spezialärztlichen Kenntnissen, um die Einschränkungen des Beschwerdeführers infolge seiner neurologischen Erkrankung beurteilen zu können, zumal die vom serbischen Versicherungsträger zur Verfügung gestellten medizinischen Akten diesen Punkt nicht weiter erhellen. Des Weiteren sind die RAD-Berichte nicht in allen Teilen schlüssig und nachvollziehbar. So wird im RAD-Bericht vom 8. Januar 2013 unter ausdrücklicher Berufung auf das Gutachten Nr. 533 der serbischen Invalidenkommission zweiter Instanz vom 14. September 2009 festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit dem 27. September 2007 im angestammten Beruf wie in allen anderen Tätigkeitsbereichen vollständig arbeitsunfähig sei. Tatsächlich aber wird im genannten Gutachten nur ausgeführt, dass per 27. September 2007 ein neuer Körperschaden von 50% und ein kumulierter Körperschaden von 60% bestünden. Ein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit wird dem Beschwerdeführer erst per 2. September 2009, dem Datum der Untersuchung durch die Invalidenkommission zweiter Instanz, bescheinigt. Sodann diagnostiziert der RAD-Arzt "epilepsie et troubles cognitifs modérés sur AVC (G 40)", d.h. Epilepsie und mittelgradige kognitive Störungen nach einem Hirnschlag. In keinem der Gutachten der serbischen Invalidenkommission erster bzw. zweiter Instanz ist jedoch von einem Hirnschlag die Rede. Einen solchen konstatiert, soweit ersichtlich, lediglich die Neuropsychiaterin Dr. med. D. _____ in ihrem Bericht vom 24. Dezember 2007 (IV-act. 69/1) sowie Dr. med.

E. _____ vom Gesundheitszentrum Aleksandrovac in seinem Bericht vom 4. Januar 2008 (IV-act. 67). Es bleibt somit fraglich, ob alle gestellten Diagnosen, insbesondere die Epilepsie, gesichert sind. Der RAD-Arzt geht auf diese Unstimmigkeit nicht ein. Schliesslich ist die Diskrepanz der beiden RAD-Berichte hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt auf 100% und im Haushalt auf 40% erklärungsbedürftig. Der RAD-Arzt äussert sich auch zu diesem Punkt nicht. Er geht auch nicht auf den Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten ein, in welchem der Beschwerdeführer klar zum Ausdruck bringt, dass er wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bis auf Einkäufe keine weiteren Tätigkeiten im Haushalt verrichten könne.

E. 9.5

Unter den gegebenen Umständen muss den RAD-Berichten hinreichender Beweiswert abgesprochen werden. Indem sich die Vorinstanz dennoch darauf abstützte, hat sie den rechtserheblichen Sachverhalt in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unzureichend abgeklärt.

E. 10

Sodann ist die Statusfrage zu klären, d.h. es ist zu prüfen, ob die Vorinstanz den Beschwerdeführer zu Recht als nichterwerbstätigen Versicherten betrachtet und für die Bemessung der Invalidität auf die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs im bisherigen Aufgabenbereich abstellt.

E. 10.1

Die Vorinstanz hält in ihrer Vernehmlassung dafür, dass sie dazu berechtigt sei, weil der Beschwerdeführer nach seinen eigenen Angaben seit der Rückkehr nach Serbien keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen habe. Die Argumentation der Vorinstanz greift jedoch zu kurz. Weiter oben wurde ausgeführt, dass für die Beantwortung der Statusfrage die hypothetische Betrachtungsweise massgebend ist (vgl. oben E. 7.1). Entscheidend ist, was die versicherte Person bei sonst unveränderten Umständen mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung eingetreten wäre.

E. 10.2

Den Akten lässt sich eine eindeutige Antwort auf die Statusfrage nicht entnehmen: Im "Fragebogen für den Versicherten (EU)", den der Beschwerdeführer am 27. Dezember 2010 unterzeichnete und am 3. Januar 2011 der Vorinstanz zukommen liess (IV-act. 28, 29), beantwortete der Beschwerdeführer die Frage, welcher selbständigen oder unselbständigen Tätigkeiten er in den letzten drei Jahren, die dem Leistungsantrag vorangegangen waren, nachgegangen sei insofern, als er in das Antwortfeld einen Strich setzte. Des Weiteren gab er an, dass er zuletzt als Bauarbeiter/Maurer gearbeitet und seine Erwerbstätigkeit im April 1999 wegen Krankheit aufgegeben habe. Den "Fragebogen für den Versicherten" und den "Fragebogen für den Arbeitgeber über Arbeits- und Lohnverhältnissen von Unselbständigerwerbenden" retournierte der Beschwerdeführer am 13. November 2012 mit dem Hinweis auf den "Fragebogen für den Versicherten (EU)". Seither habe sich nichts geändert (IV-act. 94, 95/1 und 95/3). Im Bericht der Neuropsychiaterin Dr. med. D. _____ vom 24. Dezember 2007 wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer nach Aussagen seiner Tochter bereits früher Bewusstseinskrisen gehabt und aus diesem Grund im Jahr 2001 seine Arbeit im Ausland aufgegeben habe (IV

act. 69). Die Vorinstanz gelangte am 22. Juli 2011 mit einem Fragebogen an den letzten schweizerischen Arbeitgeber des Beschwerdeführers, einem Personalverleihunternehmen, bei dem der Beschwerdeführer bis Ende 1999 beschäftigt war, blieb jedoch ohne Antwort (IV-act. 12/3, 22, 40). Weitere Abklärungen in diese Richtung wurden nicht unternommen.

E. 10.3

Angesichts der dargestellten Aktenlage und des Umstands, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt seiner aktenkundig zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit im Jahr 1999 erst 46 Jahre alt und zuvor allein in der Schweiz 14 Jahre einer Erwerbstätigkeit nachgegangen war, kann nicht nachvollzogen werden, wie die Vorinstanz folgern konnte, der Beschwerdeführer wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung im Haushalt tätig gewesen. Namentlich lässt sich dies nicht allein mit dem Umstand begründen, dass er in Serbien keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist. Die Akten lassen im Gegenteil daran zweifeln, dass sich der Beschwerdeführer freiwillig aus dem Erwerbsleben zurückzog mit der Absicht, sich nunmehr vollzeitlich im Haushalt zu betätigen.

E. 10.4

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass sich die Vorinstanz auch hinsichtlich der Statusfrage vorhalten lassen muss, sie habe den rechtserheblichen Sachverhalt in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ungenügend abgeklärt.

E. 11

Schliesslich ist auf die Frage nach dem massgebenden Zeitpunkt der Anmeldung des Beschwerdeführers zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung einzugehen.

E. 11.1

Nach Art. 20 des Sozialversicherungsabkommens Schweiz-Jugoslawien gelten Gesuche, Erklärungen und Rechtsmittel, welche innert einer bestimmten Frist bei einer Stelle eines der beiden Vertragsstaaten einzureichen sind, als fristgerecht eingereicht, wenn sie innert dieser Frist bei einer entsprechenden Stelle des anderen Staates eingereicht werden. In diesem Fall leitet diese Stelle die entsprechenden Eingaben unverzüglich an die zuständige Stelle des ersten Staates weiter. Gemäss Art. 4 Abs. 1 der Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 zum Sozialversicherungsabkommen Schweiz-Jugoslawien (im Folgenden: Verwaltungsvereinbarung, SR 0.831.109.818.12) haben in Jugoslawien wohnhafte jugoslawische Staatsangehörige, die Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erheben, ihr Gesuch bei der zuständigen Landesanstalt einzureichen. Dabei sind die von der Schweizerischen Ausgleichskasse den Landesanstalten zur Verfügung gestellten Formulare zu verwenden (Art. 4 Abs. 2 Satz 1 der Verwaltungsvereinbarung; vgl. auch Art. 65 Abs. 1 IVV). Die entsprechende Landesanstalt vermerkt das Datum des Eingangs auf dem Rentengesuch, prüft dieses auf seine Vollständigkeit, bestätigt die Richtigkeit der vom Gesuchsteller gemachten Angaben sowie die Gültigkeit der von ihm vorgelegten Ausweise (Art. 4 Abs. 3 Satz 1 der Verwaltungsvereinbarung) und leitet daraufhin das Rentengesuch an die Schweizerische Ausgleichskasse weiter (Art. 4 Abs. 4 Satz 1 der Verwaltungsvereinbarung).

E. 11.2

Für die Bestimmung des Anmeldedatums ist grundsätzlich auf die Angaben des dafür vorgesehenen Anmeldeformulars YU/CH 4 abzustellen. Versäumt es die zuständige nationale Verbindungsstelle entgegen der Verwaltungsvereinbarung, den Eingang des Anmeldeformulars auf dem hierfür vorgesehenen Feld zu vermerken, wie es im vorliegenden Fall geschah, kann das Datum der Unterzeichnung durch den Versicherten herangezogen werden (Urteil des BVGer C-1192/2013 vom 15. Januar 2015 E. 5.7.3). Der Beschwerdeführer datierte jedoch seine Anmeldung nicht. In dieser Situation stellte die Vorinstanz auf den 25. August 2010 ab, dem Datum der Beglaubigung durch den serbischen Versicherungsträger. Dieses ist jedoch für die Bestimmung des Anmeldedatums nicht entscheidend (Urteil des BVGer C-5100/2013 vom 17. März 2015 E. 6.1). Das Anmeldeformular ist somit nicht beweistauglich. Nicht abgestellt werden kann sodann auf die Daten, die in den Beschlüssen des serbischen Versicherungsträgers vom 11. April 2006 (19. Dezember 2005) und 2. März 2010 (21. Januar 2008) sowie im Gutachten der serbischen Invalidenkommission erster Instanz vom 11. Februar 2009 (21. Januar 2008) genannt werden. Sie beziehen sich auf die Anmeldung beim serbischen Versicherungsträger zum Bezug serbischer IV-Leistungen. Für die Bestimmung des Anmeldedatums bei der schweizerischen Invalidenversicherung sind sie nicht relevant (Urteile des BVGer C-1252/2014 vom 18. Januar 2016 E. 6.2 und C-1192/2013 vom 15. Januar 2015 E. 5.7.2). Der Korrespondenz des Rechtsvertreters mit der Vorinstanz kann immerhin entnommen werden, dass die Anmeldung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 25. August 2009 bereits vorlag. Denn der Rechtsvertreter erkundigte sich an diesem Datum erstmals bei der Vorinstanz, ob sie die Anmeldung vom serbischen Versicherungsträger erhalten habe.

E. 11.3

Die Vorinstanz anerkannte in ihrer Vernehmlassung zumindest implizit, dass sie nicht auf das Datum der Beglaubigung des Anmeldeformulars durch den serbischen Versicherungsträger abstellen durfte, erachtete jedoch weitere Abklärungen in diesem Punkt als obsolet, weil sie eine rentenbegründende Invalidität ohnehin verneinte. Diese Rechtsauffassung beruht jedoch, wie weiter oben dargelegt wurde, auf einem in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unvollständig ermittelten Sachverhalt.

E. 12

Im Ergebnis können anhand der vorhandenen Aktenlage weder die Statusfrage und damit die massgebende Methode für die Berechnung der Invalidität noch die gesundheitliche Beeinträchtigung mitsamt deren Auswirkung auf die Erwerbstätigkeit bzw. im bisherigen Aufgabenbereich beurteilt werden. Unter diesen Umständen rechtfertigt sich eine Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und zu neuem Entscheid (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 139 V 99 E. 1.1; Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2). Die Vorinstanz wird Abklärungen hinsichtlich der Statusfrage vornehmen müssen, d.h. zur Frage, ob der Beschwerdeführer im Sinne der hypothetischen Betrachtungsweise als erwerbs- oder nichterwerbstätig zu gelten hat. Des Weiteren wird sie unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage eine Beurteilung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf seine erwerbliche Arbeitsfähigkeit bzw. seine Leistungsfähigkeit im bisherigen Aufgabenbereich durch einen Facharzt veranlassen müssen, der die notwendigen Fachkenntnisse auf dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie vorweisen kann. Dieser wird sich auch dazu äussern müssen, ob die vorhandenen medizinischen Akten für eine versicherungsmedizinische Beurteilung ausreichend sind oder ob und, falls ja, welche

weiteren medizinischen Abklärungen sich empfehlen. Sollten weitere medizinische Abklärungen notwendig sein, wären sie mit Vorteil in Gestalt einer pluridisziplinären Begutachtung in der Schweiz durchzuführen. Je nach Ergebnis der Abklärungen wird die Vorinstanz nicht darum herumkommen, beim serbischen Versicherungsträger der Frage nachzugehen, wann sich der Beschwerdeführer zum Bezug der Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung angemeldet hat.

E. 13

Die Beschwerde ist somit insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese die notwendigen Untersuchungen veranlasst und unter umfassender Berücksichtigung sämtlicher aktueller Ergebnisse neu verfügt.

E. 14

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der nichtanwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung und Schwierigkeit der Streitsache sowie des nach Art. 10 Abs. 2 VGKE massgebenden Stundenansatzes bei nichtanwaltlicher berufsmässiger Vertretung ist eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'000.- angemessen (ohne Mehrwertsteuer, vgl. dazu Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 und 18 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20] sowie Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Dispositiv S. 26

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