

# **BVGer C-3623/2015 vom 16. Februar 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-02-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3623\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3623_2015)

FR: TAF C-3623/2015 du 16 février 2017

IT: TAF C-3623/2015 del 16 febbraio 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig einbezahlt worden ist, ist auf sie einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG, Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2.1**

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; Kognition, vgl. Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

### **E. 2.2**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition (vgl. E. 2.1 hiervor) kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1**

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben 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; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b, BGE 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit einzelnen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit Serbien, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für Bürger von Serbien findet demnach weiterhin das Sozialversicherungsabkommen Anwendung. 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. Betreffend die Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sind keine abweichenden Vorschriften auszumachen.

#### **E. 3.2**

Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich demnach ausschliesslich nach den innerstaatlichen schweizerischen Rechtsvorschriften, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.210; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG, heute: Bundesgericht] I 785/04 vom 25. April 2006 E. 1 mit weiteren Hinweisen und Art. 4 Sozialversicherungsabkommen). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 3.3**

Die Sache beurteilt sich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). 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). Damit finden grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2015 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision/1. Massnahmenpaket]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den

entsprechenden Fassungen der 5. und 6. IV-Revision).

#### **E. 3.4**

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) zu beachten. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 nichts geändert, weshalb nachfolgend auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

#### **E. 4**

Der Beschwerdeführer hält in seiner Beschwerde daran fest, dass er seit seiner Tumorerkrankung im Juni 2007 zu 100% arbeitsunfähig sei. Unumstritten ist dabei, dass der Beschwerdeführer in seiner früheren Tätigkeit als Hilfsarbeiter und als Landwirt seit diesem Zeitpunkt nicht mehr arbeitsfähig ist. Jedoch bleibt bestritten, dass am 10. August 2009 eine Remission der Krebserkrankung und deren Folgen eingetreten sei, die zum Schluss einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter Verweistätigkeit seit diesem Zeitpunkt und damit einer Herabsetzung der ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente per 1. November 2009 führe. Dies ist nachfolgend zu prüfen.

#### **E. 4.1**

Im vorausgehenden Verwaltungsverfahren hielten die Ärzte des RAD Rhone bzw. des medizinischen Dienstes der Vorinstanz mit Stellungnahmen vom 25. Januar 2012 und 17. April 2012 (doc. 43, 52) fest, dass sich aus den medizinischen Vorakten ergebe, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Krebserkrankung seit Juni 2007 in jeglicher Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau und als Landwirt zu 100% arbeitsunfähig sei, jedoch nach Remission der Krankheit (hier sei auf das Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 10. August 2009 abzustellen) eine angepasste leichte Verweistätigkeit zu 50% ausgeübt werden könne. Diese Beurteilung lag der Rentenverfügung vom 29. Juni 2012 zugrunde. In seinem Urteil vom 19. Mai 2014 (im Verfahren B-3907/2012) führte das Bundesverwaltungsgericht aus, dass die Beurteilungen der Dres. E. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ ungenügend seien, da keine persönliche Untersuchung stattgefunden habe. Es hielt weiter fest, die serbischen Ärzte hätten nicht explizit die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten und deren Verlauf geprüft und die "Invalidität" nicht genügend begründet. Obwohl die nachgereichten Berichte nicht - wie ursprünglich verlangt - fachspezifisch (HNO und Onkologie) ausgestellt worden seien und sie sich nicht zur Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten geäußert hätten, stützten sich die IV-Ärzte darauf ab. Eine Begründung für die Annahme einer Arbeitsfähigkeit zu 50% per 10. August 2009 fehle, ausser dem simplen Hinweis auf eine klinische Remission. Eine Gesundheitsänderung, die zwischenzeitlich eine Arbeitsfähigkeit von 50% zulasse, lasse sich nicht aus den serbischen Berichten entnehmen. Die Sache sei deshalb zu weiteren Abklärungen in polydisziplinärer Sicht an die Vorinstanz zurückzuweisen (doc. 67).

#### **E. 4.2**

Das in der Folge erstellte Gutachten der Medas Ostschweiz vom 18. Februar 2015 umfasst Expertisen in den Fachbereichen Neurologie, Innere Medizin, Psychiatrie & Psychotherapie, Otorhinolaryngologie (Teilgutachten vom 16. Januar 2015) und Onkologie (Teilgutachten vom 6. Februar 2015). Es basiert auf einer eingehenden Prüfung der

Vorakten, persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers mit Erhebung der Anamnese und der aktuellen Befunde, zusätzlichen Röntgen- und Laboruntersuchungen und einer interdisziplinären Würdigung der Ergebnisse. Als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter folgende Erkrankungen: 1. Mundbodenkarzinom mit Lymphknoten-Metastasen, exaktes Stadium aus Unterlagen nicht eruiert (am Ehesten pT3 pN1, Erstdiagnose 06/2007, am Ehesten AJCC-Stadium III oder IVA), bei Erstmanifestation im Frühjahr 2007 mit Schluckstörungen, bei Tumorresektion am 15.6.2007 mit Neck-Dissection rechts, Histologie nicht vorliegend, bei anschliessend adjuvanter [anschliessend an die operative Sanierung] Strahlentherapie, insgesamt 30 Fraktionen, Gesamtdosis 60 Gy, bei seither erfolgter Tumornachsorge in Serbien: klinisch, endoskopisch und bildgebend bisher kein Anhalt für Tumorrezidiv; 2. Chronischer Erschöpfungszustand im Sinne einer Chronic Fatigue bei gestörtem Nachtschlaf, mit ausgeprägter Kraftlosigkeit und rascher Ermüdbarkeit, aufgetreten im Rahmen von Diagnose und Therapie unter 1; 3. generalisierte Arteriosklerose bei Status nach TIA (Transitorische Ischämische Attacke); 4. Claudicatio intermittens, bei Verdacht auf pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) nach Nikotinabusus von 60 p.y. Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien folgende Nebendiagnosen: 1. Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände (ICD-10: Z60.0); 2. Belastung durch Tumorerkrankung (Z73.3); 3. Verdacht auf Status nach Anpassungsstörung mit Angst und Depression, gemischt (F43.22); 4. Dyslipidämie; 5. Arterielle Hypertonie; 6. Status nach chronischem Alkoholabusus; 7. Leichte normochrome, normozytäre Anämie, differenzialdiagnostisch im Rahmen des akuten Harnwegsinfektes, differenzialdiagnostisch Malignom bedingt; 8. Akuter Harnwegsinfekt; 9. Status nach chronischem Nikotinabusus von 60 p.y.; 10. Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände (Z60.0); 11. Belastung durch Tumorerkrankung (Z73.3), 12. Verdacht auf Status nach Anpassungsstörung mit Angst und Depression, gemischt (F43.22). In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass keine Einschränkung in psychiatrischer Hinsicht bestehe. Eine Einschränkung ergebe sich wegen der tumorassoziierten Chronique Fatigue. Aus internistischer Sicht sei eine ganztägige Arbeit zumutbar mit Einschränkung von 20% in angestammter und angepasster Tätigkeit, infolge generalisierter Arteriosklerose mit Folgen wie pAVK und Bluthochdruck. Aus otorhinolaryngologischer Sicht bestehe eine Einschränkung von 25% infolge Mehraufwands für die Flüssigkeitsaufnahme (deutliche Mundtrockenheit infolge Krebsbehandlung). Aus onkologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in angestammter wie angepasster Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit von 50% könne nur in angepasster, möglichst sitzender Tätigkeit, unter Vermeidung schwerer körperlicher Arbeit, erbracht werden. Diese Beurteilung decke sich mit der Einschätzung von Dr. E. \_\_\_\_\_, der in seiner Beurteilung vom 25. Januar 2012, unter Bezugnahme auf ein Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 10. August 2009, auf eine Arbeitsfähigkeit von 50% in Verweistätigkeiten geschlossen habe. Der Versicherte sei aktuell lokoregionär tumorfrei.

#### **E. 4.3**

Dieses Gutachten, das in den vorliegend (mit Bezug auf die Leiden des Beschwerdeführers) als relevant erweisenden Fachbereichen erstellt worden ist, gibt umfangreiche Vorakten wieder, fusst auf persönlichen Befundungen, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, diskutiert die festgehaltenen Diagnosen und ist in seinen Schlussfolgerungen zur gesundheitlichen Situation und deren Auswirkungen überzeugend. Ihm ist daher volle Beweiskraft zuzumessen, unter Vorbehalt der abweichenden

Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten entsprechend den in E. 4.7 folgenden Ausführungen des Gerichts.

#### **E. 4.4**

Dr. F.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes schloss sich in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2015 der Beurteilung der Gutachter an. Als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Mundbodenkarzinom mit Lymphknotenmetastasen (Erstmanifestation im Frühjahr 2007 mit Schluckstörungen, ohne Anhalt für Tumorrezidiv), einen chronischen Erschöpfungszustand im Sinne einer Chronique Fatigue mit gestörtem Schlaf, ausgeprägter Kraftlosigkeit und rascher Ermüdbarkeit, eine generalisierte Arteriosklerose mit Status nach TIA sowie eine Claudicatio intermittens bei Verdacht auf arterielle Verschlusskrankheit (pAVK). In seiner Begründung schloss er sich den Aussagen der Gutachter an und erklärte, deren Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit seit Juni 2007 zu 100% arbeitsunfähig; in angepasster Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit 15. Juni 2007 und eine solche von 50% seit 10. August 2009 (doc. 116). In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26. April 2015 erklärte er, die Einwände des Beschwerdeführers vom 24. März und 7. April 2015 führten zu keiner anderen Beurteilung; massgebend seien vorliegend die gutachterlichen Schlussfolgerungen, wonach eine Restarbeitsfähigkeit von 50% in sitzenden Tätigkeiten gegeben sei (doc. 125).

#### **E. 4.5.1**

Wie die Gutachter und die Ärzte des RAD Rhone bzw. medizinischen Dienstes zutreffend festhalten, halten die behandelnden Ärzte in Serbien nach Behandlung der Tumorerkrankung mittels operativen Eingriffen und nachfolgender Mehrfachbestrahlung ohne Ausnahme einen rückfallfreien Gesundheitszustand ("keine Rezidive") fest (doc. 14 S. 20 [Übersetzung in doc. 17], 14 S. 31 [Übersetzung in doc. 21], 37 S. 5 [Übersetzung in doc. 38 S. 7], 37 S. 3 [Übersetzung in doc. 38 S. 1], 101 S. 13 [Übersetzung in doc. 104], 101 S. 7 [Übersetzung in doc. 107]); zum selben Schluss gelangen auch die Medas-Gutachter (Teilgutachten Onkologie: doc. 114 S. 40, Gesamtbeurteilung: doc. 114 S. 27, 29), auch wenn der onkologische Gutachter Dr. O.\_\_\_\_\_ ausführt, dass für Zungengrundkarzinome ein nicht unerhebliches Risiko für Rückfälle bestehe und aufgrund der Akten unklar sei, ob der Beschwerdeführer neben dem (sistierten) Nikotinabusus auch seinen schädlichen Alkoholkonsum eingestellt habe (S. 114 S. 35). Diesbezüglich kann von einer kompletten Remission ausgegangen und ein Zustand festgehalten werden, der insoweit einer Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten nicht entgegensteht.

#### **E. 4.5.2**

Der Beschwerdeführer macht des Weiteren als Folge der radiotherapeutischen Behandlung des Karzinoms rasche Ermüdung bei Aktivität sowie extreme Trockenheit im Bereich der Mundhöhle, des Rachens, des Kehlkopfs und der Stimmbänder geltend. Die behandelnden Ärzte in Serbien haben die Ermüdungserscheinungen nur partiell festgehalten: erstmals erwähnt wird eine starke Ermüdung bei körperlicher Anstrengung im Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin in Q.\_\_\_\_\_, vom 10. August 2009 (doc. 14 S. 33 [Übersetzung in doc. 22 S. 5]). In seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2011 erwähnt auch Dr. E.\_\_\_\_\_ des RAD Rhone eine gesteigerte Ermüdung (doc. 32). Wiederum erwähnt ist ein sehr rasches Ermüden im Bericht von Dr. P.\_\_\_\_\_ des Ärztezentrums in Q.\_\_\_\_\_ vom 20. August 2014 (doc. 101 S. 15 [Übersetzung in doc. 111]). Diese

Hinweise sind von den Gutachtern aufgenommen worden: Dr. O. \_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Medas-Teilgutachten vom 6. Februar 2015 (doc. 114 S. 32 ff.) einen chronischen Erschöpfungszustand im Sinne einer Chronique Fatigue bei gestörtem Nachtschlaf, mit ausgeprägter Kraftlosigkeit und rascher Ermüdbarkeit, aufgetreten im Rahmen von Diagnose und Therapie unter 1 (d.h. Oropharynxkarzinom [am Ehesten Mundbodenkarzinom] mit Lymphknotenmetastasen). Diese Diagnosen sind im Hauptgutachten vom 18. Februar 2015 wortgleich übernommen worden (doc. 114 S. 25). Der Onkologe wie auch die übrigen Gutachter haben im Gesamtgutachten, unter Berücksichtigung der persönlichen Untersuchung und der Anamnese, geschlossen, dass dem Beschwerdeführer in Berücksichtigung seiner tumorassoziierten Fatigue in mittelschwerer Ausprägung, die notabene zu jedem Zeitpunkt einer Tumorerkrankung auftreten, selbstlimitierend sein oder während Jahren persistieren könne, sowie einer somatisch bedingten Schlafstörung aufgrund von Mundtrockenheit mit der Notwendigkeit des vielfachen nächtlichen Aufstehens zur Einnahme von Flüssigkeit (doc. 114 S. 37) aus onkologischer Sicht eine adaptierte, möglichst sitzende Tätigkeit d.h. unter Vermeidung von schwerer körperlicher Arbeit (ohne Heben und Tragen von schweren Lasten über 10 kg, ohne schwere manuelle Arbeiten wie Bauarbeiten mit der Hand oder mithilfe von Maschinen) zu 50% zumutbar sei (doc. 114 S. 27). Diese Beurteilung erscheint aus Sicht des Gerichts willkürfrei und zutreffend; sie lässt sich auch mit den Beschreibungen des Beschwerdeführers vereinen, der zuhause seine Enkelkinder betreue (doc. 114 S. 25), jeweils morgens für zirka eine Stunde mit den Enkelkindern spazieren gehe auf einer Strecke von ein bis zwei Kilometern; nach einem Mittagsschlaf gehe er nachmittags wiederum spazieren, dabei gehe er durch das Dorf und besuche die Nachbarschaft; er ermüde aber schnell und müsse oft Pausen einlegen (doc. 114 S. 13 und 33). Er sei maximal dazu in der Lage, den Rasen zu mähen. Auf die Enkel von 5 und 10 Jahren könne er zirka eine Stunde aufpassen, dann sei er häufig sehr ausgelaugt (doc. 114 S. 34). Bezüglich der festgehaltenen Schleimhauttrockenheit (Pharyngolaryngitis) halten die Experten fest, dass der Beschwerdeführer immer wieder gezwungen sei zu trinken; dadurch ergebe sich eine Schlafstörung infolge vielfachen nächtlichen Aufstehens zur Flüssigkeitseinnahme und verlängere sich tagsüber die Einnahme der Mahlzeiten. Damit sei die Arbeitsfähigkeit auch in Verweistätigkeiten um 25% eingeschränkt. Die körperliche Leistungsfähigkeit an sich sei durch die Pharyngolaryngitis jedoch nicht eingeschränkt (doc. 114 S. 27). Auch diese Beurteilung erscheint plausibel, zumal die verschiedenen fachspezifisch festgehaltenen Arbeitsunfähigkeiten nicht einfach zu kumulieren sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 246/02 vom 7. November 2003 E. 7.3; sinngemäss auch Urteil des BGer 9C\_831/2010 vom 3. Februar 2011 E. 3.3). Die Einschränkungen tagsüber, die sich einerseits aus der Notwendigkeit der häufigen Flüssigkeitseinnahme ergeben, andererseits aus der Tagesmüdigkeit infolge nächtlicher Schlafstörungen und der erhöhten Müdigkeit infolge tumorbedingter Chronique Fatigue, sind - wie die Gutachter im Ergebnis zutreffend festhalten - in der in der Gesamtbeurteilung festgehaltenen Einschränkung von 50% in leichten Verweistätigkeiten angemessen eingeflossen.

#### **E. 4.5.3**

In internistischer Hinsicht hält Dr. R. \_\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, aufgrund einer persönlichen Untersuchung inklusive Labor- und Röntgenbefunde im Bereich des Bewusstseins und der Sprache, der Haut, des Kopfes, der Halsorgane, der Halsvenen, des Herzens, des Thorax, des Abdomen und der Muskeleigenreflexe weitgehend der Norm entsprechende Befunde fest. Abweichend wurde ein abgeschwächtes Atemgeräusch

ubiquitär, nicht auslösbare Patellar- und Achillessehnenreflexe beidseits und eine Hypästhesie in den unteren Extremitäten bis unterhalb vom Knie beidseits genannt. Aus den Röntgenbefunden (Thorax und Lendenwirbelsäule) ergäben sich ein kleiner pulmonaler Rundherd, Emphysemaspekt (erhöhtes Vorkommen von Luft oder Gas im Gewebe), eine hypertrophe Spondylose (degenerative Veränderung) im thorakolumbalen Übergang und in den Lendenwirbelkörpern 3/4 und 4/5 sowie eine hochgradige Angiosklerose der Aorta abdominalis und der Iliakalgefäße. Ruhe-EKG, Spirometrie mit normaler Lungenfunktion und PACT-Test ergäben keine Hinweise auf relevante Erkrankungen (doc. 114 S. 15-17). Im Gesamtgutachten wird aus internistischer Sicht auf eine stabile Situation geschlossen. Eine Arbeitsfähigkeit mit ganztägiger Präsenz sei gegeben, jedoch mit einer Leistungsminderung um 20% sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit. Die Leistungsminderung und der erhöhte Pausenbedarf könnten aufgrund der generalisierten Arteriosklerose mit den hier wohl zusammenhängenden Erkrankungen wie arterielle Hypertonie und pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) erklärt werden. Der Pausenbedarf könne grundsätzlich mit 20% bei einem vollen Arbeitspensum veranschlagt werden. Mit Blick auf die weitere Behandlung in Serbien führten die Gutachter zudem aus, beim Beschwerdeführer bestehe eine leichte normochrome, normozytäre Anämie (Blutarmut). Diese könne durch einen (anlässlich der Begutachtung festgestellten) akuten Harnwegsinfekt bedingt sein; anamnestisch könnten aber auch Gewichtsverlust in den letzten Monaten, Appetitminderung und Unregelmässigkeiten im Stuhlgang ursächlich sein. Ihm sei eine antibiotische Therapie rezeptiert worden, die nach der Rückkehr nach Serbien durch den Hausarzt und einen Gastroenterologen zu überprüfen seien. Zudem sei dringend eine bessere, leitliniengerechte Einstellung der langjährigen Hypertonie empfohlen, um eine weitere Verschlechterung der bereits entstandenen Spätfolgen zu minimieren, ebenso eine strenge Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren mit angiologischer Abklärung bei Verdacht auf pAVK, mit Gewichtsreduktion, Therapiebeginn mit einem Lipidsenker (zur Senkung erhöhter Blutfettwerte) und ergänzender kardiologischer Untersuchung mit Echokardiographie und Ergometrie zur Objektivierung der Blutdruckeinstellung und zum Ausschluss allfälliger belastungsbedingter Ischämiezeichen (doc. 114 S. 27 f.).

#### **E. 4.5.4**

Aus psychiatrischer Hinsicht hat der Gutachter Dr. S.\_\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lägen Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände (Z60.0), eine Belastung durch Tumorerkrankung (Z73.3) sowie der Verdacht auf einen Status nach Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (F43.22) vor. Der Beschwerdeführer sei daher weder in der bisherigen noch in einer adaptierten Tätigkeit eingeschränkt (doc. 114 S. 22). In seiner Beurteilung führte der psychiatrische Gutachter aus, in mehreren Arztberichten werde eine ängstlich-depressive Neurose, eine Depressivität, eine subdepressive Neurose oder ein ängstlich-depressiver Zustand genannt. Die verschiedenen Zustandsbilder seien im Rahmen der Tumorerkrankung nachvollziehbar, jedoch in den Berichten weder mit einem Psychostatus noch sonst näher belegt worden. Neben einer Angststörung (codiert mit F41) werde eine Depression ohne Beurteilung deren Schweregrades (F32) genannt. Er gehe aufgrund der Aktenlage, der eigenen Befunderhebung (Psychostatus vom 14. Januar 2015: unauffälliges quantitatives Bewusstsein, nur teilweise zeitliche und örtliche Orientierung, autopsychische und situative Orientierung gegeben, Hinweise auf leichte Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen,

formales Denken flüssig, einfach strukturiert, geordnet und adäquat, keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Zwänge und Rituale, gut herstellbarer affektiver Rapport, minim nach unten verschobene Grundstimmung, erhaltene Schwingungsfähigkeit, Angst vor erneuter Tumorerkrankung und dem Tod, reduzierter Appetit, unwesentliche Einschränkung des Antriebs, psychomotorische Unauffälligkeit, keine Todeswünsche, Hauptproblem seien die Müdigkeit und die verloren gehende Kraft, keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung) sowie der Entwicklung und des Verlaufs der Tumorerkrankung einschliesslich aktueller Tagesstruktur davon aus, dass der Versicherte im Rahmen der schweren Tumorerkrankung unter einer ängstlich depressiven Symptomatik gelitten habe, die am Ehesten im Rahmen einer Anpassungsstörung, Depression und Angst gemischt einzuordnen sei. Aufgrund des aktuellen Psychostatus sei jedoch nicht davon auszugehen, dass eine relevante psychische Erkrankung bestehe. Die Besorgtheit und Angst sei als Reaktion auf die schwere somatische Erkrankung zu werten. Die Müdigkeit könne nicht durch die angebliche Einnahme von Benzodiazepinen erklärt werden, da im Labor die Benzodiazepine nicht nachgewiesen werden könnten. Sie müsse daher im Rahmen der Tumorerkrankung im Sinne einer Chronic Fatigue durch den onkologischen Gutachter beurteilt werden. Ein aktueller chronischer Alkoholkonsum könne aufgrund der heutigen Laboruntersuchung und der Angaben des Beschwerdeführers nicht bestätigt werden (doc 114 S. 19-21).

#### **E. 4.6**

Die gutachterlichen Ausführungen erweisen sich in ihrer Würdigung sowohl der gesundheitlichen Probleme als auch derer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als schlüssig. Polydisziplinär erweist sich gemäss den Gutachtern die onkologische Beurteilung bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit als "führend". Sie betrage 50% bezogen auf ein Pensum von 100%. Dies ist mit Bezug auf die oben stehenden Ausführungen zur Nichtkumulierung der verschiedenen Arbeitsunfähigkeiten (vgl. 4.5.2 Abschnitt 2) nicht zu kritisieren. Zutreffend haben die Gutachter zudem festgehalten, dass keine psychiatrische Erkrankung aus dem Formenkreis der somatoformen Schmerzstörungen oder eine ähnliche Beeinträchtigung vorliegt (doc. 114 S. 23, 30). Vorliegend ist die Chronic Fatigue tumorbedingt, weshalb die Überwindbarkeitsrechtsprechung des Bundesgerichts zu Schmerzstörungen nicht zu berücksichtigen ist (vgl. BGE 139 V 346). Damit ist mit den Gutachtern, dem medizinischen Dienst der IV-Stelle und der Vorinstanz auf eine Remission der Krebserkrankung und ihrer Folgen zu schliessen und auf eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit (unter Beachtung des von den Gutachtern aufgeführten Leistungsprofils) in Höhe von 50% zu schliessen.

#### **E. 4.7.1**

Zu prüfen bleibt, ob die Gutachter zutreffend darauf geschlossen haben, dass die 50%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit auf den Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. G.\_\_\_\_\_ (Arztbericht vom 10. August 2009) zurückgehend angenommen werden kann.

#### **E. 4.7.2**

Die Gutachter haben ihre Schlussfolgerung damit begründet, dass sich ihre Einschätzung des Vorliegens einer Arbeitsfähigkeit von 50% mit derjenigen von Dr. E.\_\_\_\_\_ decke, der mit Stellungnahme vom 27. (recte: 25.) Januar 2012, unter Bezugnahme auf das

Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 10. August 2009, auf eine Arbeitsfähigkeit von 50% bei angepasster Tätigkeit ab dem 10. August 2009 geschlossen habe (doc. 114 S. 29). Diese Begründung wurde wortgleich aus dem onkologischen Teilgutachten von Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2015 (doc. 114 S. 37) übernommen. Jedoch ist weder dem Teilgutachten Onkologie noch dem Gesamtgutachten eine weitere Begründung für die Berücksichtigung dieses Datums zu entnehmen.

### **E. 4.7.3**

Das Bundesverwaltungsgericht hatte bereits in seinem Urteil vom 19. Mai 2014 (doc. 67) in Erwägung 7 f. festgehalten, dass sich die Beurteilungen der Dres. E. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ mit Blick auf eine Arbeitsfähigkeit von 50% in angepasster Verweistätigkeit ab 10. August 2009 als ungenügend erwiesen: Dem Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 10. August 2009 sei aufgrund der aufgelisteten Diagnosen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer einen vollständigen Verlust seiner Arbeitsfähigkeit zeige. Weiteren Berichten vom 24. Juni 2010 sei zu entnehmen, dass eine am 23. Juni 2010 durchgeführte Untersuchung einen vollständigen Verlust der Arbeitsfähigkeit seit dem 3. September 2009, dem Tag der Gesuchseinreichung (beim serbischen Versicherungsträger), ergeben habe. In einer ersten Stellungnahme vom 20. Juni 2011 habe Dr. E. \_\_\_\_\_ noch auf eine Arbeitsfähigkeit von "50% oder 100%" in leidensangepasster Tätigkeit geschlossen, jedoch in Ermangelung eines detaillierten otorhinolaryngologischen und onkologischen Berichts über den aktuellen und prognostischen Zustand. In ihrer Stellungnahme vom 25. Januar 2012 habe dieselbe Ärztin ergänzend festgehalten, dass seit dem Datum des serbischen Gutachtens von Dr. G. \_\_\_\_\_ in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorhanden sei. Eine Halbtagesarbeit in einer sitzenden bzw. wechselnden Arbeitsposition, mit Tragen von Lasten von höchstens 10 kg, ohne schwere Arbeiten sowie unter Vermeidung von Staub, Witterungseinflüssen, Dünsten und Kälte sei möglich. Gemäss den eingegangenen serbischen Verlaufsberichten gebe es keine Anzeichen für ein Rezidiv der Tumorerkrankung. Die medizinische Situation habe sich stabilisiert. Es sei kein Rezidiv sichtbar. Dr. H. \_\_\_\_\_ habe in seiner Stellungnahme vom 17. April 2012 seinerseits ausgeführt, die Einschätzung betreffend vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit gelte nur bis zur klinischen Remission, als erneut eine Teilarbeitsfähigkeit für leichte Verweistätigkeiten entstanden sei. Die Beurteilung im ausländischen Bericht, welcher eine 90%ige Invalidität postuliere, sei in der Schlussfolgerung des Invaliditätsgrades nicht nachvollziehbar. Die Beurteilungen der Dres. E. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ seien reine Aktenbeurteilungen, fussend auf serbischen Arztberichten, die keine genaue Aussagen zur Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Verweistätigkeit enthielten bzw. denen eine Auseinandersetzung mit der Frage, ob es eine behinderungsangepasste Verweistätigkeit gebe, nicht entnommen werden könne. Dr. G. \_\_\_\_\_ habe zudem den Beginn der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht angegeben. In den Arztberichten vom 24. Juni 2010 sei zudem ohne Begründung der Beginn der Arbeitsunfähigkeit mit dem Zeitpunkt der Gesuchseinreichung gleichgesetzt worden. Sodann fehlten Aussagen zum Verlauf des Umfangs der Arbeitsunfähigkeit in diesen Berichten; zudem seien nur Pauschalangaben dazu gemacht worden, welche Krankheit die festgestellte Invalidität verursache. Dr. E. \_\_\_\_\_ habe dann in seiner Stellungnahme vom 25. Januar 2012 ohne nachträgliches Vorliegen der verlangten Arztberichte (Otorhinolaryngologie und Onkologie) oder eines anderen Berichts mit Äusserungen zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten auf eine Arbeitsfähigkeit von 50% geschlossen, was von Dr. H. \_\_\_\_\_ mit Hinweis auf die

klinische Remission übernommen worden sei. Eine weitergehende ärztliche Begründung fehle.

#### **E. 4.7.4**

Damit kann hinsichtlich des Zeitpunkts einer Wiedererlangung einer Teilarbeitsfähigkeit in leidensangepasster Verweistätigkeit bereits aus dieser Würdigung des Bundesverwaltungsgerichts heraus nicht auf die Feststellungen sowohl im Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ als auch auf die Stellungnahmen der Dres. E. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ abgestellt werden. Die Gutachter der Medas haben sich jedoch - ungeachtet dieser Kritik an der Aktenlage - auf die Beurteilung von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 25. Januar 2012 abgestützt, ohne dies explizit und nachvollziehbar zu begründen. Dies gilt auch für die Beurteilung von Dr. F. \_\_\_\_\_, der seine Schlussfolgerung (Arbeitsfähigkeit von 50% gegeben ab 10. August 2009) auf die gutachterliche Beurteilung abstellt. Damit liegt bezüglich der Frage, ab wann vorliegend eine Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Verweistätigkeiten von 50% angenommen werden kann, eine Kette von Begründungen vor, die bereits zu Beginn unzulässige Schlüsse enthält, was in der Folge weder aufgrund vertiefender Erkenntnisse aus nachgereichten, diesbezüglich klärenden Arztberichten noch in der Begutachtung durch die Medas Ostschweiz hätte korrigiert werden können. Dies gilt umso mehr, als keiner der genannten Beurteilungen klar zu entnehmen ist, wann die von Dr. H. \_\_\_\_\_ erwähnte "Remission" der Krebserkrankung eingetreten ist, die serbischen Ärzte sich nur ungenügend oder gar nicht mit den Folgen der (nur sporadisch attestierten) Chronic Fatigue auseinandergesetzt haben und damit nicht als überwiegend wahrscheinlich geschlossen werden kann, eine Teilarbeitsfähigkeit von 50% in leidensangepasster Verweistätigkeit sei per 10. August 2009 eingetreten. Hinzuweisen ist auch darauf, dass den aktenkundigen serbischen Arztberichten bereits am 23. Januar 2008 (Echotomographie von Dr. I. \_\_\_\_\_, Spital J. \_\_\_\_\_ in K. \_\_\_\_\_ [doc. 10, 14 S. 20; Übersetzung in doc. 17] entnommen werden kann, dass keine Rezidive des Mundbodentumors mehr festgestellt werden konnten. Die Bestätigung dieser Feststellung erfolgt im Arztbericht von Dr. L. \_\_\_\_\_, Otorhinolaryngologie (Ort unleserlich), vom 3. Juli 2009. Auch diese Berichte enthalten keine Hinweise darauf, wann eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist und wie stark die Nebenwirkungen der Tumorbehandlung seit Abschluss der Strahlentherapie in Erscheinung getreten sind; dies ist auch dem Gutachten der Medas nicht zu entnehmen. Nur in Berücksichtigung einer dergestaltigen Gesamtbetrachtung kann mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit von 50% ab 10. August 2009 geschlossen werden. Dies ist hier nicht der Fall.

#### **E. 4.7.5**

In Berücksichtigung dessen, dass aufgrund der Ausführungen in E. 4.7.4 eine retrospektive Beurteilung des Eintritts der von den Ärzten des medizinischen Dienstes der IV-Stelle und (sinngemäss) den Gutachtern genannten Remission nicht möglich ist, ist für den Zeitpunkt der Bejahung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit von 50% praxisgemäss auf den Zeitpunkt der Begutachtung in der Medas Ostschweiz (persönliche Untersuchungen am 14. Januar 2015 [doc. 114 S. 1]) abzustellen. Hieraus ergibt sich in reformatorischer Teilguttheissung der Beschwerde, dass bis zum 13. Januar 2015 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten und von einer Arbeitsfähigkeit von 50% in leidensangepassten Tätigkeiten ab 14. Januar 2015 auszugehen ist.

#### **E. 4.8**

Aus dem in E. 4.7 Gesagten ergibt sich, unter Beachtung von Art. 88bis Abs. 2 IVV in seiner Fassung gültig ab 1. Januar 2015, dass der Beschwerdeführer in Korrektur der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2015 einen Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. März 2010 aufweist und dieser Anspruch sich ab 1. Mai 2015 auf eine Dreiviertelsrente reduziert.

#### **E. 5.1**

Im Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer weitere Akten eingereicht, die - zwischen den Parteien unbestritten - eine Verschlechterung der Gesundheitssituation des Beschwerdeführers belegen. Die Vorinstanz hat infolgedessen mit Stellungnahme vom 16. November 2015 - unter Bezugnahme auf den Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ ihres medizinischen Dienstes vom 6. November 2015 - die Teilguteheissung der Beschwerde und Anerkennung eines Anspruchs auf eine ganze Rente ab 1. August 2015 beantragt (B-act. 15).

#### **E. 5.2**

Die nachträglich im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte vom 9. Mai 2015, 12. Juni 2015 sowie 12. August 2015 (B-act. 9 Beilagen 1-3) belegen, dass der Beschwerdeführer am 9. Mai 2015, während er im Stall gearbeitet habe, plötzliche Kopfschmerzen, eine Schwäche in der rechten Körperhälfte sowie eine Störung der Sprachfunktion erlitten habe, gleichentags in das Spital I. \_\_\_\_\_ zur Untersuchung eingewiesen worden sei, diese Institution ihn nach abgeschlossenen Erstuntersuchungen und der Diagnose "unspezifische Hirnblutung" gleichentags in das spezialisierte Klinikzentrum in M. \_\_\_\_\_ überwiesen habe, er jedoch nach der Feststellung, dass ein operativer Eingriff nicht notwendig sei, wieder ins Spital von I. \_\_\_\_\_ überführt worden sei, wo er in der Folge bis zur Stabilisierung des neurologischen und somatischen Zustands weiterbehandelt worden sei. Am 12. Juni 2015 sei eine Überweisung ins Rehabilitationsspital in N. \_\_\_\_\_ angeordnet worden, wo der Beschwerdeführer bis zum 12. August 2015 in stationärer Rehabilitation geblieben sei (B-act. 9 [Übersetzungen in B-act. 11]). Dem Entlassungsbericht vom 12. August 2015 ist ergänzend zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer selbstags im folgenden Gesundheitszustand nach Hause entlassen worden sei: Gehfähigkeit nur mittels Stützung durch den Therapeuten gegeben. Muskulatur des rechten Arms und Fusses gestärkt, Beweglichkeit des rechten Arms und Fusses in der Anfangsphase (B-act. 11 Beilage 3). Dr. F. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes hielt in seiner Stellungnahme vom 6. November 2015 dazu fest, der Versicherte habe eine schwere Hirnblutung erlitten. Bei seinem Austritt am 12. August 2015 sei er immer noch hemiplegisch (halbseitige Lähmung) an den Extremitäten und nur mit Hilfe gehfähig gewesen. Ab dem 9. Mai 2015 bestehe eine bleibende Arbeitsunfähigkeit zu 100% für jede Tätigkeit (B-act. 15 Beilage 1).

#### **E. 5.3**

Hieraus ergibt sich, in Ergänzung zu dem in E. 4.8 Gesagten und der unbestritten gebliebenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes am 9. Mai 2015 und der seither bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten, dass der Beschwerdeführer, wie die Vorinstanz zutreffend ausführt, ab 1. August 2015 einen Anspruch auf eine ganze Rente aufweist. Damit ist die ab 1. Mai 2015 zu gewährende Dreiviertelsrente ab 1. August 2015 wieder auf eine ganze Invalidenrente zu erhöhen.

### **E. 6.1**

Damit ist die Beschwerde vom 8. Juni 2015 teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. Dem Beschwerdeführer steht ab 1. März 2010 eine ganze Invalidenrente bis 30. April 2015 zu. Ab 1. Mai 2015 reduziert sich dieser Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ab 1. August 2015 erhöht er sich wieder auf eine (unbefristete) ganze Rente. Die Sache ist zur Berechnung und Nachzahlung der entsprechenden Rentenbetreffnisse, unter Beachtung der Zinsbestimmungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG, und zur revisionsweisen Verfügung einer ganzen Rente ab 1. August 2015 an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **E. 6.2**

Soweit der Vertreter des Beschwerdeführers - unter gerichtsnotorischer Nichtkenntnisnahme des seit 1. Januar 2008 geltenden Art. 29 Abs. 1 IVG, der einen Rentenanspruch bei verspäteter Anmeldung frühestens sechs Monate nach erfolgter Anmeldung festhält, und der Feststellungen im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 19. Mai 2014 betreffend den Anmeldezeitpunkt - einen Anspruch auf eine ganze Rente ab dem 1. September 2008 beantragt, ist dieser Antrag abzuweisen.

### **E. 7**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

#### **E. 7.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Dem Beschwerdeführer sind im Rahmen seines mehrheitlichen Obsiegens reduzierte Verfahrenskosten von Fr. 100.- aufzuerlegen. Der Betrag wird aus dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen und die Restanz von Fr. 300.- wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückerstattet. Der mehrheitlich unterliegenden Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

#### **E. 7.2**

Dem Beschwerdeführer ist in der Höhe seines mehrheitlichen Obsiegens und unter Berücksichtigung seines vorliegend reduzierten Aufwands für das Verfassen einer kurzen Beschwerde, die sich gerichtsnotorisch wenig mit der Begründung in der angefochtenen Verfügung auseinandersetzt, einer Replik von einer Seite, der kürzest begründeten Eingabe vom 28. September 2015 ohne spezifischen Verweis auf den Inhalt der miteingereichten Arztberichte und ohne Verfahrensanträge sowie der kurzen Stellungnahme vom 8. Dezember 2015 eine reduzierte Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz zuzusprechen, die vorliegend mangels Einreichen einer Kostennote pauschal auf Fr. 1'400.- inklusive Auslagen und exklusive MWST, welche nicht geschuldet ist (Art. 1 Abs. 2 Bst. a des Mehrwertsteuergesetzes [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE), festzulegen ist (Art. 64 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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