

BVGer C-3412/2020 vom 16. November 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3412_2020

FR: TAF C-3412/2020 du 16 novembre 2022

IT: TAF C-3412/2020 del 16 novembre 2022

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). 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). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und knapp formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2

Der Beschwerdeführer ist kosovarischer Staatsangehöriger und wohnt im Kosovo. 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 (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2B, 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Ab dem 1. April 2010 entfiel dessen Weiterführung mit dem Kosovo (vgl. hierzu bereits das den Beschwerdeführer betreffende Urteil C-1821/2019 vom 31. Juli 2019 E. 2). Das neue, am 8. Juni 2018 abgeschlossene und am 1. September 2019 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kosovo über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.475.1) ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren, in welchem die angefochtene Verfügung vom 11. Juni 2020 (vgl. E. 2 hiervor) zu beurteilen ist, anwendbar. Es begründet keine Leistungsansprüche für den Zeitraum vor seinem Inkrafttreten (vgl. Art. 35 Abs. 1 des Abkommens). Jedoch wird über Ansprüche von Personen, deren Rente – wie vorliegend – vor dem Inkrafttreten dieses Abkommens abgelehnt oder festgestellt worden ist, auf Antrag nach diesem Abkommen neu entschieden (Art. 35

C-3412/2020 Seite 7 Abs. 1 des Abkommens). Nach Art. 4 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaats den

Staatsangehörigen dieses Vertragsstaats beziehungsweise deren Familienangehörigen und Hinterlassenen gleich- gestellt, soweit das Abkommen nichts anderes bestimmt. Weil vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 11. Juni 2020, mit welcher die Vorinstanz bei einem festgestellten IV-Grad von 0 % das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Aufgrund der Rechtsbegehren ist Prozessthema respektive streitig und zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer und erwerblicher Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungs- verfügung (hier: 11. Juni 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verän- dert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungs- verfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom

E. 3.2

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

E. 3.3

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechts- anwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den an- gefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

E. 3.4

Im Sozialversicherungsrecht 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. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahr- scheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tat- sache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

E. 3.5

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sach-

C-3412/2020 Seite 9 verhält. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des BGer 8C_843/2016 vom 8. März 2017 E. 2; zum Ganzen auch BGE 144 V 427 E. 3.2).

E. 3.6

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, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a). 4. 4.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität 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). 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).

C-3412/2020 Seite 10 4.2 4.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Zusätzliche kumulative

Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. 4.2.2 Der Beschwerdeführer hat gemäss Bescheinigung des Versicherungsverlaufs in der Schweiz E 205 vom 15. August 2018 während 44 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (IVSTA-act. 8). Er erfüllt mithin die Voraussetzung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente. 4.3 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). 4.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach 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 (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme sieht das Abkommen zwischen der Schweiz und dem Kosovo nicht vor. 4.5 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so

C-3412/2020 Seite 11 dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1). 4.6 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 4.7 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). 5. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass sich das Bundesverwaltungsgericht im vorangegangenen Beschwerdeverfahren C-1821/2019 nicht mit den medizinischen Akten auseinandersetzen musste, da mit Blick auf die frühestmögliche Entstehung des Leistungsanspruchs vom 1. Juni 2019 das in Bezug auf kosovarische Staatsangehörige

ausser Kraft gesetzte Sozialversicherungsabkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der (ehemaligen) Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 offensichtlich nicht mehr anwendbar war (vgl. Urteil C-1821/2019 vom 31. Juli 2019 E. 2). Allerdings hätte auch eine Auseinandersetzung mit den medizinischen Akten im vorangegangenen Beschwerdeverfahren aufgrund des klaren Wortlauts von Art. 35 Abs. 5 des Abkommens einer erneuten Prüfung der medizinischen Akten im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht entgegengestanden (vgl. E. 2 hier- vor).

C-3412/2020 Seite 12 6. Aufgrund des soeben Ausgeführten ist nachfolgend zunächst zu prüfen, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt entsprechend der ihr gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG obliegenden Pflicht rechtsgenügend abgeklärt hat respektive ob mit den vorliegenden Akten eine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vorgelegen hat. Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs massgebenden Zeitraum lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen: 6.1 6.1.1 Bezüglich des Unfallereignisses vom 23. Mai 1995, welches der Beschwerdeführer als Ursache seiner geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden erachtet, hat der Beschwerdeführer sowohl im ersten, als auch im vorliegenden Gesuchsverfahren lediglich eine Bagatell-Unfallmeldung UVG des damaligen Arbeitgebers vom 9. August 1995 (vgl. IVSTA-act. 75 S. 1), eine Rechnung des Regionalspitals D._____ vom 25. Juli 1995 (vgl. IVSTA-act. 75 S. 2) sowie eine Arztrechnung des damals behandelnden Hausarztes vom 19. Juli 1995 (vgl. IVSTA-act. 75 S. 8) eingereicht. Aus diesen Dokumenten geht lediglich hervor, dass sich der Beschwerdeführer eine Schnittwunde am Kopf respektive der Stirn zugezogen hatte, die am 23. Mai 1995 notfallmässig im Regionalspital D._____ und anschliessend am 24. Mai 1995 in der Hausarztpraxis jeweils mittels Wundverband versorgt worden sei (vgl. IVSTA-act. 75 S. 1-4 und S. 7 f.). Eigentliche echtzeitliche medizinische Unterlagen befinden sich jedoch keine in den Akten. Sowohl der Beschwerdeführer als auch die Vorinstanz haben vergeblich versucht, entsprechende Behandlungsberichte aus jedem Zeitraum erhältlich zu machen. Aufgrund der verstrichenen Zeit seit dem Unfallereignis vor über 20 Jahren waren jedoch weder beim Regionalspital D._____ noch bei der Praxis des damaligen Hausarztes irgendwelche Unterlagen vorhanden (vgl. IVSTA-act. 2 S. 5, 21 f., 27, 46 S. 2, 49 S. 2, 67, 68 S. 1 und S. 9, 75 S. 5 und 111 S. 3 f.). 6.1.2 Im Entlassungsbericht der Klinik für Neurochirurgie E._____ betreffend den Krankenhausaufenthalt vom 16. bis zum 26. März 2015 berichten die Dres. med. F._____ und G._____ (jeweils ohne Angabe eines Facharztstitels), dass der Versicherte seit ein paar Monaten Nackenschmerzen habe, ihm zudem Gegenstände aus der Hand fallen würden und sein Gang erschwert sei. Mittels MRT sei eine Diskushernie C5 bei C-3412/2020 Seite 13 zervikaler Myelopathie festgestellt worden, welche am 24. März 2015 mittels Diskektomie C5 und Cage-Einlage operativ versorgt worden sei. Im Weiteren führen die Ärzte aus, dass ein postoperativ erstelltes Kontrollröntgenbild eine saubere Position des Implantats gezeigt habe. Bis zum nächsten Kontrolltermin in zwei Monaten sei der Versicherte krankgeschrieben worden (IVSTA-act. 19; 57, 70 S. 6 und 81). 6.1.3 Gemäss Bestätigung des kosovarischen Sozialversicherungsträgers vom 26. Mai 2017 beziehe der Beschwerdeführer seit dem 16. Dezember 2016 eine kosovarische IV-Rente (vgl. IVSTA-act. 16). 6.1.4 Im Kurzbericht vom 18. August 2018 führt Dr. med.

H. _____, Fach- arzt für Neurochirurgie, die Diagnosen St. n. Diskektomie C5 und Cage-Einlage am 24. März 2015, posttraumatische Cephalaea sowie Zervikobrachialgie-Syndrom auf. Im Weiteren führt er aus, dass der Patient mittels diversen Therapien (Physio-, Kinesio- und Kryotherapie; Massagen; Elektro-, Ultrasono- sowie Ergotherapie; Lymph-Drainage, Muskel-Tapping etc.), ebenso mit Analgetika und Muskelrelaxanzien behandelt worden sei. Schliesslich hielt der Arzt fest, dass der Versicherte wegen den Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und am Rücken «weiterhin» nicht in der Lage sei zu arbeiten. Er empfahl die weitere Behandlung mittels Schmerz- und Physiotherapie (vgl. IVSTA-act. 18). 6.1.5 Die soeben aufgeführten Dokumente wurden dem RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, bereits im ersten Gesuchsverfahren zur Beurteilung unterbreitet. In Würdigung dieser Unterlagen stellte Dr. med. I. _____ in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 als einzige (Haupt-)Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen St. n. Diskektomie C5 und Cage-Einlage am 24. März 2015 bei zervikaler Myelopathie. Der RAD-Arzt wies darauf hin, dass die Aktenlage zwar dürftig sei, sich daraus trotzdem erkennen lasse, dass die Sägeverletzung aus dem Jahr 1994 nichts mit den heutigen Beschwerden zu tun habe und der Bandscheibenvorfall nicht auf den damaligen Unfall zurückzuführen sei. Aufgrund der HWS-Schäden und der am 24. März 2015 durchgeführten Operation seien dem Patienten die angestammte Tätigkeit als Saisonarbeiter/Gartenarbeiter sowie jede andere schwere körperliche Arbeit ab dem 24. März 2015 nicht mehr zumutbar. Demgegenüber fänden sich in den Akten keine Hinweise für eine (dauerhafte) Arbeitsunfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten ohne Belastung der Wirbelsäule. Diesbezüglich habe lediglich von 24. März 2015 bis

C-3412/2020 Seite 14 24. Juni 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ebenso seien keine invalidisierenden Unfallfolgen vorhanden (vgl. IVSTA-act. 31). 6.1.6 Einwandweise reichte der Beschwerdeführer einen handschriftlich verfassten und daher nur teilweise lesbaren Kurzbericht der Polyklinik «J. _____» vom 7. Februar 2019 nach, den die Vorinstanz in der Folge ins Deutsche übersetzen liess. Soweit gemäss deutscher Übersetzung entzifferbar, nennt Dr. med. K. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, die Diagnose St. n. Diskektomie C5 infolge einer Diskushernie C5. Im Weiteren lässt sich dem Bericht entnehmen, dass der Beschwerdeführer Schmerzen im zervikalen Bereich habe und die Reflexe bei der Untersuchung symmetrisch gewesen seien. Schliesslich lässt sich dem Bericht noch entnehmen, dass die Ärztin nebst einer Schmerzmedikation auch eine 2-wöchige Behandlung im Heilbad eines Reha-Zentrums mitsamt diverser Therapien (u.a. perkutane elektrische Nervenstimulation [PENS], physikalische Therapie [PT] und Kinesiotherapie) verschrieben habe (vgl. IVSTA-act. 38 f.). 6.1.7 Unter Berücksichtigung dieses neuen Berichts bestätigte Dr. med. I. _____ mit Stellungnahme vom 1. April 2019 seine Einschätzung vom

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität 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). 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. 4.2.1

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat.

E. 4.2.2

Der Beschwerdeführer hat gemäss Bescheinigung des Versicherungsverlaufs in der Schweiz E 205 vom 15. August 2018 während 44 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (IVSTA-act. 8). Er erfüllt mithin die Voraussetzung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente.

E. 4.3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

E. 4.4

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach 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 (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme sieht das Abkommen zwischen der Schweiz und dem Kosovo nicht vor.

E. 4.5

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 4.6

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 4.7

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d).

E. 5

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass sich das Bundesverwaltungsgericht im vorangegangenen Beschwerdeverfahren C-1821/2019 nicht mit den medizinischen Akten auseinandersetzen musste, da mit Blick auf die frühestmögliche Entstehung des Leistungsanspruchs vom 1. Juni 2019 das in Bezug auf kosovarische Staatsangehörige ausser Kraft gesetzte Sozialversicherungsabkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der (ehemaligen) Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 offensichtlich nicht mehr anwendbar war (vgl. Urteil C-1821/2019 vom 31. Juli 2019 E. 2). Allerdings hätte auch eine Auseinandersetzung mit den medizinischen Akten im vorangegangenen Beschwerdeverfahren aufgrund des klaren Wortlauts von Art. 35 Abs. 5 des Abkommens einer erneuten Prüfung der medizinischen Akten im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht entgegengestanden (vgl. E. 2 hiervor).

E. 6

Aufgrund des soeben Ausgeführten ist nachfolgend zunächst zu prüfen, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt entsprechend der ihr gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG obliegenden Pflicht rechtsgenügend abgeklärt hat respektive ob mit den vorliegenden Akten eine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vorgelegen hat. Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs massgebenden Zeitraum lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

E. 6.1.1

Bezüglich des Unfallereignisses vom 23. Mai 1995, welches der Beschwerdeführer als Ursache seiner geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden erachtet, hat der Beschwerdeführer sowohl im ersten, als auch im vorliegenden Gesuchsverfahren lediglich

eine Bagatell-Unfallmeldung UVG des damaligen Arbeitgebers vom 9. August 1995 (vgl. IVSTA-act. 75 S. 1), eine Rechnung des Regionalspitals D._____ vom 25. Juli 1995 (vgl. IVSTA-act. 75 S. 2) sowie eine Arztrechnung des damals behandelnden Hausarztes vom 19. Juli 1995 (vgl. IVSTA-act. 75 S. 8) eingereicht. Aus diesen Dokumenten geht lediglich hervor, dass sich der Beschwerdeführer eine Schnittwunde am Kopf respektive der Stirn zugezogen hatte, die am 23. Mai 1995 notfallmässig im Regionalspital D._____ und anschliessend am 24. Mai 1995 in der Hausarztpraxis jeweils mittels Wundverband versorgt worden sei (vgl. IVSTA-act. 75 S. 1-4 und S. 7 f.). Eigentliche echtzeitliche medizinische Unterlagen befinden sich jedoch keine in den Akten. Sowohl der Beschwerdeführer als auch die Vorinstanz haben vergeblich versucht, entsprechende Behandlungsberichte aus jenem Zeitraum erhältlich zu machen. Aufgrund der verstrichenen Zeit seit dem Unfallereignis vor über 20 Jahren waren jedoch weder beim Regionalspital D._____ noch bei der Praxis des damaligen Hausarztes irgendwelche Unterlagen vorhanden (vgl. IVSTA-act. 2 S. 5, 21 f., 27, 46 S. 2, 49 S. 2, 67, 68 S. 1 und S. 9, 75 S. 5 und 111 S. 3 f.).

E. 6.1.2

Im Entlassungsbericht der Klinik für Neurochirurgie E._____ betreffend den Krankenhausaufenthalt vom 16. bis zum 26. März 2015 berichten die Dres. med. F._____ und G._____ (jeweils ohne Angabe eines Facharztstitels), dass der Versicherte seit ein paar Monaten Nackenschmerzen habe, ihm zudem Gegenstände aus der Hand fallen würden und sein Gang erschwert sei. Mittels MRT sei eine Diskushernie C5 bei zervikaler Myelopathie festgestellt worden, welche am 24. März 2015 mittels Diskektomie C5 und Cage-Einlage operativ versorgt worden sei. Im Weiteren führen die Ärzte aus, dass ein postoperativ erstelltes Kontroll-Röntgenbild eine saubere Position des Implantats gezeigt habe. Bis zum nächsten Kontrolltermin in zwei Monaten sei der Versicherte krankgeschrieben worden (IVSTA-act. 19; 57, 70 S. 6 und 81).

E. 6.1.3

Gemäss Bestätigung des kosovarischen Sozialversicherungsträgers vom 26. Mai 2017 beziehe der Beschwerdeführer seit dem 16. Dezember 2016 eine kosovarische IV-Rente (vgl. IVSTA-act. 16).

E. 6.1.4

Im Kurzbericht vom 18. August 2018 führt Dr. med. H._____, Facharzt für Neurochirurgie, die Diagnosen St. n. Diskektomie C5 und Cage-Einlage am 24. März 2015, posttraumatische Cephalaea sowie Zervikobrachialgie-Syndrom auf. Im Weiteren führt er aus, dass der Patient mittels diversen Therapien (Physio-, Kinesio- und Kryotherapie; Massagen; Elektro-, Ultrasono- sowie Ergotherapie; Lymph-Drainage, Muskel-Tapping etc.), ebenso mit Analgetika und Muskelrelaxanzien behandelt worden sei. Schliesslich hielt der Arzt fest, dass der Versicherte wegen den Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und am Rücken «weiterhin» nicht in der Lage sei zu arbeiten. Er empfahl die weitere Behandlung mittels Schmerz- und Physiotherapie (vgl. IVSTA-act. 18).

E. 6.1.5

Die soeben aufgeführten Dokumente wurden dem RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, bereits im ersten Gesuchsverfahren zur Beurteilung unterbreitet. In Würdigung dieser Unterlagen stellte Dr. med. I._____ in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 als einzige (Haupt-)Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen St. n. Diskektomie C5 und Cage-Einlage am

24. März 2015 bei zervikaler Myelopathie. Der RAD-Arzt wies darauf hin, dass die Aktenlage zwar dürftig sei, sich daraus trotzdem erkennen lasse, dass die Sägeverletzung aus dem Jahr 1994 nichts mit den heutigen Beschwerden zu tun habe und der Bandscheibenvorfall nicht auf den damaligen Unfall zurückzuführen sei. Aufgrund der HWS-Schäden und der am 24. März 2015 durchgeführten Operation seien dem Patienten die angestammte Tätigkeit als Saisonarbeiter/Gartenarbeiter sowie jede andere schwere körperliche Arbeit ab dem 24. März 2015 nicht mehr zumutbar. Demgegenüber fänden sich in den Akten keine Hinweise für eine (dauerhafte) Arbeitsunfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten ohne Belastung der Wirbelsäule. Diesbezüglich habe lediglich von 24. März 2015 bis 24. Juni 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ebenso seien keine invalidisierenden Unfallfolgen vorhanden (vgl. IVSTA-act. 31).

E. 6.1.6

Einwandweise reichte der Beschwerdeführer einen handschriftlich verfassten und daher nur teilweise lesbaren Kurzbericht der Polyklinik «J. _____» vom 7. Februar 2019 nach, den die Vorinstanz in der Folge ins Deutsche übersetzen liess. Soweit gemäss deutscher Übersetzung entzifferbar, nennt Dr. med. K. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, die Diagnose St. n. Diskektomie C5 infolge einer Diskushernie C5. Im Weiteren lässt sich dem Bericht entnehmen, dass der Beschwerdeführer Schmerzen im zervikalen Bereich habe und die Reflexe bei der Untersuchung symmetrisch gewesen seien. Schliesslich lässt sich dem Bericht noch entnehmen, dass die Ärztin nebst einer Schmerzmedikation auch eine 2-wöchige Behandlung im Heilbad eines Reha-Zentrums mitsamt diverser Therapien (u.a. perkutane elektrische Nervenstimulation [PENS], physikalische Therapie [PT] und Kinesiotherapie) verschrieben habe (vgl. IVSTA-act. 38 f.).

E. 6.1.7

Unter Berücksichtigung dieses neuen Berichts bestätigte Dr. med. I. _____ mit Stellungnahme vom 1. April 2019 seine Einschätzung vom 11. Dezember 2018. Der nachgereichte Bericht ändere nichts an der Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig in seiner angestammten Tätigkeit sei. Abgesehen von einer vorübergehenden dreimonatigen vollen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Operation sei er ab dem 24. Juni 2015 in leidensangepassten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Im Weiteren seien der Bandscheibenschaden und die Operation nicht in einem direkten kausalen Zusammenhang mit der Sägeverletzung vor 25 Jahren zu sehen (vgl. IVSTA-act. 42).

E. 6.2

Nach Erhalt des nach Inkrafttreten des neuen Sozialversicherungsabkommens per 1. September 2019 erneut gestellten Leistungsgesuchs lagen der Vorinstanz in medizinischer Hinsicht nebst den obgenannten Dokumenten zusätzlich die folgenden Berichte vor:

E. 6.2.1

Im fachärztlichen Befundbericht vom 3. Oktober 2019 führt Dr. med. F. _____ (ohne Angabe eines Facharztstitels) betreffend die Verlaufsuntersuchung aus, der Beschwerdeführer sei 2015 wegen einer zervikalen spondyloischen Myelopathie operiert worden. Der Versicherte fühle sich subjektiv besser, habe aber weiterhin Probleme beim Gehen und ein Kribbeln in den Armen. Die Kontroll-Untersuchung mittels MRT habe einen Zustand nach der Operation und eine residuale alte Myelopathie auf dem Niveau C5 ohne

kompressive Phänomene im Spinalkanal gezeigt. Dr. med. F. _____ bestätigte die Diagnose St. n. Operation der Diskushernie C5. Er empfahl eine Physiotherapie sowie eine Kontrolluntersuchung in sechs Monaten. Im Weiteren empfahl er die Einweisung bei der Invaliditätskommission zwecks Begutachtung der Arbeitsfähigkeit (vgl. IVSTA-act. 86).

E. 6.2.2

Im knapp gehaltenen, vom kosovarischen Sozialversicherungsträger veranlassten Formularbericht E 213 vom 20. Dezember 2019 hielt Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie, fest, dass der Versicherte unter Schmerzen am Rücken, im linken Bein und in der rechten Hand leide, wobei die beiden erstgenannten Leiden im Vordergrund stünden. Aktuell stehe er in Behandlung bei einem Neurochirurgen. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung habe sich eine Schwäche der oberen und unteren Extremitäten gezeigt; ebenso seien die Reflexe geschwächt. Als Diagnosen nannte der Arzt eine Essentielle (primäre) Hypertonie (ICD-10: I10), sonstige Bandscheibenschäden (ICD-10: M51), zervikale Bandscheibenschäden (ICD-10: M50) sowie eine Funktionsstörung des Labyrinths im Innenohr (ICD-10: H83.2). Im Weiteren gab der Arzt an, dass der Verlauf der Erkrankung chronisch sei und sich der Zustand im Vergleich zur Voruntersuchung - wobei unklar bleibt, wann letztere erfolgt sei - verschlechtert habe. Der Beschwerdeführer sei weder im angestammten Beruf noch in angepassten Tätigkeiten arbeitsfähig. Eine Verbesserung des derzeitigen Zustands könne nicht erzielt werden (vgl. IVSTA-act. 91 und 95).

E. 6.2.3

Am 4. März 2020 ersuchte die Vorinstanz den RAD zu prüfen, ob mit den neuen Unterlagen glaubhaft gemacht werde, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe (vgl. IVSTA-act. 98). In Würdigung der bekannten sowie neu vorgelegten Unterlagen teilte Dr. med. I. _____ mit Stellungnahme vom 16. März 2020 mit, dass die Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der bisherigen entspreche; weitere Diagnosen nannte der RAD-Arzt nicht. Auch seine im Rahmen des ersten Gesuchsverfahrens abgegebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bestätigte Dr. med. I. _____. Zur Begründung führte er aus, die «nun erneut» vorgelegten Berichte seien nicht geeignet eine wesentliche IV-relevante Änderung des Gesundheitszustandes «überwiegend wahrscheinlich glaubhaft» zu machen. Der eingereichte MRI Befund zeige keine Kompression, also kein Rezidiv nach der Operation von 2015 (vgl. IVSTA-act. 99).

E. 6.2.4

Nachdem der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 20. Mai 2020 Einwand erhoben hatte, ohne dabei jedoch neue medizinische Unterlagen vorzulegen, bestätigte Dr. med. I. _____ mit Stellungnahme vom 8. Juni 2020 erneut seine bisherigen Beurteilungen, führte dabei aber bei der Diagnoseliste ergänzend einen St. n. Sägeverletzung links frontal als Nebendiagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf. Zur Begründung wies er darauf hin, dass keine neuen Erkenntnisse vorlägen. Für sämtliche körperlichen und die Wirbelsäule belastenden Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Hingegen fänden sich keine Hinweise auf eine Arbeitsunfähigkeit in leichten, den Leiden angepassten Tätigkeiten ohne Heben und Tragen, ohne Zwangshaltungen, ohne Bücken, Hocken, Knien und Leitern besteigen. Es gelte daher weiterhin das in den bisherigen Stellungnahmen Gesagte (vgl. IVSTA-act. 113).

E. 7

August 2017 E. 3). Ärztliche Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (vgl. Urteil BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.). In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 11. Juni 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Im vorliegenden Fall sind damit insbesondere die erst am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen (Weiterentwicklung der IV C-3412/2020 Seite 8 [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535) im IVG, in der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) sowie im ATSG nicht anwendbar (vgl. Urteil des BGer 9C_339/2021 vom 27. Juli 2022 E. 2.1).

E. 7.1

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil des BGer 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3).

C-3412/2020 Seite 17

E. 7.2

Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten es dem RAD erlaubten, sich ein umfassendes Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Verlauf und gegenwärtiger Status) und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

E. 7.3

Wie sich aus den unter E. 6 aufgeführten medizinischen Berichten ergibt, stand dem RAD-Arzt für seine Aktenbeurteilung eine äusserst dürftige medizinische Aktenlage aus dem Zeitraum von März 2015 bis Dezember 2019 zur Verfügung. Durch diese ist zwar immerhin widerspruchsfrei erstellt, dass beim Beschwerdeführer aufgrund einer Diskushernie auf der Höhe C5 am 24. März 2015 eine Diskektomie mit Cage-Einlage durchgeführt wurde und ihm aufgrund dieser HWS-Schäden sowie der durchgeführten Operation keine schweren körperlichen Tätigkeiten mehr zumutbar sind. Jedoch besteht weiterhin darin Uneinigkeit, ob dem Beschwerdeführer leichte, leidensangepasste Tätigkeiten zumutbar sind.

E. 7.4

Im Zusammenhang mit der Würdigung der spärlichen Aktenlage durch Dr. med. I. _____ fällt auf, dass die Vorinstanz dem RAD das medizinische Dossier mit der Frage unterbreitet hat, ob mit den neuen Unterlagen glaubhaft gemacht werde, dass sich der Invaliditätsgrad seit der Abweisung des ersten Gesuchs am 3. April 2019 in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe (vgl. Anfrage an den RAD vom 28. Januar 2020, IVSTA-act. 98). Damit hat die Vorinstanz Dr. med. I. _____ offensichtlich darum ersucht, die medizinischen Akten unter dem Aspekt einer Neuanschuldung gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV (diese Rechtsnorm wird in der Anfrage an den Arzt explizit erwähnt) zu würdigen, was jedoch klar Art. 35 Abs. 5 des am 1. September 2019 in Kraft getretenen neuen Abkommens widerspricht (vgl. E. 2 hiervor). Zwar hat die Vorinstanz in casu über das

C-3412/2020 Seite 18 erneute Leistungsgesuch – statt mittels Nichteintreten mangels Glaubhaftmachung – letztlich doch materiell entschieden. Dennoch erfolgte die medizinische Würdigung durch Dr. med. I. _____ unter falschen Voraussetzungen, was sich eindeutig aus seiner Aussage ergibt, dass die vorgelegten Berichte nicht geeignet seien, eine wesentliche IV-relevante Änderung des Gesundheitszustandes «überwiegend wahrscheinlich glaubhaft» zu machen (vgl. IVSTA-act. 99 S. 2 unten), was im Übrigen bezüglich des Beweismasses eine unzulässige Vermengung der beiden unterschiedlichen Beweisgrade «überwiegende Wahrscheinlichkeit» und «Glaubhaftmachung» darstellt.

E. 7.4.1

Die irreführende Fragestellung durch die Vorinstanz hatte offensichtlich zur Folge, dass der RAD-Arzt die vorgelegten medizinischen Unterlagen nicht mit der nötigen Sorgfalt geprüft und gewürdigt hat, wie es ein umfassend zu prüfendes Gesuch (E. 2 hiervor) erfordern würde. Zwar erweisen sich die Ausführungen von Dr. med. I. _____ aufgrund der vorliegenden Akten insofern als nachvollziehbar und widerspruchsfrei, als beim Beschwerdeführer ein St. n. Diskektomie C5 und Cage-Einlage am 24. März 2015 bei zervikaler Myelopathie vorliegt. Indessen hat der RAD-Arzt offensichtlich übersehen, dass Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie, im Formularbericht E 213 vom 20. Dezember 2019 nebst den bereits bekannten Bandscheiben-Schäden insbesondere neu auch die Diagnose «Funktionsstörung des Labyrinths im Innenohr (ICD-10: H83.2)» aufgeführt hat (vgl. IVSTA-act. 91 S. 4 und 95 S. 7 f.); Dr. med. I. _____ hat jedenfalls aktenwidrig ausgeführt, es lägen (im Vergleich zum ersten Verfahren) keine Änderungen respektive neuen Erkenntnisse vor (vgl. IVSTA-act. 99 und 113). Der RAD-Arzt hat im Zusammenhang mit dem Formularbericht E 213 von Dr. med. L. _____ lediglich

erwähnt, dass gemäss diesem Bericht keine Arbeitsfähigkeit beim Beschwerdeführer bestehe (vgl. IVSTA-act. 99 S. 1).

E. 7.4.2

Gemäss einer kurzen Internet-Recherche kann die Funktionsstörung des Labyrinths im Innenohr zu verschiedenen Beschwerden führen, wie z.B. Schwindel, Gleichgewichtsprobleme oder Minderung des Hörvermögens (vgl. die auf der Homepage des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit abrufbaren Erläuterungen, <https://gesund.bund.de/icd-code-suche/h83>, zuletzt besucht am 13. Oktober 2020). Zwar hat der untersuchende Neurologe Dr. med. L._____ seine Diagnose nicht näher begründet, sodass nicht hinreichend klar ist, aufgrund welcher Befunde der kosovarische Arzt letztlich zu seiner Schlussfolgerung gelangt

C-3412/2020 Seite 19 ist. Jedoch hat er immerhin bei der Befundaufnahme eine Hypakusis (Einschränkung des Hörvermögens; vgl. Ziff. 3.2.2 des Formulars E 213) und einen schwerfälligen Gang (vgl. Ziff. 3.10 des Formulars E 213) festgestellt. Aufgrund der ärztlicherseits erwähnten Funktionsstörung des Labyrinths ist unklar, ob beide klinischen Befunde Folge von der von Dr. med. L._____ diagnostizierten Funktionsstörung des Labyrinths im Innenohr sein könnten (vgl. IVSTA-act. 91 S. 2). Entsprechende, auch vier Jahre nach der Operation an der HWS weiterbestehende Probleme beim Gehen hat der Beschwerdeführer im Übrigen im Rahmen der Kontrolluntersuchung vom 3. Oktober 2019 auch gegenüber Dr. med. F._____ erwähnt, welcher im Jahre 2015 den Eingriff durchgeführt hatte (vgl. IVSTA-act. 86). Dass die Diagnosen nicht grundlos gestellt wurden, zeigen zumindest die im vorliegenden Beschwerdeverfahren nach Abschluss des Schriftenwechsels mit Spontaneingabe vom 28. Mai 2021 eingereichten beiden Untersuchungsberichte vom 19. April 2021, welche die Diagnose bilaterale Otosklerose erwähnen, sowie der Entlassungsbericht betreffend die Hospitalisation vom 15. bis zum 25. Mai 2021, im Rahmen welcher am 25. Mai 2021 eine Stapedektomie durchgeführt wurde (vgl. BVGer-act. 27 sowie deren Übersetzung in BVGer-act. 32). Jedoch geben auch diese Arztberichte keinen Aufschluss über die Frage, ob die Schädigung im Ohr auch Auswirkungen auf das Gleichgewichtsorgan und somit auch Auswirkungen auf den Gang des Beschwerdeführers zeitigt.

E. 7.4.3

Aufgrund der neu erwähnten, vom RAD-Arzt mit keinem Wort erwähnten HNO-Diagnosen, welche im Formularbericht vom 20. Dezember 2019 jedoch nicht hinreichend nachvollziehbar begründet wurden, wären aufgrund des geltenden Untersuchungsgrundsatzes in jedem Fall weitere Abklärungen angezeigt gewesen. Wie bereits ausgeführt (E. 2 hiervor), hat der Beschwerdeführer nach Art. 35 Abs. 5 des Abkommens Anspruch darauf, dass sein erneut gestelltes Gesuch nochmals umfassend geprüft wird.

E. 7.5

Kommt hinzu, dass Dr. med. I._____ und Dr. med. L._____ die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers unterschiedlich beurteilt haben. Während Dr. med. L._____ dem Beschwerdeführer für sämtliche Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (vgl. IVSTA-act. 91 S. 7), bescheinigte Dr. med. I._____ eine solche lediglich für schwere körperliche Tätigkeiten, wie z.B. für die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Landwirt. Leichte, den Leiden angepasste Tätigkeiten ohne Heben und Tragen

von Lasten sowie ohne Bücken, Hocken, Knien und Be- steigen von Leitern erachtete er zu 100 % als zumutbar. An der RAD-ärzt- lichen Beurteilung bestehen jedoch gewisse Zweifel, weil sie – wie soeben

C-3412/2020 Seite 20 dargelegt (E. 7.4 hiervor) – ohne Auseinandersetzung mit der von Dr. med. L._____ erwähnten Diagnose «Funktionsstörung des Labyrinths im In- nenohr» erfolgte. Da im Weiteren Dr. med. L._____ seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht begründet hat, kann weder auf die eine noch auf die andere Einschätzung abgestellt werden. Die beiden unter- schiedlichen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit geben daher ebenfalls An- lass zu ergänzenden Abklärungen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4).

E. 7.6

Schliesslich ergeben sich aus den vorinstanzlichen Akten gewisse Hin- weise, dass dem RAD respektive der Vorinstanz möglicherweise nicht sämtliche medizinischen Akten zur Prüfung des Anspruchs vorgelegen ha- ben. Denn Dr. med. L._____ hat in seinem Formularbericht E 213 vom 20. Dezember 2019 angegeben, dass sich der Zustand des Beschwerde- führers (im Vergleich zur Voruntersuchung) verschlechtert habe (vgl. IV- STA-act. 91 S. 6 Ziff. 7). Der kosovarische Arzt nennt zwar kein Datum der entsprechenden Voruntersuchung. Jedoch ergibt sich aus den vorinstanz- lichen Akten zumindest, dass der Beschwerdeführer seit dem 16. Dezem- ber 2016 eine kosovarische IV-Rente erhält (vgl. die vom Beschwerdefüh- rer bereits im ersten Gesuchsverfahren eingereichte Bestätigung des ko- sovarischen Sozialversicherungsträgers vom 26. Mai 2017, E. 6.1.3 hier- vor). Es besteht somit zumindest die Möglichkeit, dass der kosovarische Rentenentscheid auf einer bereits früher veranlassten Untersuchung bei einem Vertrauensarzt des kosovarischen Sozialversicherungsträgers be- ruht. Diese Frage hat die Vorinstanz in casu trotz geltendem Untersu- chungsgrundsatz nicht geklärt. Sie hat sich lediglich damit begnügt, die we- nigen vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Berichte sowie den vom kosovarischen Sozialversicherungsträger veranlassten und mit Schreiben vom 28. Januar 2020 übermittelten Formularbericht E 213 vom 20. Dezember 2019 dem RAD mit der Frage zur Prüfung zu unterbreiten, ob damit eine Verschlechterung glaubhaft gemacht worden sei, obschon sie den Leistungsanspruch gemäss klarem Wortlaut von Art. 35 Abs. 5 des Abkommens erneut umfassend hätte prüfen müssen. 8. Aus dem insgesamt Ausgeführten ergibt sich, dass die medizinische Ak- tenlage unvollständig ist. Den medizinischen Akten ist keine umfassende Darstellung der Befunde zu entnehmen. Es fehlt auch eine fachübergrei- fende Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten somatischen Beeinträchtigungen bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Ein- schränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 137 V 210 E.

C-3412/2020 Seite 21 1.2.4). Dabei ist insbesondere die im Formularbericht E 213 vom 20. De- zember 2019 genannte Funktionsstörung des Labyrinths im Innenohr und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vollständig unberücksichtigt geblieben. Als Folge davon bestehen zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD, zumal er sich auch nicht einmal im Ansatz mit der abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. L._____ auseinandergesetzt hat. Aus diesem Grund kann auf die Aktenbeurteilungen des RAD als Grundlage für die Beurtei- lung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerde- führers nicht abgestellt werden. Daraus folgt, dass die Vorinstanz den re- levanten medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidgrundlage ist es vor- liegend demzufolge nicht möglich, mit dem im

Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer im Rahmen des aufgrund von Art. 35 Abs. 5 des Abkommens umfassend zu prüfenden neuen Gesuchs Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat. 9.1 Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es insbesondere an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung fehlt und die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren noch kein Gutachten eingeholt, sondern sich lediglich auf die – wie dargelegt – ungenügenden Aktenbeurteilungen des RAD gestützt hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist demzufolge insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom

E. 8

Aus dem insgesamt Ausgeführten ergibt sich, dass die medizinische Aktenlage unvollständig ist. Den medizinischen Akten ist keine umfassende Darstellung der Befunde zu entnehmen. Es fehlt auch eine fachübergreifende Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten somatischen Beeinträchtigungen bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Dabei ist insbesondere die im Formularbericht E 213 vom 20. Dezember 2019 genannte Funktionsstörung des Labyrinths im Innenohr und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vollständig unberücksichtigt geblieben. Als Folge davon bestehen zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD, zumal er sich auch nicht einmal im Ansatz mit der abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. L. _____ auseinandergesetzt hat. Aus diesem Grund kann auf die Aktenbeurteilungen des RAD als Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht abgestellt werden. Daraus folgt, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend demzufolge nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer im Rahmen des aufgrund von Art. 35 Abs. 5 des Abkommens umfassend zu prüfenden neuen Gesuchs Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat.

E. 9.1

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es insbesondere an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung fehlt und die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren noch kein Gutachten eingeholt, sondern sich lediglich auf die - wie dargelegt - ungenügenden Aktenbeurteilungen des RAD gestützt hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist demzufolge insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 11. Juni 2020 aufzuheben und die Sache zu

ergänzenden Abklärungen des rechtserheblichen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 9.2

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, zunächst das medizinische Dossier unter Mitwirkung des Beschwerdeführers und des kosovarischen Sozialversicherungsträgers zu aktualisieren und danach unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte eine umfassende interdisziplinäre medizinische Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen zur Klärung der Frage, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Landarbeiter als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehen. Aufgrund der medizinischen Aktenlage geboten erscheint ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Orthopädie/Rheumatologie, Neurologie sowie ORL. Ob allenfalls weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1), und sie letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.3). Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die spärlichen medizinischen Berichte aus dem Kosovo - wie bereits ausgeführt - als Grundlage für eine reine Aktenbeurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers offensichtlich nicht genügen und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 10

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Dem obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 3 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

E. 11

Juni 2020 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen des rechtserheblichen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. 9.2 Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, zunächst das medizinische Dossier unter Mitwirkung des Beschwerdeführers und des kosovarischen Sozialversicherungsträgers zu aktualisieren und danach unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte eine umfassende interdisziplinäre medizinische Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen zur Klärung der Frage, welche gesund-

C-3412/2020 Seite 22 heitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Landarbeiter als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehen. Aufgrund der medizinischen Aktenlage geboten erscheint ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Orthopädie/Rheumatologie, Neurologie sowie ORL. Ob allenfalls weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1), und sie letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidunggrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.3). Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die spärlichen medizinischen Berichte aus dem Kosovo – wie bereits ausgeführt – als Grundlage für eine reine Aktenbeurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers offensichtlich nicht genügen und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). 10. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 10.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung präzisgemäss als Obsiegen der Beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 10.2 Dem obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm C-3412/2020 Seite 23 keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 3 und 4 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.