

# **BVGer C-337/2015 vom 23. Januar 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-01-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-337\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-337_2015)

FR: TAF C-337/2015 du 23 janvier 2017

IT: TAF C-337/2015 del 23 gennaio 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

### **E. 1.3**

Angefochten sind die zwei Verfügungen der Vorinstanz vom 5. Dezember 2014 (doc. 222, 223; Art. 5 VwVG). Nicht angefochten und damit nicht Anfechtungsobjekt ist die Verfügung vom 4. Dezember 2014 (doc. 221), in welcher dem Beschwerdeführer im Zeitraum vom 1. Februar 2004 bis zum 30. Juni 2004 eine ganze Rente gewährt wird.

### **E. 1.4**

Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von den beiden angefochtenen Verfügungen berührt und er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (vgl. Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist - nachdem auch der Kostenvorschuss von Fr. 400.- rechtzeitig geleistet worden ist - einzutreten.

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist kosovarischer Staatsangehöriger. Das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der (ehemaligen) Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) ist ab dem 1. April 2010 nicht weiter auf kosovarische Staatsangehörige anwendbar (BGE 139 V 263). Dies hat namentlich zur Folge, dass IV-Renten von Staatsangehörigen des Kosovos, die für den Zeitraum nach dem 31. März 2010 zugesprochen werden, gemäss Art. 6 Abs. 2 Satz 2 IVG nicht mehr ins Ausland exportierbar sind. Sie werden nurmehr innerhalb der Schweiz gewährt.

### **E. 2.2**

Gemäss dem Grundsatz, wonach in zeitlicher Hinsicht regelmässig die-jenigen Rechtssätze heranzuziehen sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, bildet für die Frage, ob vorliegend das Sozialversicherungsabkommen weiterhin zur Anwendung gelangt, die Entstehung des IV-Rentenanspruchs den massgebenden Anknüpfungspunkt (BGE 139 V 335 E. 6.2; Urteil BGer 9C\_793/2013 vom 27. März 2014 E. 3.2). Der Rentenanspruch ist hier unbestritten ab dem 1. Juli 2004, also vor dem 31. März 2010 entstanden, weshalb das Sozialversicherungsabkommen auf die vorliegende Fallkonstellation anzuwenden ist.

### **E. 2.3**

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 gemäss vorstehender Ausführungen auf Grund des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 4).

### **E. 2.4**

Laut Art. 8 lit. e des Sozialversicherungsabkommens werden ordentliche Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, nur gewährt, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.

### **E. 2.5**

Laut Artikel 25 des Abkommens geniessen die am 31. März 2010 laufenden Renten Besitzstand (vgl. BGE 139 V 335 E. 6.1; Urteil BVGer C-2808/2012 vom 4. November 2013 E. 3).

### **E. 3.1**

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). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungen (hier: 5. Dezember 2014) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

### **E. 3.2**

Vorliegend sind zwei Verfügungen vom 5. Dezember 2014 strittig, welche einen Sachverhalt ab dem 1. Juli 2004 betreffen. Deshalb ist auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung vom 21. März 2003 und den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen, ausser diese hätten durch das auf den 1. Januar 2012 in Kraft

getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) eine Änderung erfahren. Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

### **E. 3.3**

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

### **E. 3.4**

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die kumulativ (Art. 28 Abs. 1 IVG): a) ihre Erwerbsfähigkeit oder Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) waren; und c) nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind. Einschränkend ist vorliegend zu beachten, dass unter Geltung des Sozialversicherungsabkommens vor dem 31. März 2010 zugesprochene ordentliche Renten nur bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% exportierbar sind (E. 2.4).

### **E. 3.5**

Bei einem als erwerbstätig einzustufenden Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das dieser nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG).

### **E. 4.1**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 Abs. 1 VwVG).

### **E. 4.2**

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 Abs. 1 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; 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. 1983, S. 43 und 273).

### **E. 4.3**

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seine Entscheidung, 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, je mit Hinweisen). 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, KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl. 2013, Rz. 153 und 457 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, je mit Hinweisen).

### **E. 4.4**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie einzelne Beweismittel zu würdigen sind; für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach hat die Behörde Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, sind objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3.a).

#### **E. 4.5.1**

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 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 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem

Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des EVG I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

#### **E. 4.5.2**

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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). So ist den im Rahmen des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. dazu das Urteil des EVG vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a und weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b; 122 V 160 E. 1c; 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

#### **E. 4.5.3**

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

#### **E. 5.1**

Strittig ist vorliegend, ob dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juli 2004 weiterhin unbefristet eine ganze, evtl. ab dem 1. April 2007 unbefristet zumindest eine halbe Rente auszurichten ist, wie dies der Beschwerdeführer beantragt, oder ob die Vorinstanz dem

Beschwerdeführer zu Recht eine halbe Rente ab 1. Juli 2004 zusprach und diese bis 31. März 2007 befristete.

## **E. 5.2**

Da der Beschwerdeführer hauptsächlich geltend macht, das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS-Stelle vom 5. September 2012 sei nicht voll beweiskräftig, ist in einem ersten Schritt dessen Beweiskraft zu prüfen.

### **E. 5.2.1**

Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS-Stelle D. \_\_\_\_\_ vom 5. September 2012 (doc. 156) wurde von med. pract. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie FMH, Fallführerin, Dr. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Manuelle Medizin FMH, Dr. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Dr. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie von Dr. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, erstellt (vgl. Unterschriften in doc. 156 auf S. 57). Zumindest vier dieser Fachärzte haben den Beschwerdeführer selber untersucht.

### **E. 5.2.2**

Das Gutachten hält folgende Diagnosen nach ICD-10 mit Einfluss auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit fest (doc. 156 ab S. 47): 1. Belastungs- und bewegungsabhängige lumbovertbrale Schmerzen bei Status nach Fenestration L4/L5 mit Recesso- und Foraminotomie L5 links am 2. April 2004 bei Diskusprotrusion breitbasig L5/S1 mit Nervenwurzelreizung L5 beidseits Spondylose L5 beidseits mit Anterolisthese L5 gegenüber S1 Meyerding Grad I Anhaltende vordere Instabilität, jedoch ohne Hinweise für eine facettengelenksfortgeleitete noch radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik reflektorische Beckenkamm tendinose linksbetont (S. 47/48). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nennen die Gutachter 2. ein metabolisches Syndrom, bei Adipositas Grad I nach WHO (BMI 32,1), bei unbehandelter arterieller Hypertonie und bei Diabetes mellitus, 3. eine Hyperlipidämie sowie 4. Probleme mit Bezug auf den engeren Familienkreis, einschliesslich familiärer Umstände (ICD-10: Z 63.8).

## **E. 5.3**

Die Erkenntnisse der einzelnen Teilgutachter werden wie folgt zusammengefasst:

### **E. 5.3.1**

Im Rahmen der Stuserhebung vom 27. Februar 2012 (Dr. M. \_\_\_\_\_) sei der Versicherte während der ganzen Anamneseerhebung (75 Minuten) entspannt und ohne ersichtlichen Leidensdruck oder schmerzbedingte Positionswechsel auf dem Sprechzimmerstuhl gesessen. Insgesamt bestehe ein unauffälliges, spontanes Bewegungsmuster. Im Gehen bestehe ein inkonsistent vorhandenes Schonhinken links. Die Beschwielen der Hände ergebe Hinweise darauf, dass der Versicherte wesentlich mehr mache, als er unter "Tagesablauf" angegeben habe (S. 24-27).

### **E. 5.3.2**

Aus allgemeinchirurgischer und internistischer Sicht (Dr. P. \_\_\_\_\_) leide der Beschwerdeführer an einem nicht behandelten metabolischen Syndrom sowie an Hyperlipidämie, beides ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Hinweise auf eine Herzinsuffizienz oder eine Lungenerkrankung beständen nicht. Auch im Abdominalstatus ergebe sich kein pathologischer (krankhafter/abnormer) Befund. Die angegebene

Hypästhesie fast der gesamten linken Körperhälfte sei inkonsistent vorhanden. Die eingeschränkte Gehstrecke sei somatisch nicht erklärbar. Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 51). Jedoch seien dringend die Hyperlipidämie, die Hypertonie und der Diabetes mellitus medikamentös zu behandeln, um das kardiovaskuläre Risiko zu senken (S. 55).

### **E. 5.3.3**

Aus rheumatologischer Sicht (Dr. N.\_\_\_\_\_) werde eine vorbestehende und postoperativ persistierende moderate Instabilität ohne signifikante Mehrbeweglichkeit in den konventionellen Röntgenbildaufnahmen der Lendenwirbelsäule beschrieben, aktuell ohne Hinweise für eine Nervenwurzelbeeinträchtigung, so dass das postoperative Ergebnis als günstig beurteilt werden könne, mit einer offensichtlichen Verbesserung gegenüber präoperativ, indem die radikulär neurogene Komponente nicht mehr vorhanden sei. In einer wirbelsäulenschonenden leichten Tätigkeit ohne repetitiv gebückte Arbeitsposition, ohne repetitives Gewichte-Heben über 10 kg und ohne monoton sitzende resp. stehende Positionen sei zu berücksichtigen, dass bedingt durch die anteriore (vordere) Instabilität eine gewisse Schmerzintensität nicht überschritten werden könne, weshalb für solche Tätigkeiten regelmässige Pausen zur Erholung eingehalten werden müssten. Für eine solche bestadaptierte Tätigkeit mit länger dauernder sitzender als stehender Position beurteile er bleibend eine 70-prozentige Arbeitsfähigkeit als zumutbar, ganztags, mit Einhalten von Pausen (S. 51/52).

### **E. 5.3.4**

Bei der neurologischen Exploration (Dr. O.\_\_\_\_\_) hätten sich keine radikulären oder nervalen Ausfälle gefunden. Für die vorgetragenen Schmerzen gebe es keine Anhaltspunkte für einen neuropathischen Schmerz, ein zentrales Schmerzsyndrom oder ein komplex regionales Schmerzsyndrom. Auf neurologischem Fachgebiet ergebe sich keine wesentliche Leistungsmilderung bzw. keine dauerhaft anhaltende Arbeitsunfähigkeit (S. 52).

### **E. 5.3.5**

Aus psychiatrischer Sicht (Dr. J.\_\_\_\_\_) ergäben sich trotz schwieriger psychosozialer Situation seit fünf Jahren keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung. Der Versicherte sei affektiv schwingungsfähig, könne sich freuen, berichte von keinen Konzentrationsschwierigkeiten, habe gewollt sein Gewicht reduziert und verneine einen verminderten Antrieb oder eine gesteigerte Ermüdbarkeit untertags. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit (S. 52).

### **E. 5.4**

Zusammenfassend hält das MEDAS-Gutachten fest, es liege im Bereich des Rückens keine "failed back surgery"-Problematik (persistierende Schmerzen nach Bandscheibenoperation) vor, sondern eine anlagebedingte Instabilität; diese sei nicht kompensiert und bei Einhalten von Schonkriterien kontrollierbar. Günstig sei der Verlauf der radikulären Symptomatik in der linken unteren Extremität; es finde sich im Gegensatz zu früheren Untersuchungen eine unauffällige peripher-neurologische Untersuchung mit symmetrischen Sehnenreflexen (ausser fehlendem Tibialis posterior-Reflex), symmetrisch roher Kraft und Fehlen einer neurogenen Atrophie. Der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht für eine wirbelsäulenschonende, leichte Tätigkeit, ohne repetitiv gebückte Arbeitsposition, ohne repetitives Gewichte-Heben über 10 kg und ohne monoton sitzende resp. stehende Positionen zu 70% arbeitsfähig. Dabei sei er ganztags einsetzbar, benötige jedoch aufgrund

der Wirbelsäulenproblematik vermehrte Pausen, mit einer um 30% reduzierten Leistungsfähigkeit. Ob die letzte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter bei der Firma Q.\_\_\_\_\_ diesem Belastungsprofil entspreche, müsse in einer Arbeitsplatzabklärung evaluiert werden. Aus chirurgisch-internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% für sämtliche in Frage kommenden Tätigkeiten. Dieses aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil bestehe seit der aktuellen Begutachtung. Retrospektiv gehen die Gutachter von einer Arbeitsunfähigkeit zu 50% seit 4. März 2004, und zu 60% seit 18. Dezember 2006 (Begutachtung durch das Institut C.\_\_\_\_\_) aus (S. 53-55; vgl. auch E. 6).

#### **E. 5.5.1**

Der RAD-Arzt bestätigte in seiner Stellungnahme vom 27. November 2012 (doc. 166) im Wesentlichen die erhobenen Diagnosen und die Feststellungen der MEDAS-Gutachter. Die vorliegende und abschliessende MEDAS-Expertise zeige ausführlich die zunehmende Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten auf; postoperativ sei eine langsame, aber stetige Abnahme der Schmerzen und insbesondere auch der funktionellen Einschränkungen zu verzeichnen. Gemäss Zumutbarkeit der Arbeitsleistung müsse die angestammte Tätigkeit als angepasst betrachtet werden. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. Februar 2013 (doc. 178) hielt er fest, dass die vom Vertreter des Beschwerdeführers neu eingereichten medizinischen Unterlagen (Bericht Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 23. September 2009 [doc. 171], Bericht Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2012 [doc. 164]) keinen objektiven Grund dafür böten, von der Beurteilung vom 27. November 2012 abzuweichen. Nachdem der Vertreter des Beschwerdeführers nach dem Vorbescheid vom 10. Mai 2013 im Rahmen des Einspracheverfahrens in zwei ausführlichen Schreiben (doc. 184, 186) verschiedene Rügen erhoben hatte, hielt der RAD-Arzt am 9. Juli 2013 an seinen Stellungnahmen fest und führte aus, dass die zwei Schreiben objektiv keine begründeten Zweifel an seiner bisherigen Beurteilung zu begründen vermöchten. In einer weiteren Stellungnahme vom 10. Dezember 2013 (doc. 197) äusserte er sich zum Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 3. August 2013 (doc. 195), am 30. Januar 2014 (doc. 203) zu einem CT-Befund von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 5. November 2013 (doc. 199) und am 11. Februar 2014 (doc. 205) zum Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2014 (doc. 202). Auch hier hielt er jeweils an seiner bisherigen Beurteilung fest, wonach dem MEDAS-Gutachten zu folgen sei.

#### **E. 5.5.2**

Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten enthält eine Auflistung der umfangreichen Vorakten sowie eine ausführliche Anamnese, nimmt zu den beklagten Beschwerden Stellung, die Diagnosen sowie die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit stützen sich auf Untersuchungen/Teilgutachten von fünf Fachärzten (M.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_) und die Gutachter setzen sich mit abweichenden ärztlichen Beurteilungen auseinander. Deren Schlussfolgerungen sind begründet, plausibel und nachvollziehbar, womit dem Gutachten grundsätzlich voller Beweiswert zukommt (vgl. E. 4.5.2, vgl. aber E. 6 zur Verlaufsbeurteilung).

#### **E. 5.5.3**

Der RAD-Arzt, Dr. G.\_\_\_\_\_, bestätigt im Wesentlichen die erhobenen Diagnosen und die Feststellungen der Gutachter zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und beurteilt das Gutachten als abschliessend; es zeige ausführlich die zunehmende Verbesserung des

Gesundheitszustandes (doc. 166). In seinen mehrfachen Stellungnahmen hat er sich ausführlich mit den Argumenten des Vertreters des Beschwerdeführers und neu eingereichten Arztberichten (vgl. oben E. 5.5.1 und nachfolgende Ausführungen) auseinandergesetzt. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. Februar 2013 (doc. 178) nimmt er zunächst Bezug auf den Röntgenbericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2009 und weist darauf hin, dass ein Röntgenbericht nur ein Hilfsmittel zu einer klinischen Beurteilung sein könne; einzig die klinische Untersuchung zähle, welche die MEDAS-Stelle korrekt durchgeführt habe. Zudem erwähne der Radiologiebericht keine neuen Aspekte. Zum Bericht vom 13. Oktober 2012 führt er aus, die Diagnose des Status nach Diskushernien-Operation mit chronischer Lumboischialgie sei bekannt. Der Arzt könne jedoch keine klaren neurologischen Befunde beschreiben, die einem Dermatome (von einem Rückenmarksnerven sensibel innerviertes Hautareal) zuzuordnen wären; es würden nur diffuse Parästhesien beschrieben. Weiter werde eine reaktive Depression angeführt, die aber in der klinischen Befundung und Beschreibung nicht klar dargestellt werde; zudem sei eine reaktive Depression eine depressive Verstimmung auf ein bestimmtes Ereignis hin (entspreche damit eher einer Dysthymie) und sei per se nicht invalidisierend. Der Arzt beschreibe auch eine somatoforme Schmerzstörung, die aber nicht klar umschrieben werde; diese wäre nach geltender Rechtsprechung ohne schwere Komorbidität ohnehin nicht invalidisierend. Er kommt zum Schluss, dass am MEDAS-Gutachten festzuhalten sei. In seinem Schlussbericht vom 9. Juli 2013 (doc. 192) nimmt er - als Reaktion auf die Einsprachebegründungen vom 7. und 12. Juni 2013 - zu den verschiedenen Arbeitsfähigkeitsgraden und deren Verlauf detailliert Stellung. Weiter führt er aus, dass eine CT-Untersuchung keine genügende Grundlage für die Diagnose Osteoporose sein könne. Die im CT-Bericht erwähnten Diskusprotrusionen sprächen zudem gegen die geltend gemachte Einengung des Spinalkanals und der Neuroforamina. Er kommt zum Schluss, dass die zwei Einsprachebriefe keine Zweifel an seiner ursprünglichen Beurteilung wecken könnten. Sämtliche Ausführungen des RAD-Arztes in seinen Stellungnahmen zum MEDAS-Gutachten, zu den zwei Berichten von Dr. E. \_\_\_\_\_ und denjenigen von Dr. F. \_\_\_\_\_ sowie zu den beiden Einsprachebriefen sind plausibel und nachvollziehbar. Auch seine Beurteilung, dass gemäss Zumutbarkeit der Arbeitsleistung (gemäss Beurteilung der MEDAS-Stelle D. \_\_\_\_\_) die angestammte Tätigkeit als angepasst betrachtet werden müsse, ist aus Sicht des Gerichts zutreffend: Im interdisziplinären versicherungsmedizinischen Gutachten des Instituts C. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2006 ist in der persönlichen Anamnese festgehalten, dass der Beschwerdeführer bei der Firma Q. \_\_\_\_\_ in Y. \_\_\_\_\_ eine körperlich wenig belastende Tätigkeit, Warenkontrolle, Kontrolle der Auslieferungen, zeitweiliger Einsatz als Maschinist, ausgeübt habe (doc. 45 S. 10). Auch die Gutachter der MEDAS-Stelle D. \_\_\_\_\_ führten in der Berufs- und Arbeitsanamnese aus, zuletzt sei der Versicherte vom 15. Februar 2000 bis 31. Dezember 2003 bei der Firma Q. \_\_\_\_\_ als Produktionsmitarbeiter tätig gewesen. Gemäss Arbeitsanamnese habe er dort als Maschinist gearbeitet und vorwiegend kleine Spritzen mit einer Maschine hergestellt. Er habe dabei nur die Maschine bedienen und stehen und gehen müssen. Schwer heben sei nicht notwendig gewesen. Seine Arbeit sei sehr leicht gewesen. Es habe eine Klimaanlage gehabt, da sie jedoch spezielle Anzüge getragen hätten, sei es trotzdem recht warm geworden (doc. 156 S. 21). Diese Arbeitsplatzbeschreibung deckt sich mit der von den Gutachtern als zumutbar beschriebenen Verweistätigkeit (wirbelsäulenschonende, leichte Tätigkeit, ohne repetitiv gebückte Arbeitsposition, ohne repetitives Gewichte heben über 10 kg und ohne monoton sitzende resp. stehende

Positionen), weshalb die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als zumutbar erachtet werden kann.

#### **E. 5.5.4**

Damit erweist sich die Beweiskraft des Gutachtens durch die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte der ihn behandelnden Ärzte im Kosovo nicht als eingeschränkt. Die einzelnen Teilgutachten und die Gesamtbeurteilung im MEDAS-Gutachten erweisen sich als umfassend, schlüssig und nachvollziehbar. Deren Aussagekraft wird zusätzlich durch die mehrfache Bestätigung durch den RAD plausibilisiert.

#### **E. 5.6**

Nachfolgend bleiben einzelne Rügen des Beschwerdeführers zum Gutachten in Bezug auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit zu prüfen.

##### **E. 5.6.1**

Der Beschwerdeführer macht geltend, das Gutachten sei nicht, wie dies das Bundesamt für Sozialversicherungen vorschreibe, innert 110 Tagen erstellt worden, sondern innert 228 Tagen (B-act. 1 Ziff. 10). Bis zum Verfügungszeitpunkt seien 2¼ Jahre verstrichen. Das Gutachten sei deshalb nicht beweiskräftig. Die Vorinstanz habe in ihrem Schreiben selber ausgeführt, dass bei Nichteinhaltung der Frist das Gutachten nicht mehr beweiskräftig sei.

##### **E. 5.6.2**

Die Frist von 110 Tagen ist in einer Standardvereinbarung zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) und den jeweiligen MEDAS-Stellen normiert. Es handelt sich weder um eine gesetzliche Frist, noch hat sie direkte Auswirkungen auf die Frage, ob ein Gutachten volle Beweiskraft hat. Die Standardvereinbarung bezweckt eine möglichst zügige Abwicklung, damit medizinische Gutachten zeitnah verwendet werden können. Verspätete Gutachten sind zudem nicht von vornherein ohne Beweiskraft: so hat das Bundesgericht im Urteil 8C\_1024/2010 vom 3. März 2011 festgehalten, dass auf ein Gutachten, welches bei Verfügungserlass zwei Jahre alt war, weiterhin abgestellt werden könne, falls keine Hinweise auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass der Verfügung vorlägen (E. 2.1). Die von der Vorinstanz im Schreiben vom 5. September 2012 gemachte Aussage - an die Adresse der Gutachterstelle und nicht an die Adresse des Beschwerdeführers - ist deshalb zu relativieren. Vorliegend mussten nicht nur aktuelle, sondern auch zeitlich bis zum Jahr 2004 zurückliegende funktionale Einschränkungen des Beschwerdeführers beurteilt werden. Die Untersuchungen und das Gutachten sind vorliegend aktuell genug, um sich ein abschliessendes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen auf dessen Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen zu machen. Der Beschwerdeführer rügt zwar mehrfach die fehlende Beweiskraft infolge Verspätung, macht aber keine konkreten Hinweise darauf, welche falschen Schlussfolgerungen im Gutachten aufgrund der Verspätung gezogen worden seien. Auch die Tatsache, dass die Vorinstanz keine zusätzlichen medizinischen Abklärungen bei der Gutachterstelle hat vornehmen lassen, nachdem der Beschwerdeführer neue Beweismittel eingereicht hatte, vermag die Beweiskraft des Gutachtens nicht a priori in Frage zu stellen, haben doch der RAD-Arzt und die Expertenkommission der Vorinstanz diese Beweismittel gewürdigt und dazu im Einzelnen Stellung genommen. Auch der Vorwurf, die Vorinstanz habe sich wider Treu und Glauben (Art. 5 Abs. 3 BV) verhalten, wenn sie zuerst auf die mangelnde Beweiskraft hinweise und anschliessend das Gutachten dennoch als voll beweiskräftig beurteile, geht ins Leere, da die Aussage gegenüber der MEDAS-Stelle gemacht wurde und sie deshalb keine

berechtigten Erwartungen des Beschwerdeführers wecken konnte. Dass das Gutachten nicht innert der vom BSV geforderten Frist erstellt worden ist, ist vorliegend insgesamt kein Grund, an dessen Beweiskraft zu zweifeln.

### **E. 5.6.3**

Der Beschwerdeführer rügt, es sei keine vollständige Anamnese durchgeführt worden, da der CT-Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2009 (doc. 171) samt zugehöriger CD mit Bildern nicht mitberücksichtigt worden sei; der CT-Bericht habe sich nicht in den Akten befunden (B-act. 1 Ziff. 13, 27). Die Vorinstanz räumt ein, dass dieser Bericht den Gutachtern nicht vorgelegen habe.

### **E. 5.6.4**

Aus den Akten geht jedoch hervor, dass sich der RAD-Arzt - nach entsprechendem Einwand - mit diesem CT-Bericht auseinandergesetzt hat und zum Schluss gekommen ist, dass der Bericht die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht in Frage zu stellen vermöge. Er hielt fest, es brauche keine CT-graphischen Bilder, wenn im Bericht klar von Diskusprotrusionen gesprochen und darauf hingewiesen werde, dass es weder zur Einengung des Spinalkanals noch der Neuroforamina gekommen sei, um sich darüber im Klaren zu sein, dass keine radikuläre Symptomatik mehr vorliege (vgl. doc. 192 ad Ziff. 12). Der CT-Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2009 beschreibt hauptsächlich den Zustand der Wirbelsäule auf intervertebralem Niveau L3/L4, L4/L5 und L5/S1. Es werden zwar degenerative Veränderungen der Wirbelkörper beschrieben, jedoch nicht ausserhalb der üblichen Altersabnützung. Auf dem Niveau L5/S1 werden dorsomediale Protrusionen festgehalten. Es wird eine Osteoporose angedeutet. Ausdrücklich werden eine Hypertrophie und eine Stenose ausgeschlossen. Nebst den dorsomedialen Protrusionen und der Osteoporose werden keine wesentlichen Auffälligkeiten und insbesondere keine funktionalen Einschränkungen beschrieben. Da keine Aussagen zu den funktionalen Einschränkungen gemacht werden, kann die zu Beginn nicht erfolgte Berücksichtigung des Berichts von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2009 auch nach Auffassung des Gerichts keine Zweifel an den gutachterlichen Feststellungen wecken. Ohnehin ist für die Beurteilung der funktionellen Einschränkungen nicht die Bildgebung, sondern die klinische Untersuchung ausschlaggebend (vgl. Urteil des BVGer C-5082/2013 vom 22. September 2014 E. 8.5, unter Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C\_839/2013 vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1). Es ist ergänzend festzuhalten, dass anlässlich der Untersuchungen bei der MEDAS-Stelle - wie der Beschwerdeführer selber ausführt (B-act. 1 S. 15) - aktuelle Röntgenbefunde und ein aktuelles MRI angefertigt wurden, auf welche sich die Gutachter in ihrer Expertise gestützt haben.

### **E. 5.6.5**

Der Beschwerdeführer rügt weiter, im Rahmen des MEDAS-Gutachtens sei keine Computertomographie auf Ebene L5/S1 angefertigt worden (doc. 1 Ziff. 17).

### **E. 5.6.6**

Tatsächlich hat die MEDAS-Stelle keine CT auf Ebene L5/S1 angefertigt. Dies wäre jedoch nur dann zwingend gewesen, wenn sich anlässlich der Untersuchungen der MEDAS-Stelle konkrete Hinweise auf rentenrelevante Veränderungen der LWS auf der Ebene L5/S1 ergeben hätten, was sich weder aus den Untersuchungen der Gutachter noch aus der späteren Beurteilung durch den RAD ergab. Deshalb kann nicht gefolgert werden, die Vorinstanz dürfe sich nicht auf das Gutachten abstützen, wenn kein CT auf der Ebene

L5/S1 vorliege (Ziff. 17/18, 27). Die Ausführungen von Dr. N.\_\_\_\_\_ (Rheumatologe), wonach sich keine Hinweise weder auf eine facettengelenksfortgeleitete noch auf eine radikuläre Reiz- und Ausfallsymptomatik ergäben, bei einem Status nach Dekompression L4/L5 links am 2. April 2003 und persistierender mässig ausgeprägter vorderer Instabilität bei anlagebedingter Spondylose L5 beidseits und beginnender Lysthese Meyerding Grad I, und die Situation somit nicht richtungsgebend verschlechtert sei, stützen sich auf eigene Untersuchungen und neue Röntgenbilder, sind nachvollziehbar und plausibel (vgl. doc. 156 S. 41/42). Der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_\_ vermag daran keine Zweifel zu wecken, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (Ziff. 19). Dies gilt auch für die Feststellung des Rheumatologen, wonach die konventionellen Röntgenaufnahmen der LWS keine Hinweise mehr für eine Nervenwurzelbeeinträchtigung zeigten, so dass das postoperative Ergebnis objektiv als günstig beurteilt werden müsse und eine Verbesserung gegenüber präoperativ vorliege (B-act. 1 Ziff. 20, doc. 156 S. 34). Der rheumatologische Teilgutachter stützt sich dabei auf alte und neue Röntgenbefunde (doc. 156 S. 32). Auch der CT-Befund von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 5. November 2013 (doc. 199), der wiederum die Protrusionen und die Stenose des Spinalkanals festhält sowie zusätzlich Vertebraalkörper mit sklerotisch gestörten Marginen (was auf eine degenerative Knochenänderung hinweise) nennt, vermag zu keiner anderen Einschätzung führen: Aussagen zu einer klinischen Würdigung und zur Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fehlen in diesem Bericht.

#### **E. 5.6.7**

Der Beschwerdeführer rügt weiter, der Neurologe der MEDAS-Stelle (Dr. O.\_\_\_\_\_ ) habe zu Unrecht festgestellt, dass aus neurologischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit beständen. Denn der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2012 (doc. 164) stehe dazu in diametralem Widerspruch und habe diverse neurologisch bedingte Einschränkungen festgehalten. Zwar habe der RAD-Arzt sich anschliessend zum Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ geäussert und festgehalten, dass er die gutachterlichen Feststellungen nicht umzustossen vermöge, die Stellungnahme des RAD-Arztes habe aber keinen Beweiswert, da er den Beschwerdeführer nicht selber untersucht habe. Bei solch divergierenden Einschätzungen müsse zwingend - unter Hinweis auf die SVR und etliche Bundesgerichtsurteile - eine zusätzliche klärende Begutachtung stattfinden (B-act. 1 Ziff. 14-16).

#### **E. 5.6.8**

Im Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2012 (doc. 164) wird ein Status nach Operation der Diskushernie L5/S1, eine Lumboischialgie, eine persistierende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) sowie eine reaktive Depression (F 33.2) festgehalten. Er beschreibt u.a. klinisch erhobene Schmerzen in den Fingern mit Ausstrahlung in beide Beine und Taubheitsgefühl sowie einen schweren Gang. Weiter sei der circadiane Rhythmus (biologischer Rhythmus des Körpers) unregulär, der Patient sei psychomotorisch angespannt, affektiv und habe eine emotional depressive Neigung. Der Neurologe der MEDAS-Stelle bestätigte den Status nach Operation der Diskushernie, eine Diskusprotrusion und eine Spondylose (doc. 156 S.47). Er beschrieb aber keine radikulären und nervalen Ausfälle und er habe für die geklagten Schmerzen keinen Anhalt für einen neuropathischen Schmerz oder ein zentrales oder komplexregionales Schmerzzentrum gefunden. Bezüglich Stand und Gang beschreibt er ein normales, flüssiges Gangbild. Eine reaktive Depression wird vom MEDAS-Psychiater trotz Untersuchung nicht diagnostiziert; er führt zudem aus, auch in den Unterlagen sei eine depressive Reaktion nie diagnostiziert

worden (S. 47).

#### **E. 5.6.9**

Somit werden im Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2012 (doc. 164) teilweise dieselben Diagnosen festgehalten wie im MEDAS-Gutachten, teilweise weichen sie davon ab. Entscheidend ist, dass Dr. F. \_\_\_\_\_ seine Beurteilung auf keine (offen gelegte) Befundung abstützt, sich mit abweichenden Beurteilungen nicht ansatzweise auseinandersetzt und keine Aussagen zu den funktionalen Einschränkungen macht. Sein Bericht vermag deshalb die nachvollziehbare und plausible gutachterliche Beurteilung zur Arbeitsunfähigkeit durch die MEDAS-Stelle nicht in Zweifel zu ziehen. Dies gilt auch für dessen fast identischen Bericht vom 5. November 2011 (doc. 109). In antizipierter Beweiswürdigung (vgl. vorne E. 4.3) ist deshalb eine neue Begutachtung nicht erforderlich, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (B-act. 1 Ziff. 16).

#### **E. 5.6.10**

Der Vertreter des Beschwerdeführers rügt weiter, die psychiatrische Teilbegutachtung von Dr. J. \_\_\_\_\_ sei nicht schlüssig und nicht nachvollziehbar. Es genüge nicht, im Jahr 2012 festzustellen, dass der Beschwerdeführer die von Dr. F. \_\_\_\_\_ verschriebenen Medikamente nicht mehr nehme, sodass eine depressive Erkrankung oder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht bestätigt werden könne.

#### **E. 5.6.11**

Das psychiatrische Teilgutachten (doc. 156 S. 42 ff.) beruht auf einem 70-minütigen Untersuchungsgespräch. Die Gutachterin erhebt eine vollständige (auf das Hauptgutachten gestützte) Anamnese, berücksichtigt die geklagten Leiden des Beschwerdeführers und beschreibt dessen aktuelle Situation. Der Versicherte sei affektiv schwingungsfähig, könne sich freuen, berichte von keinen Konzentrationsschwierigkeiten, habe aufgrund des Übergewichts bewusst abgenommen und verneine einen verminderten Antrieb oder eine gesteigerte Ermüdung untertags. Auch seien keine unbegründeten Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle zu eruieren. Ebenfalls verneine er Ängste im Sinne einer Angsterkrankung und die Symptome für eine somatoforme Schmerzstörung würden ebenfalls nicht erfüllt; die Schmerzen des Beschwerdeführers seien rheumatologisch begründet. Trotz der schwierigen psychosozialen Situation (er dürfe nicht in die Schweiz einreisen, wo seine Familie lebe) beständen keine Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung aus dem Formenkreis ICD-10. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 Prozent arbeitsfähig. Ihre Schlussfolgerungen (S. 45-47) sind klar, nachvollziehbar und plausibel.

#### **E. 5.6.12**

Die beiden fachärztlichen Berichte von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 3. August 2013 (doc. 195) und vom 11. Januar 2014 (doc. 202) stellen beide u.a. anhaltende Schmerzen im lumbosakralen Bereich fest. Dadurch werde die freie Bewegung der Wirbelsäule und der unteren Gliedmassen behindert. Er diagnostiziert aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode (ohne psychotische Störung, F33.2) und eine anhaltende Schmerzstörung (F45.4). Es fehlt allerdings eine Herleitung für diese Feststellung bzw. eine Begründung; zudem fehlt eine Aussage zur Auswirkung dieser Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die beiden Berichte sind deshalb nicht geeignet, die Schlussfolgerungen des ausführlichen Teilgutachtens von Dr. J. \_\_\_\_\_, welche stimmig mit den von ihr erhobenen Befunden (Bewusstseinsklarheit, allseits gute Orientierung, keine Hinweise auf Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- oder

Konzentrationsstörungen, geordneter Gedankengang, keine Zwänge oder Ängste eruierbar, keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen, guter affektiver Rapport, erhaltene Schwingungsfähigkeit, Lächeln, lebhaftes Gestikulieren im Gespräch, kein Leidensdruck, kein sozialer Rückzug, keine Suizidalität, keine Einschlaf-, jedoch Durchschlafstörungen, gewollte Gewichtsabnahme [doc. 156 S. 45]) auf das Fehlen einer Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis nach ICD-10 schloss. Hinzuweisen bleibt darauf, dass bei nicht bestätigter somatoformer Schmerzstörung durch die Gutachter keine Pflicht besteht, sich mit den Förster-Kriterien bzw. den Standardindikatoren nach neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 4) auseinanderzusetzen, wie dies der Beschwerdeführer verlangt (vgl. Urteil des BGer 8C\_82/2016 vom 9. Mai 2016 E. 5.3). Festzuhalten bleibt seitens des Gerichts einerseits, dass Dr. F.\_\_\_\_\_ bereits in seinem Bericht vom 5. November 2011 (doc. 109) eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert hat, ohne dass diese Diagnose von den Gutachtern in der MEDAS-Stelle D.\_\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer am 28. Februar und 1. März 2012 persönlich untersucht haben (doc. 156 S. 28 und 42), bestätigt worden wäre. Dr. F.\_\_\_\_\_ hat nicht weiter begründet, worauf er seine Diagnose abstützt. Andererseits wird die Diagnose F33.2 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome) erstmals im Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2012 (doc. 164) erhoben, ohne dass aus dem Bericht ersichtlich würde, inwiefern und warum sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers in den sieben Monaten nach der Begutachtung in der MEDAS-Stelle D.\_\_\_\_\_ derart gravierend verändert hat, dass ihm in psychiatrischer Hinsicht neu eine schwere depressive Erkrankung attestiert werden müsste. Kommt hinzu, dass die im Bericht vom 13. Oktober 2012 stichwortartig erhobenen Befunde (im Vergleich zum Bericht vom 5. November 2011) keine gegenwärtig schwere Episode einer depressiven Störung erkennen lassen. Gegen eine schwere psychiatrische Erkrankung spricht auch, dass die behandelnden Ärzte eine nächste Kontrolle in drei Monaten anordnen. Den genannten Berichten kommt daher kein Beweiswert zu (vgl. dazu E. 4.7.2).

#### **E. 5.7**

Da somit die verschiedenen Arztberichte der Dres. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ (doc. 164, 171, 195, 199, 202) keine Zweifel an der Beurteilung des MEDAS-Gutachtens zur aktuellen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit aufkommen lassen, ist den Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten ohne Einschränkung zu folgen. Insgesamt ist der Beschwerdeführer aktuell in seiner angestammten Tätigkeit zu 70 Prozent arbeitsfähig, ganztags, mit einer aufgrund von zusätzlichen Pausen um 30% reduzierten Leistungsfähigkeit. In einer optimal angepassten, wirbelsäulenschonenden, leichten Tätigkeit ohne repetitiv gebückte Arbeitsposition, ohne repetitives Gewichte-Heben über 10 kg und ohne monoton sitzende resp. stehende Positionen besteht gesamthaft eine 70-prozentige Arbeitsfähigkeit, ganztags, mit 30-prozentig reduzierter Leistungsfähigkeit (S.54 f.).

#### **E. 5.8**

Am 30. September 2015 sind im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vier weitere Arztberichte aus Serbien eingereicht worden (B-act. 12). Sie basieren auf Kontrolluntersuchungen am 5., 7. und 19. September 2015, geben aktuelle Befunde und Diagnosen wieder und enthalten damit Aussagen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zeitlich nach dem Erlass der angefochtenen Verfügungen. Sie sind deshalb für den vorliegenden Fall unbeachtlich (vgl. vorne E. 3.1). Da sie zudem keine neuen und erheblichen Diagnosen erkennen lassen (Status nach Operation L5/S1 links ohne

Rezidiv, Diskusprotrusion L3/L4 ohne Nervenkompression, generalisierte Angststörung F41.1) bzw. die bereits bekannten Diagnosen wiederholen (anhaltende somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome) ergeben sich keine Gründe für eine weitergehende (revisionsweise) Prüfung durch die Vorinstanz. Soweit jedoch im MRI der Zervikalwirbelsäule von Dr. K. \_\_\_\_\_, Radiologie, vom 7. September 2015 (B-act. 12 Beilage 3) und im fachärztlichen Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 19. September 2015 (B-act. 12 Beilage 1) neu eine schwere Foramenstenose (knöchern verengte Nervenaustrittsöffnung als Folge degenerativer Veränderungen) der Wirbelkörper C4/C5 und C5/C6 diagnostiziert wird, kann der Beurteilung der Expertenkommission vom 22. Oktober 2015 (B-act. 14 Beilage 1) nicht gefolgt werden, die als neue Diagnose die Foramenstenose zwar bestätigt, jedoch in der Beurteilung ausführt, es handle sich um eine natürliche anatomische Rückbildung der Wirbelkörper ohne funktionelle Auswirkungen. Als mögliche Folgen einer Foramenstenose werden ischiasartige Schmerzen in den Armen, in schwereren Fällen Taubheitsgefühl und bisweilen eine Schwäche genannt (vgl. <http://www.neurochirurgie-drfrank.de/halswirbelsaeule/>; <http://www.neurochirurgie-offenbach.de/behandlung/cervicalstenose.php>; beide abgerufen am 28. Dezember 2016). Zu kurz greift zudem die Würdigung der Expertenkommission vom 22. Oktober 2015, die Gutachter in der MEDAS-Stelle D. \_\_\_\_\_ hätten bereits eine Einschränkung der Mobilität der Halswirbelsäule festgestellt, diese jedoch als nicht die Arbeitsfähigkeit einschränkend beurteilt. Bei dieser Aussage geht nämlich vergessen, dass die Erstdiagnose gut dreieinhalb Jahre später erfolgte und die Stenose anlässlich der Begutachtung gar nicht in der nun festgehaltenen Schwere berücksichtigt werden konnte. Die beiden Berichte sind deshalb zusammen mit der Eingabe vom 30. September 2015 (B-act. 12) an die Vorinstanz zu überweisen zur Prüfung als Revisionsgesuch.

### **E. 5.9**

Eine weitere Rüge des Beschwerdeführers, wonach Herr L. \_\_\_\_\_ kein Arzt sei (B-act. 16), zielt ins Leere; er fungierte anlässlich der Sitzung vom 22. Oktober 2015 mit Beteiligung etlicher Fachärzte aus verschiedenen Fachgebieten als Protokollführer (vgl. B-act. 14 Beilage 1, B-act. 19).

### **E. 5.10**

Insgesamt sind die Rügen des Beschwerdeführers zur Feststellung seines aktuellen Gesundheitszustandes nicht begründet. Der Sachverhalt ist vollständig und korrekt festgestellt worden. Der Schlussfolgerung der MEDAS-Gutachter und des RAD-Arzt es ist deshalb zu folgen, wonach der Beschwerdeführer aktuell (konkret ab dem 1. März 2012, dem Datum der letzten Untersuchung bei der MEDAS) in seiner angestammten Tätigkeit sowie in einer optimal angepassten Tätigkeit zu 70 Prozent arbeitsfähig sei, ganztags (zu 100%), mit einer aufgrund von zusätzlichen Pausen um 30% reduzierten Leistungsfähigkeit. Dass seither (bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen) eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten wäre, macht der Beschwerdeführer nicht geltend. Soweit er gestützt auf die nach diesem Datum ausgestellten Berichte auf eine abweichende Arbeitsfähigkeit schliesst, ist auf das oben Gesagte zu verweisen.

### **E. 6**

Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers retrospektiv ab 1. Juli 2004 bis zum 1. März 2012, dem Datum der letzten MEDAS-Untersuchung. Er macht eine höhere Rente

geltend als ihm in den beiden angefochtenen Verfügungen zugesprochen wurde.

#### **E. 6.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeeinflussende Änderung vom Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

#### **E. 6.2**

Auszugehen ist von einer 100-prozentigen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bis zum 1. März 2004 und damit einer ganzen Rente bis zum 30. Juni 2004 (vgl. vorne E. 1.3). Das MEDAS-Gutachten hielt zum Beginn und zum weiteren Verlauf der Arbeitsfähigkeit fest, dass ab März 2004 - hauptsächlich gestützt auf den Bericht von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 4. März 2004 an die IV-Stelle Luzern, in welchem dieser eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50 Prozent attestierte - überwiegend wahrscheinlich eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit bestanden habe, die bis zum Zeitpunkt des Gutachtens des Instituts C. \_\_\_\_\_ im Dezember 2006 auf 60 Prozent und bis zur aktuellen Begutachtung im Februar 2012 auf 70 Prozent habe gesteigert werden können. Die Beurteilung einer 100-prozentigen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. H. \_\_\_\_\_ in dessen Bericht vom 5. April 2004 sei nicht nachvollziehbar. Aus retrospektiver Sicht sei die Beurteilung einer 60-prozentigen Arbeitsfähigkeit durch das Institut C. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar; im Längsschnitt zeige sich eine langsame, aber kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Eine depressive Erkrankung nach ICD-10 sei nie diagnostiziert worden (doc. 156 S. 53/54).

#### **E. 6.3**

Dr. G. \_\_\_\_\_ des RAD führte dazu aus, die Perioden der Arbeitsunfähigkeiten könnten vom MEDAS-Gutachten nachvollziehbar übernommen werden. Es liege eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 100% vom 1. März 2003 bis 3. März 2004, von 50% ab 4. März 2004 bis 17. Dezember 2006, von 40% vom 18. Dezember 2006 bis 29. Februar 2012 und von 30% ab 1. März 2012 vor (doc. 166).

#### **E. 6.4**

Zu den Feststellungen der MEDAS-Stelle und des RAD-Arztes zum Verlauf der Arbeitsfähigkeiten erhebt der Beschwerdeführer folgende Rügen:

##### **E. 6.4.1**

Einleitend macht er geltend, die MEDAS-Gutachter hätten sich entgegen den Erwägungen des Bundesverwaltungsgerichts im Entscheid C-4047/2009 generell nicht mit dem Verlauf der Arbeitsfähigkeiten auseinandergesetzt (B-act. 1 Ziff. 24).

##### **E. 6.4.2**

Im Gutachten werden alle relevanten Arztberichte, Verfügungen und Urteile (mit Ausnahme des Berichts von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2009) im Zeitraum von 2003 bis 2012 aufgeführt (doc. 156 S. 4-17). Anschliessend erfolgt eine detaillierte Beschreibung der Vorgeschichte (S. 17-20). Zuletzt wird interdisziplinär zur

Funktionsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht Stellung genommen (S. 52-54). Ab dem 4. März 2004 betrage die Arbeitsfähigkeit 50 Prozent, ab dem 18. Dezember 2006 60 Prozent und ab Februar 2012 70 Prozent. Im rheumatologischen Teilgutachten - die gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen ergeben sich ausschliesslich in dieser Hinsicht, vgl. vorne E. 5.3.3 und 5.4) - wird ebenfalls auf den Verlauf eingegangen (Dr. N.\_\_\_\_\_, S. 29/30, 33/34). Die Gutachter haben sich somit - entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers - mit dem Verlauf der gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen auseinandergesetzt und das Gutachten beinhaltet auch eine retrospektive multidisziplinäre fachärztliche Beurteilung, insbesondere in orthopädischer und neurologischer Hinsicht, wie dies im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4047/2009 vom 30. Mai 2011 E. 5 verlangt wurde. Die Kritik des Beschwerdeführers greift daher ins Leere.

#### **E. 6.4.3**

Für die Zeit ab dem 4. März 2004 rügt der Beschwerdeführer weiter, die Gutachter hätten zu Unrecht festgestellt, es habe wieder eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit bestanden. Der Austrittsbericht der REHA-Klinik Z.\_\_\_\_ (Dr. S.\_\_\_\_\_) vom 13. (recte: 28., vgl. doc. 137) September 2005 widerspreche dieser Feststellung, da der Beschwerdeführer dort bis zum 13. Oktober 2005 als zu 100 Prozent arbeitsunfähig beurteilt worden sei (B-act. 1 Ziff. 22). Diese echtzeitliche Beurteilung sei beweiskräftiger als die retrospektive Beurteilung im Gutachten. Deshalb könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer 50-prozentigen Arbeitsfähigkeit ab dem 4. März 2004 ausgegangen werden.

#### **E. 6.4.4**

Sowohl die MEDAS-Gutachter (doc. 156 S. 53/54) als auch der RAD-Arzt (doc. 166) stützen sich für die Feststellung, wonach der Beschwerdeführer ab dem 4. März 2004 wieder zu 50 Prozent arbeitsfähig gewesen sei, hauptsächlich auf den Arztbericht von Dr. H.\_\_\_\_\_, Schmerzlinik T.\_\_\_\_\_ vom 4. März 2004 (doc. 9) und auf das nicht echtzeitliche Gutachten des Instituts C.\_\_\_\_\_. Daneben werden im MEDAS-Gutachten einzig die Bestätigung desselben Arztes vom 1. November 2004 (doc. 3) sowie die neuropsychologische Untersuchung vom 9. November 2004 (doc. 23, 130), wo ein mindestens leichtgradiges kognitives Defizit (mind. 35%) festgestellt wurde, erwähnt. Weitere sich in den Akten befindliche medizinische Unterlagen aus den Jahren 2004 bis 2006 diskutiert das MEDAS-Gutachten nicht.

#### **E. 6.4.5**

Da sich noch etliche weitere echtzeitliche medizinische Unterlagen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 4. März 2004 bis zum Vorgutachten des Instituts C.\_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2006 in den Akten befinden, und sich das Gutachten des Instituts C.\_\_\_\_\_ nachgewiesenermassen zum Verlauf der Arbeitsfähigkeiten ebenfalls nicht mit allen Arztberichten auseinandergesetzt hat, was das Bundesverwaltungsgericht bereits in seinem Entscheid C-4047/2009 vom 30. Mai 2011 (E. 4.1.4) bemängelte, kann nicht allein auf die vier obigen medizinischen Unterlagen abgestellt werden, um den Grad der Arbeitsfähigkeit ab dem 4. März 2004 festzustellen, wie dies die MEDAS-Stelle gemacht hat.

#### **E. 6.4.6**

Folgende echtzeitliche Berichte mit konkreten Aussagen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit März 2004 liegen vor: - Der Arztbericht von Dr. H.\_\_\_\_\_,

Schmerzlinik T. \_\_\_\_\_ vom 4. März 2004 an die IV-Stelle des Kantons Luzern (doc. 9 S. 3). Dem Bericht ist u.a. zu entnehmen, dass drei Arbeitsversuche zu je 50% gescheitert seien, und "dem Beschwerdeführer sei seine angestammte Tätigkeit noch 2 Stunden, allenfalls 2 Mal täglich zumutbar". - Der Arztbericht vom 8. März 2004 von Dr. I. \_\_\_\_\_ (Hausarzt, Allgemeinmediziner [doc. 14]). Der Beschwerdeführer könne seine angestammte Tätigkeit (Maschinenführer, Schicht) nicht mehr ausüben. In einer anderen Tätigkeit sei er im Rahmen von 4 Stunden arbeitsfähig. - Der Arztbericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 5. April 2004 (doc. 16). Er bestätigt eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit seit dem 20. Juni 2003 bis auf weiteres und führt aus, trotz Schmerzbehandlung ab Juni 2003 in der Schmerzlinik T. \_\_\_\_\_ sei ein Erfolg ausgeblieben. Die Klinik habe ihn zu 100% krank geschrieben. Letztmals habe sich der Patient im Februar 2004 mit einem Rezept für MST Continous (Morphium-Präparat) vorgestellt, mit Angabe von starken Schmerzen im linken Hüftbereich und links am Bein. Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. - Der Arztbericht von Dr. H. \_\_\_\_\_, Schmerzlinik T. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2004 (doc. 21). Er bestätigt aufgrund einer eigenen Untersuchung am 12. Oktober 2004 und den Diskographie-Bericht von Dr. U. \_\_\_\_\_ vom 2. August 2014 (doc. 19) eine stationäre Situation und eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit seit dem 17. Februar 2003. - Das Arztzeugnis von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2004 (doc. 3), in welchem eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2005 bestätigt wird. - Der Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung durch Dr. V. \_\_\_\_\_, Neuropsychologin, Schmerzlinik T. \_\_\_\_\_ vom 9. November 2004 (doc. 23, 130), wo ein mindestens leichtgradiges kognitives Defizit (zirka 35%) festgestellt wurde. - Der Bericht von Dr. S. \_\_\_\_\_ der Schmerzlinik Z. \_\_\_\_\_ vom 28. September 2005 (doc. 137). Dr. S. \_\_\_\_\_ bestätigt darin - gestützt auf eine stationäre Rehabilitationsbehandlung vom 23. August bis 13. September 2005 - eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 23. August 2005 bis zum 13. Oktober 2005, danach sei eine Neu Beurteilung vorzunehmen. - Der Arztbericht von Dr. H. \_\_\_\_\_, Schmerzlinik T. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2005, worin Dr. H. \_\_\_\_\_ gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit seines Patienten wegen chronischer Lumboischialgie links bei Spondylolisthesis L 5 und Status nach erfolgloser Operation L4/5 links bestätigt (doc. 36). Der Beschwerdeführer kehrte im Jahr 2006 in seine Heimat zurück; bis zum November 2011 liegen keine weiteren Arztberichte in den Akten.

#### **E. 6.4.7**

In diesen echtzeitlichen Berichten, welche gegenüber einer retrospektiven Beurteilung erhöhte Beweiskraft haben können (vgl. Urteil des BGer 8C\_848/2013 vom 4. Juni 2014 E. 4 m.w.H.; vgl. auch Urteil des BVGer C-1176/2014 vom 24. Oktober 2016 E. 7.3.2), wird sowohl eine 50-prozentige als auch überwiegend eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Deshalb ist zumindest fraglich, ob die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 4. März 2004 nur noch 50 Prozent betragen hat, wie er zu Recht rügt (B-act. 1 Ziff. 22). Schon das Verwaltungsgericht des Kantons Luzern hat in seinem Entscheid vom 8. Februar 2006 auf die Berichte von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2004 und vom 1. November 2005 hingewiesen, wo eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit bestätigt wurde (doc. 40). Dies gilt auch für das Bundesverwaltungsgericht, das in seinem Urteil C-4047/2009 vom 30. Mai 2011 zudem die mangelnde Auseinandersetzung des damaligen Gutachterinstituts C. \_\_\_\_\_ mit den Berichten von Dr. H. \_\_\_\_\_ und mit dem Bericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 5. April 2004 bemängelte (dortige E. 4.1.4). Weiter werden im Bericht von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 4. März 2004, auf welchen sich die Vorinstanz

hauptsächlich stützt, zusätzliche Einschränkungen gemacht; so wird darin ausdrücklich festgehalten, im Rahmen der 2 x 2 Stunden täglich bestehe zusätzlich eine verminderte Leistungsfähigkeit (schmerzbedingt verlangsamte Bewegungen) und eine Wechselbelastung sei unabdingbar (doc. 9). Auch im Arztzeugnis von Dr. S. \_\_\_\_\_ der Reha-Klinik Z. \_\_\_\_\_ wird - basierend auf einer längeren Hospitalisation - eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 23. August 2005 bis zum 13. Oktober 2005 bestätigt (doc. 137). Gleichzeitig vermag die Würdigung der Gutachter in der MEDAS-Stelle D. \_\_\_\_\_, die die Beurteilungen von Dr. H. \_\_\_\_\_ und im Gutachten des Instituts C. \_\_\_\_\_ als ungenügend begründet resp. nicht nachvollziehbar verwerfen (doc. 156 S. 53 f.), nicht restlos zu überzeugen, zumal sie damit begründet wird, dass "dies auch nicht ganz nachvollzogen werden könne". Zudem stellen die Gutachter trotz Kritik an der Begründung der Gutachter des Instituts C. \_\_\_\_\_ ("ohne dies zu begründen" [doc. 156 S. 54]) auf deren Schätzung einer Arbeitsfähigkeit von 60% ab mit der Begründung, "aufgrund der aktuellen Befunde und den im Gutachten genannten sowie der oben beschriebenen Verbesserung des Gesundheitszustandes" könne die damals attestierte 60%ige Arbeitsfähigkeit versicherungs-medizinisch retrospektiv bestätigt werden. Insgesamt zeige sich so im Längsschnitt eine langsame, aber kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, so dass davon ausgegangen werde könne, dass ab März 2004 überwiegend wahrscheinlich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe, die bis zum Zeitpunkt des Gutachtens des Instituts C. \_\_\_\_\_ im Dezember 2006 auf 60% und bis zur aktuellen Begutachtung im Februar 2012 auf 70% habe gesteigert werden können. Zu welchem Zeitpunkt die Steigerung von 60 auf 70% stattgefunden habe, könne aufgrund der fehlenden Arztberichte nicht festgelegt werden (doc. 156 S. 54). Damit geben die Gutachter selber Schwierigkeiten bei ihrer retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeitsgrade zu erkennen. Daher und aufgrund der zumeist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigenden echtzeitlichen Berichte der verschiedenen behandelnden Ärzte ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes im Sinne der Ausführungen der MEDAS-Gutachter (doc. 156 S. 54), der Stellungnahme des RAD (doc. 166) sowie der Vorinstanz in ihrer Verfügung vom 5. Dezember 2014 (doc. 222 f.) vorgelegen hat. Im Gegenteil ist aufgrund der gesamten medizinischen Unterlagen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zwischen März 2004 und Ende 2005 noch annähernd zu 100 Prozent arbeitsunfähig war.

#### **E. 6.5**

Bei einer in Aussicht genommenen Einstellung bzw. Herabsetzung einer bisher ausgerichteten Leistung trägt diejenige Partei die Beweislast, welche daraus Rechte ableiten will. Dies ist in der Regel der Versicherungsträger (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, a.a.O., Art. 43 Rz. 40 mit Hinweis auf Kranken- und Unfallversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 U 206 S. 329, 1992 U 142 S. 76; vgl. auch BGE 121 V 208 E. 6a). Ergibt die Beweiswürdigung, dass eine rentenaufhebende Tatsachenänderung nicht (mit überwiegender Wahrscheinlichkeit) bewiesen ist, trägt daher der Versicherungsträger die Folgen der Beweislosigkeit (URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, § 25, Rz. 1538).

#### **E. 6.6**

Da auf das Gutachten des Instituts C. \_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2006 - auf welches sich das MEDAS-Gutachten u.a. stützt - nicht abgestellt werden kann (vgl. Urteil des BVGer

C-4047/2009 vom 30. Mai 2011, E. 4.1.4), der Beschwerdeführer im selben Jahr in seine Heimat zurückkehrte und bis zum Zeitpunkt des MEDAS-Gutachtens vom 5. September 2012 keine weiteren medizinischen Unterlagen vorliegen ausser einem Arztbericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2011 (doc. 109), in welchem ein unveränderter Allgemeinzustand beschrieben wird, erweist sich die Beweislage für eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bis März 2012 im Sinne der gutachterlichen Würdigung (doc. 156) als ungenügend. An dieser Stelle bestände die Möglichkeit, ein gerichtliches Gutachten zur Abklärung des Sachverhaltes, allenfalls mit einer erneuten Untersuchung, in Auftrag zu geben, um eine retrospektive Darstellung der Arbeitsunfähigkeiten vorzunehmen. Da jedoch der Beschwerdeführer schon zwei Mal eingehend begutachtet wurde und sich ergeben hat, dass eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeiten mangels genügend klarer medizinischer Unterlagen nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit möglich ist, ist in antizipierter Beweiswürdigung (E. 4.3) zu schliessen, dass eine erneute Begutachtung keine weiterführenden Erkenntnisse zutage bringt. Zudem würde sich mit der Anordnung erneuter Abklärungen das bereits seit gut 13 Jahren hängige Verfahren weiter verzögern. Damit ist auf weitere Abklärungen zu verzichten.

#### **E. 6.7**

Entsprechend hat die Vorinstanz die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen. Es ist ihr zwar gelungen, nachzuweisen, dass der Beschwerdeführer ab dem Datum der letzten Untersuchung bei der MEDAS-Stelle am 1. März 2012 nur noch zu 30% arbeitsunfähig war. Nicht gelungen ist jedoch der Nachweis, dass ab dem 4. März 2004 eine rentenrelevante Verbesserung eingetreten ist. Dies hat zur Folge, dass dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juli 2004 bis drei Monate nach dem 1. März 2012 (Art. 88a Abs. 1 IVV), also bis am 30. Juni 2012 (Art. 19 Abs. 3 ATSG) eine volle Rente auszurichten ist. Ab 1. Juli 2012 besteht - unter Mitberücksichtigung des in E. 7 Gesagten - kein Anspruch mehr auf eine Rente.

#### **E. 7.1**

Zuletzt rügt der Beschwerdeführer, die Vorinstanz habe bei der Invaliditätsberechnung zu Unrecht einen Prozentvergleich vorgenommen und direkt vom Grad der Arbeitsunfähigkeit auf den Grad der Invalidität geschlossen (B-act. 1 Ziff. 31 ff.). Zudem sei der Beschwerdeführer als Teilzeiterwerbstätiger schlechter gestellt als Vollzeiterwerbstätige, was ebenfalls - unter Berücksichtigung weiterer Faktoren wie das Alter, Nationalität - in Form eines Leidensabzugs von 25 Prozent zu berücksichtigen sei.

#### **E. 7.2**

Die Vorinstanz macht dazu geltend, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit zu 70 Prozent arbeitsfähig. Er sei vollzeitig arbeitsfähig mit einer verminderten Leistungsfähigkeit. Deshalb sei ein Prozentvergleich zulässig.

#### **E. 7.3**

Der von der Vorinstanz durch einen Prozentvergleich ermittelte Invaliditätsgrad von 70 Prozent ist nicht zu beanstanden. Im MEDAS-Gutachten wird ausdrücklich ausgeführt, dass der Versicherte nicht nur in einer angepassten Verweistätigkeit, sondern auch in seiner angestammten Tätigkeit vollzeitig arbeitsfähig sei, mit reduzierter Leistungsfähigkeit (doc. 156, S. 54 unten, vgl. E. 5.5.3). Demnach ist ein Prozentvergleich zulässig. Bei der Anwendung des Prozentvergleichs ist zudem kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen

(vgl. Urteil des BGer 9C\_129/2008 vom 7. August 2008 E. 3.3.1 mit Hinweis auf BGE 126 V 75 E. 5b). Es resultiert eine Einkommensbusse von 30 Prozent, was einem Invaliditätsgrad von 30% entspricht (Art. 16 ATSG; vgl. dazu Urteil des BVer C-5558/2012 vom 5. Februar 2015, E. 9). Bezüglich Leidensabzug beruft sich die Vorinstanz zurecht auf das Urteil des Bundesgerichts 8C\_711/2012 vom 16. November 2012 E 4.2.5, wo festgehalten wird, dass bei vollzeitiger Arbeitsfähigkeit mit verminderter Leistungsfähigkeit ein Leidensabzug unter dem Titel "Beschäftigungsgrad" nicht gerechtfertigt sei.

#### **E. 7.4**

Damit ergibt sich für den Zeitraum ab Juli 2012 ein Invaliditätsgrad von 30%, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente mehr ergibt (E. 3.4).

#### **E. 8**

Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen. Die beiden Verfügungen der Vorinstanz vom 5. Dezember 2014 sind aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist vom 1. Juli 2004 bis zum 30. Juni 2012 eine ganze Rente zu gewähren. Die Vorinstanz wird aufgefordert, dem Beschwerdeführer die Rentendifferenz bzw. -ansprüche nachzuzahlen, unter allfälliger Berücksichtigung der Verzugszinsen (Art. 26 Abs. 2 ATSG). Danach entfällt der Anspruch auf eine Invalidenrente.

#### **E. 9**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 9.1**

Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 400.- festzusetzen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind dem teilweise obsiegenden Beschwerdeführer anteilmässig Gerichtskosten aufzuerlegen. Sein Anteil ist vorliegend auf Fr. 200.- festzulegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- zu entnehmen. Die Restanz von Fr. 200.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der (teilweise) unterliegenden Vorinstanz sind gemäss Art. 63 Abs. 2 VwVG keine Verfahrenskosten aufzuerlegen.

##### **E. 9.2**

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Vorliegend ist der Beschwerdeführer anwaltlich vertreten. In Anbetracht der mehrfach unaufgefordert eingereichten Eingaben des Rechtsvertreters wird die Parteientschädigung unter Beachtung der teilweise nicht notwendigen Aufwände auf pauschal Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, exklusive MwSt., welche nicht geschuldet ist) festgesetzt. Da der Beschwerdeführer nur zur Hälfte obsiegt, beträgt die Parteientschädigung Fr. 1'400.-, welcher von der Vorinstanz zu tragen ist. Als Bundesbehörde hat die IVSTA trotz teilweisem Obsiegen keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten

und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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