

# **BVGer C-4516/2019 vom 31. Juli 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4516\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4516_2019)

FR: TAF C-4516/2019 du 31 juillet 2020

IT: TAF C-4516/2019 del 31 luglio 2020

## **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]). 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 [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem die Beschwerde unbestrittenermassen frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist darauf einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 30. Juli 2019. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist damit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

### **E. 3.1**

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).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (vorliegend: 30. Juli 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 30. Juli 2019 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.

#### **E. 3.4**

Der Beschwerdeführer ist serbischer Staatsangehöriger und wohnt in Serbien. 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 für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen mit Ex-Jugoslawien; SR 0.831.109.818.1, BGE 126 V 198 E. 2B, 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien) neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Das Abkommen vom 11. Oktober 2010 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Serbien über Soziale Sicherheit (nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen mit Serbien; SR 0.831.109.682.1) ist seit 1. Januar 2019 in Kraft und findet seitdem für serbische Staatsangehörige Anwendung, wobei das Abkommen keine Leistungsansprüche für den Zeitraum vor seinem Inkrafttreten begründet (vgl. Art. 37 Abs. 4 des Sozialversicherungsabkommens mit Serbien) und diesbezüglich das Sozialversicherungsabkommen mit Ex-Jugoslawien anwendbar bleibt (vgl. oben E. 3.3). Der sachliche Geltungsbereich bezieht sich gemäss Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens mit Serbien unter anderem auf die Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung (so bereits Art. 1 des Sozialversicherungsabkommens mit Ex-Jugoslawien). Nach Art. 4 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens mit Serbien sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt, soweit dieses Abkommen nichts anderes bestimmt (dies galt auch gemäss Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens mit Ex-Jugoslawien). Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sehen die genannten Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

#### **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**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet hat (act. 108; act. 110, S. 2), sodass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

#### **E. 4.3**

Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Demnach haben Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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). Der Rentenanspruch entsteht sodann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs und die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (vgl. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

#### **E. 4.4**

Die Anmeldung des Beschwerdeführers bei der serbischen Invalidenkommission erfolgte am 12. August 2016 (act. 63). Dieses Anmeldedatum ist auch für die Beurteilung des Anspruchs auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung massgeblich (vgl. Art. 20 des Sozialversicherungsabkommens mit Ex-Jugoslawien [entspricht Art. 29 des Sozialversicherungsabkommens mit Serbien]). Somit konnte ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers frühestens am 1. Februar 2017 entstehen.

#### **E. 4.5**

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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Auch Art. 5 Abs. 2 des Sozialversicherungsabkommens mit Serbien sieht vor, dass ordentliche Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind nur gewährt werden, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben. Eine gleichlautende Bestimmung (Art. 8 Bst. e) findet sich auch im Sozialversicherungsabkommens mit Ex-Jugoslawien.

#### **E. 4.6**

Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Invalidität beurteilen bzw. bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben.

Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 4.7**

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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

#### **E. 4.8**

Gemäss 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; vgl. auch Art. 69 Abs. 2 IVG). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, sodass 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. 5**

Nachfolgend ist zunächst zu prüfen, ob die Vorinstanz vor Erlass der angefochtenen Verfügung ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist bzw. ob mit den vorliegenden Akten eine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gegeben ist. In diesem Zusammenhang wird gegebenenfalls zu prüfen sein, ob dem vernehmlassungsweisen Antrag der Vorinstanz auf Rückweisung zur ergänzenden neurochirurgischen Abklärung in dieser Form zu entsprechen ist.

#### **E. 5.1**

Gemäss den zahlreich in den Akten liegenden fachärztlichen (insbesondere neurochirurgischen, orthopädischen, neurologischen und kardiologischen) Berichten aus Serbien, welche allesamt aus der Zeit ab August 2014 stammen, bestehen beim Beschwerdeführer als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Wesentlichen, bei radiologisch festgestellten degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule und anamnestisch durch Heben eines Gewichts offenbar im August 2014 respektive durch eine anspruchsvollere Tätigkeit im April 2016 ausgelöst, Rückenbeschwerden mit im Verlauf radikulärer Ausstrahlung in das rechte Bein und Funktionsbeeinträchtigungen der rechten unteren Extremität sowie Probleme mit dem Herzen. Namentlich sind dies folgende Berichte, jeweils mit Übersetzung auf Deutsch: - Röntgenbericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, vom 26. August 2014. Anamnese: hat ein Gewicht gehoben, hat sich verklemmt, hat Schmerzen im Kreuz. Befund: Spondylosis deformans vertebrae lumbalis, am vorderen Rand des Korpus L3 am ehesten eine alte Verletzung mit degenerativer Veränderung (act. 24). - Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 4. Mai 2016 betreffend die durchgeführte MRT-Untersuchung des lumbosakralen Segments der Wirbelsäule. Anamnese: Befund: Sinistronkonvexe Skoliose

des lumbalen Teils der Wirbelsäule, Protrusion der intervertebralen Bandscheibe auf Höhe L3-4 parazentral rechts mit Formierung eines freien Fragments und Kompression der rechten L4-Wurzel im Rezessus, ausgeprägte anulare Schwellung und Ruptur der intervertebralen Bandscheibe auf Höhe L4-5, amenal rechts bestehe ein Kontakt mit der rechten L4-Wurzel, beidseits foraminaler Kontakt mit der linken angrenzenden S1-Wurzel. Man sehe degenerative Veränderungen der Wirbel Modic II (act. 26). - Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2016 betreffend Röntgenuntersuchung des lumbosakralen Segments der Wirbelsäule vom 12. April 2016. Anamnese: starke Schmerzen im Kreuz mit Ausbreitung in die rechte Hüfte und das rechte Bein hinab; hat Mühe, sich zu bewegen. Befund: Spondylosis deformans vertebrae lumbalis, Discarthrosis vertebrae L5-S1 / susp. discus (act. 22). - Neurologischer Untersuchungsbericht der Militär-Medizinischen Akademie vom 26. Mai 2016. Diagnose: Lumboischialgie dex. Klinischer Befund (neben dem MRT-Befund, vgl. Bericht vom 4. Mai 2016 oben): Antalgische Haltung und Gang, der Patellar-Reflex rechts sei erloschen, Lasègue-Zeichen rechts positiv bei etwa 40 Grad. Der Beschwerdeführer fühle seit Mitte April einen intensiven Schmerz im unteren Bereich des Rückens mit Ausstrahlung in das rechte Bein hinab bis zu den Füßen. Medikamentöse Therapie (act. 23 S. 1). - Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 26. Mai 2016. Diagnosen: Hernia disci L4 paramed dex cum migratio cranialis/MRI/Radiculopathia L3-S1 dex susp. Paresis n. peronei et tibialis I dex. Das chronische lumbale lokale und polyradikuläre Schmerz-Syndrom rechts mit grober Antalgie werde akut und der Beschwerdeführer könne wegen Extrusion eines Teils der Bandscheibe L4 paramedial rechts mit kranialer und intraforaminaler Propagation weder auf der Ferse noch auf den Zehen des rechten Beines gehen (act. 23, S. 3 f.). - Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 8. November 2016. Anamnese: Beschwerden seit April 2016 nach einer anspruchsvolleren Tätigkeit, konservativ behandelt mit Physiotherapie, ohne dauerhafte Verbesserung. Diagnosen: Prolapsus disci intervertebralis et disci intervertebralis aliorum cum radiculopathia. Er hielt fest, dass in neurologischer Hinsicht eine schwere Parese des nervus peroneus rechts und eine mässigere Parese des nervus tibialis rechts bestünden. Eine operative Behandlung sei indiziert (act. 25). - Gutachten der Dres. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Chirurgie, und I. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 3. März 2017 zuhanden der serbischen Invalidenkommission. Der Beschwerdeführer gab an, dass er in den letzten sechs Monate wegen Schmerzen in der Lendenwirbelsäule nicht arbeitsfähig war, die Schmerzen ins rechte Bein ausstrahlen und dass er eine Muskelschwäche im rechten Unterschenkel habe. Diagnosen: Polydiscopathia lumbalis, Laesio n. peronei et tibialis dex discreta, Lumboischialgia dex.. Befund: Palpable schmerzhaft empfindlichkeit der LWS, PVM rigid, Rumpfbewegungen eingeschränkt anfänglich, Fersen-Zehen-Gang erschwert rechts, Lasègue rechts positiv bei 40 Grad, diskrete Muskelhypotrophie des rechten Unterschenkels, Hocken nicht ausführbar. Psychischer Befund: depressiv. In der Beurteilung wurde festgehalten, dass beim Beschwerdeführer am Untersuchungstag (28. Februar 2017) kein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit bestehe, weil die Behandlung noch nicht beendet sei. Es sei eine weitere Behandlung durch Fachärzte für Orthopädie, Neurochirurgie, Neurologie und Psychiatrie notwendig, sowie die Durchführung einer stationären Reha-Behandlung. Ein Körperschaden könne in dieser Phase medizinisch (noch) nicht bewertet werden. Fremde Hilfe und Pflege seien nicht erforderlich (act. 4). - Berichte von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, vom 1. resp. 7. März 2017 mit folgenden diagnostischen Befunden: Hypertensio arterialis essentialis (primaria),

Prolapsus valvulae mitralis, Pericarditis adhaesiva chronica und Hypercholesterinaemia vera. Sie hielt fest, der Beschwerdeführer sei am 17. Januar 2017 wegen Schmerzen in der Brust und Atemnot im Notfallzentrum gewesen (Blutdruck 140/80). Der durchgeführte Enzymtest habe keinen Befund ergeben. Medikamentöse Therapie. Es erfolgt eine Überweisung an den Kardiologen (act. 33, 34). - Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, vom 18. April 2017. Diagnosen: Hypertensio arterialis, Hyperlipidemia, Myocardiopathia chr. arteriosc comp. Medikamentöse Therapie (act. 32). - Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 5. Mai 2017, Notfallambulatorium für Innere Medizin. Diagnose: Essentielle (primäre) Hypertonie. Es wird die Fortsetzung der bisherigen antihypertensiven Therapie empfohlen sowie für den 1. Juni 2017 ein "Stressecho" des Herzens vereinbart (act. 84). - Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, vom 28. Juni 2017 zum Herzecho während eines dreiminütigen Dobutamin-Tests: Echokardiographisch ohne segmentale Ausfälle in den Kontraktilitäten der linken Kammer, bis zu einer Herzfrequenz von 174 Schlägen/min. ohne Anzeichen einer Ischämie, Test ohne sichere Anzeichen für eine verringerte koronare Reserve. Nach dem Test ohne irgendwelche subjektive Beschwerden, Blutdruck 120/70 mmHg, Puls 89 Schläge/min. (act. 29). - Bericht von RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 21. November 2017. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Lumbosakralgien rechts mit radikulärem Syndrom L4 bei degenerativen Veränderungen vom Typ Modic II und Bandscheibenvorfall L3-L4, L4-L5, und bei diskreter Parese des peronealen und tibialen Nervs. Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: unspezifische Angina pectoris. In der Beurteilung hielt sie fest, im April 2016 sei es zu einer Exazerbation der Lumbosakralgien rechts gekommen. Die angestammte Tätigkeit als "Landwirt" sei seitdem nicht mehr zumutbar. Seit der Untersuchung durch die serbische Invalidenkommission im Februar 2017 sei eine leidensangepasste Tätigkeit wieder zu 100 % zumutbar. Im Haushalt könne der Beschwerdeführer keine schweren Arbeiten wie Fensterputzen und Staubsaugen ausführen. Da solche Arbeiten nur 20 - 30 % der Haushaltstätigkeiten ausmachen, sei eine Einschränkung im Haushalt nur in diesem Umfang anzunehmen (act. 36). - Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 11. Dezember 2017. Er hielt fest, der Beschwerdeführer sei wegen starken Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und im rechten Bein in Begleitung seines Sohnes eingeliefert worden. Trotz intensiver Therapie habe sich sein Zustand von Tag zu Tag verschlechtert. Der Beschwerdeführer sei unfähig, seine persönlichen Verrichtungen selbständig durchzuführen. Er äussert den Verdacht auf Lähmung des Peronäus- und des lateralen Schienbeinnervs rechts (act. 42). - Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 13. Dezember 2017. Diagnosen: Polydiskopathie im Lendenbereich, Bandscheibenvorfall im Bereich L3/L4 lateral rechts und L4/L5 lateral rechts, dorsomedialer Bandscheibenprolaps L5/S1, Lähmung des Peroneusnervs und des Schienbeinnervs lateral rechts, Spondylose und Skoliose der Brust- und Lendenwirbel. Der Beschwerdeführer sei unfähig, irgendwelche körperlichen Tätigkeiten zu verrichten und könne auch keine körperlichen Arbeiten, kein Tragen von Lasten, keine Arbeiten in der Höhe und auch keine Tätigkeiten in jeglicher Zwangsstellung durchführen. Es sei eine operative Behandlung durch einen Neurochirurgen indiziert (act. 43). - Bericht von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 25. Dezember 2017. Diagnose: Prolapsus disci intervertebralis lumbalis et disci intervertebralis aliorum cum radiculopathia DH L4/L5 dorsomedialis in extrusionem pp dex.. Befund: Mit Schwierigkeiten selbständig beweglich, Gehhilfe, Lazarevic positiv rechts bei 35 Grad, links positiv gekreuzter Lazarevic bei 50 Grad, DF und PF des rechten Fusses geschwächt - mittel- bis schwergradig, PSR

geschwächt bis erloschen rechts, links auslösbar, ASR auslösbar links, rechts geschwächt. Er empfehle wie bereits vor 13 Monaten eine operative Behandlung (act. 50). - Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Unfallmedizin, vom 8. Januar 2018. Anamnese: Operative Behandlung empfohlen und vereinbart. Diagnosen: Prolapsus disci intervertebralis lumbalis et disci intervertebralis aliorum cum radiculopathia, Coxarthrosis dysplastica alia bill inc, Spodylolysis vert thoracolumbalis. Er hielt fest, die aktive und passiven Bewegungen des rechten Beines seien durch Schmerzen reduziert. Die vom Neurochirurgen verschriebene Therapie werde empfohlen (vgl. auch Bericht vom 18. Dezember 2017, act. 49) und die Behandlung mit Physiotherapie und Analgetika. Es sei über die möglichen Folgen der Vornahme bzw. der Nichtvornahme der empfohlenen medizinischen Behandlung aufgeklärt worden (act. 51). - Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Bereich Neurologie, vom 15. Januar 2018. Diagnose: Prolapsus disci intervertebralis lumbalis et discorum intervertebralia aliorum cum myelopathia. Befund: An den UE Lazarevic rechts positiv bei gekreuztem Lazarevic. MER rechts geschwächt. Schwäche der Plantar- und Dorsalflexion des rechten Fusses. Zeitweise Harninkontinenz. Es sei eine Untersuchung beim Neurochirurgen zur Durchführung der operativen Behandlung erforderlich (act. 52). - Kardiologischer Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Gesundheitszentrum S.\_\_\_\_\_, vom 23. Februar 2018. Diagnosen: Essentielle (primäre) Hypertonie und Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet. Der Beschwerdeführer sei am 22. Februar 2018 wegen Brustschmerzen in der Notaufnahme des Gesundheitszentrums erschienen. Ein Test nach kardiospezifischen Enzymen sei negativ verlaufen (act. 85). - Berichte der RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 2. Februar und 2. März 2018 mit den gleichen Diagnosen wie im Vorbericht vom 21. November 2017. Sie hielt fest, dass der Beschwerdeführer sich entgegen der Operationsindikation nicht habe operieren lassen wollen und von einer konservativen Behandlung profitiert habe. Am 11. Dezember 2017 sei es erneut zu einer Schmerzexazerbation der Lumbosakralgien gekommen. Während dieser Zeit sei der Beschwerdeführer in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Es handle sich dabei aber nicht um eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Nach Stabilisierung der Situation könne in einer angepassten Tätigkeit wieder von einer Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Es sei eine Verlaufsbeurteilung in sechs Monaten angezeigt. Je nach Entwicklung der Lumbalgien sei eventuell eine höhere Einschränkung im Haushalt zu attestieren (act. 54). - Bericht von Dr. med. T.\_\_\_\_\_, Tagesklinik für Kardiologie, vom 12. März 2018. Diagnose: Angina pectoris, nicht näher bezeichnet. Es sei ein physischer Belastungstest für den 19. April 2018 vereinbart worden (act. 83). - Bericht von Dr. med. U.\_\_\_\_\_, Fachärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 23. März 2018. Diagnose: Laesio nervi peronei. Sie hielt fest, dass der Beschwerdeführer wegen Schmerzen im Nacken und der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung entlang des rechten Beines gekommen sei. Er gehe mithilfe einer Unterarmkrücke. Es bestehe eine Parese des Peroneus mittleren Grades. Bickel-Zeichen seien beidseits positiv, mehr rechts. Es werde Physiotherapie empfohlen, danach Kontrolle (act. 78). - Bericht von Dr. J.\_\_\_\_\_ vom 17. April 2018. Diagnosen: Essentielle (primäre) Hypertonie, Prolapsus valvulae mitralis (Mitralklappenprolaps), reine Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesterinspiegel), paroxysmale Tachykardie (plötzliches, anfallsweises Auftreten einer stark beschleunigten Herzaktivität). Medikamentöse Therapie (act. 86). - Bericht von Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Arzt in Spezialisierung in der Klinik für Kardiologie, vom 19. April 2018. Diagnose: Angina pectoris, non specificata. Der Beschwerdeführer zeige eine fehlende Compliance in Bezug auf einen physischen Belastungstest. Er toleriere die Anstrengung nicht und habe

Schmerzen in der Wirbelsäule (act. 77). - Bericht von Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2018. Diagnosen: Polydiskopatia lumbalis, Discushernia L3/L4, L4/L5 et L5/S1, Paresis n peronei und n tibialis I.dex. Er hielt fest, dem Beschwerdeführer gehe es schlechter im Sinne eines erschwerten Gehens mithilfe von Krücken und starken Schmerzen im rechten Bein mit Unmöglichkeit einer plantaren und dorsalen Flexion der rechten Fusssohle, Taubheit und Schmerz radikulären Typs L5 links. Es bestehe ein starker Spasmus der paravertebralen Muskulatur. Beim Beschwerdeführer sei eine dringende chirurgische Behandlung indiziert. Der Beschwerdeführer sei nicht fähig zum normalen Gehen zwecks Erledigung physischer Aktivitäten, könne keinerlei Lasten tragen und keine Arbeiten unter einzwängenden Bedingungen verrichten (act. 79). - Bericht von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 5. März 2019. Diagnosen: Angina pectoris stabilis und Hipertensio arterialis. Die Durchführung einer Koronarangiographie sowie eines Herzbelastungstests seien notwendig (act. 101). - Bericht von RAD-Ärztin Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 11. März 2019. Diagnosen: Lumbosakralgien rechts mit radikulärem Syndrom L4 (M54.4) bei degenerativen Veränderungen vom Typ Modic II und Bandscheibenvorfall L3-L4, L4-L5, bei diskreter Parese des peronealen und tibialen Nervs sowie bei lumbaler sinistrokonvexer Skoliose. In der Beurteilung hielt sie fest, dass kein Bericht darüber eingereicht worden sei, dass die indizierte neurochirurgische Operation stattgefunden habe. Dr. U. \_\_\_\_\_ habe gemäss ihrem Bericht vom 23. März 2018 Physiotherapie verschrieben. Somit sei für die Zeit der Schmerzexazerbation der Lumbalgien vom 11. Dezember 2017 bis 23. März 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in sämtlichen Tätigkeiten anzunehmen. Ab dem 24. März 2018, nach Stabilisierung der Schmerzexazerbation, sei eine leidensangepasste Tätigkeit wieder zu 60 % zumutbar. Im Haushalt sei ab 24. März 2018 von einer 40%igen Einschränkung auszugehen (act. 91). - Bericht von Dr. med. W. \_\_\_\_\_, Neurologin, vom 10. Mai 2019. Sie hielt fest, der Beschwerdeführer sei wegen starken Schmerzen in den Beinen, stärker rechts, und im Kreuz zur Untersuchung erschienen. Diagnosen: Prolapsus disci lumbalis cum myelopathia (M51.0) und Paralysis n peronei et tibialis lat dex. Neurologischer Befund: DE PR (patellarer Reflex) und AR (Achilles-Reflex) würden rechtsseitig nicht ausgelöst, Lazarevic rechtsseitig positiv bei 40 Grad, Schwächung der plantaren Dorsiflexion im rechten Fuss. In der Beurteilung hielt sie fest, dass beim Beschwerdeführer eine Polydiskopathie im lumbalen Bereich mit kompressiver Myelopathie festgestellt worden sei, dies ohne Indikationen für einen operativen Eingriff. Unter Berücksichtigung der Beschwerden sowie des neurologischen Befunds handle es sich um ein dauerhaftes neurologisches Defizit. Dr. W. \_\_\_\_\_ wies im Übrigen darauf hin, dass eine Kataraktoperation geplant sei (act. 102). - Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019. Er hielt fest, der Beschwerdeführer sei aufgrund allgemeiner Ermattung und Oppression in der Brust zur Untersuchung erschienen. Diagnose: Arteriosklerotische Myokardiopathie. Die durchgeführte Echokardiographie habe Folgendes ergeben: Sklerose der Aortenwand, EED der linken Kammer betrage 50 mm, Herzmuskeldicke LV 10 mm mit schwächeren kontraktiven Fähigkeiten. Mittels Farbdoppler-Technik werde eine langsamere Geschwindigkeit des Blutdurchflusses registriert, durch alle vier Herzklappen der laminaren Strömung. Dr. K. \_\_\_\_\_ hielt fest, dass trotz der verschriebenen (medikamentösen) Therapie eine Kataraktoperation unter Lokalanästhesie durchgeführt werden könne (act. 103). - Bericht von RAD-Ärztin Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2019. Sie hielt fest, dass die Werte der Echokardiographie vom 10. Mai 2019 in der Norm seien. Unter Behandlung sei die kardiologische Situation stabil und es gebe auch keine Kontraindikation betreffend die Kataraktoperation. Auch die lumbale

Situation sei unverändert und gemäss Bericht von Dr. W.\_\_\_\_\_ bestehe keine Operationsindikation. Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2016 nicht verändert, weshalb an den früheren Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen festgehalten werden könne (act. 105). Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer nebst diversen bereits aktenkundigen medizinischen Berichten einen neuen Arztbericht ein. Dieser erging zwar nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung, lässt aber Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu und ist deshalb zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BGer 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3): - Bericht von Dr. W.\_\_\_\_\_ vom 8. August 2019. Diagnose: Poldiscopathia lumbalis cum myelopathia. Sie hielt fest, dass in den letzten Monaten eine Verschlechterung eingetreten sei. Der Beschwerdeführer sei selbständig nicht in der Lage, sich zu bewegen. Neurologischer Befund: An den unteren Gliedmassen seien PR und AR "gelöscht", die plantare und dorsale Flexion des Fusses sei unmöglich und das Gehen erfolge mithilfe unilateraler Assistenz. Der Befund habe sich im Vergleich zum vorherigen (10. Mai 2019) verschlechtert. Der Beschwerdeführer sei vollständig arbeitsunfähig und unfähig, ein selbständiges Leben zu führen. Er benötige fremde Hilfe und Pflege. Er benötige zudem eine dauerhafte Therapie und regelmässige Kontrollen beim Neurologen. Aufgrund der bisherigen Untersuchungen sei von einer lumbalen Diskopathie mit einer kompressiven Myelopathie auszugehen, wobei der neurologische Schaden dauerhaft sei, ohne Chancen auf Besserung (Beilage zu BVGer-act. 1 und 17). - RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 18. November 2019 fest, dass sich gemäss dem Bericht von Dr. W.\_\_\_\_\_ vom 8. August 2019 die medizinische Situation seit der letzten neurologischen Beurteilung vom 10. März 2019 verschlechtert habe und eine mehrstufige Diskopathie mit chronischer kompressiver Myelopathie vorliege, wobei keine Chance auf eine Besserung bestehe. Es handle sich dabei um eine Einschätzung aus neurologischer Sicht. Eine neurochirurgische Beurteilung wäre hilfreich, um zu entscheiden, ob eine Operation die Situation der Wirbelsäule verbessern könnte. Aufgrund der verschlechterten Situation sei ab 8. August 2019 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten sowie im Haushalt auszugehen (Beilage zu BVGer-act. 18).

## **E. 5.2**

Bei der Verfügung vom 30. Juli 2019 hat sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf die insgesamt fünf Stellungnahmen von RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 21. November 2017, 2. Februar 2018, 2. März 2018, 11. März 2019 und 25. Juni 2019 gestützt.

### **E. 5.2.1**

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). 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). Die versicherungsinternen Fachpersonen haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). 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).

### **E. 5.2.2**

RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_\_ hat den Beschwerdeführer nie selbst untersucht und alle ihre Beurteilungen gestützt auf die zum jeweiligen Zeitpunkt vorliegenden Akten vorgenommen. Mit Blick auf die medizinischen Unterlagen erscheinen ihre Ausführungen zum Gesundheitszustand sowie zum Umfang und Verlauf der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers jedoch nicht vollumfänglich nachvollziehbar, insbesondere nicht, dass erst im November 2019 eine neurochirurgische Beurteilung, ob eine Operation die Situation der Wirbelsäule verbessern könnte, als "hilfreich" erachtet wurde. Dr. C.\_\_\_\_\_ ist zunächst davon ausgegangen, dass es beim Beschwerdeführer ab April 2016 zu einer Schmerzexazerbation der Lumbosakralgien rechts gekommen sei, was sich auch den fachärztlichen Berichten entnehmen lässt. So wurde im Bericht der Militärmedizinischen Akademie vom 26. Mai 2016 festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit Mitte April an einem intensiven Schmerz im unteren Bereich des Rückens mit Ausstrahlung in das rechte Bein hinab bis zu den Füßen leide (act. 23). Dr. F.\_\_\_\_\_ gab am 26. Mai 2016 an, dass der Beschwerdeführer weder auf der rechten Ferse noch den rechten Zehen gehen könne (vgl. act. 23, S. 3 f.) und Dr. G.\_\_\_\_\_ hielt am 8. November 2016 fest, dass eine schwere Parese des Nervus peroneus rechts und eine mässiger Parese des Nervus tibialis rechts bestünden (vgl. act. 25). Insofern erscheint die von Dr. C.\_\_\_\_\_ ab April 2016 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der Tätigkeit als "Landwirt" nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar ist angesichts der fachärztlichen Befunde jedoch ihre Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer gleichzeitig im Bereich Haushalt zu 70 % leistungsfähig gewesen sein soll mit der pauschalen Begründung, dass der Anteil schwerer Arbeiten im Haushalt, welche der Beschwerdeführer nicht ausüben könne, nur 20 - 30 % betrage. Zweifel bestehen auch an ihrer Einschätzung, dass dem Beschwerdeführer seit der für die serbische Invalidenkommission erfolgten Begutachtung im Februar 2017 eine leidensadaptierte Tätigkeit wieder zu 100% zuzumuten sei (act. 36). Im entsprechenden Gutachten wurde lediglich festgehalten, dass kein vollständiger Verlust der Arbeitsfähigkeit bestehe, weil die Behandlung noch nicht beendet sei (act. 4, S. 3). Allein aus dieser Aussage lässt sich nicht ohne Weiteres eine 100%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierten Tätigkeiten ableiten, zumal die objektiven Befunde sowie der von den Gutachtern als erforderlich erachtete umfassende Behandlungsbedarf durch Fachärzte verschiedener Disziplinen auf erhebliche Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit hinweisen. Durch die echtzeitlichen Facharztberichte wiederum gut gestützt ist die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_\_, dass es beim Beschwerdeführer ab dem 11. Dezember 2017 erneut zu einer Schmerzexazerbation der Lumbosakralgien gekommen sei, woraus eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten einschliesslich im

Bereich Haushalt resultiere (act. 54). Dr. O.\_\_\_\_\_ hielt am 13. Dezember 2017 fest, dass der Beschwerdeführer unfähig sei, irgendwelche körperlichen Tätigkeiten zu verrichten. Es sei eine operative Behandlung durch einen Neurochirurgen indiziert (act. 43). Die Indikation für eine neurochirurgische Operation stellte auch Dr. G.\_\_\_\_\_, Neurochirurg, am 25. Dezember 2017 (act. 50; vgl. auch Dr. P.\_\_\_\_\_, Bericht vom 18. Dezember 2017, act. 49, und Dr. Q.\_\_\_\_\_, Bericht vom 15. Januar 2018, act. 52). An der folgenden Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_\_, wonach ab dem Zeitpunkt des Berichts von Dr. U.\_\_\_\_\_ vom 23. März 2018 wieder von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensadaptierten Tätigkeiten und im Haushalt im Umfang von jeweils 60 % ausgegangen werden könne (act. 91), sind jedoch erhebliche Zweifel angezeigt. Dr. U.\_\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht fest, dass der Beschwerdeführer mithilfe einer Unterarmkrücke gehe und diagnostisch eine Parese des Peroneus mittleren Grades vorliege, worauf sich wohl auch ihre Empfehlung zur Physiotherapie bezieht (vgl. act. 78). Zum Lumballeiden des Beschwerdeführers sprach sie sich nicht explizit aus und stellte dazu auch keine Diagnosen. Die RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_\_ ist offenbar allein aufgrund des Umstandes, dass Dr. U.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer Physiotherapie empfohlen hatte, davon ausgegangen, dass eine Stabilisierung der im Dezember 2017 exazerbierten Lumbalschmerzen eingetreten und der Beschwerdeführer somit in leidensangepassten Tätigkeiten sowie im Haushalt wieder zu 60 % arbeitsfähig sei. Dies ist nicht nachvollziehbar, zumal sie ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung auch nicht näher begründet hat und damit nicht ersichtlich ist, ob und inwiefern sie die verschiedenen somatischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Einfluss auf dessen Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit berücksichtigt hat. Hinzu kommt, dass sich auch aus dem folgenden neurochirurgischen Facharztbericht von Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2018 potenziell erhebliche arbeitsfähigkeitsrelevante Befunde (erschwertes Gehen mithilfe von Krücken, starke Schmerzen im rechten Bein, plantare und dorsale Flexion der rechten Fusssohle nicht möglich, Taubheit und Schmerz radikulären Typs L5, starker Spasmus der paravertebralen Muskulatur) ergeben. Dr. O.\_\_\_\_\_ hielt insbesondere fest, dass der Beschwerdeführer nicht fähig sei zum normalen Gehen zwecks Erledigung physischer Aktivitäten. Zudem stellte er erneut die Indikation für eine dringende chirurgische Behandlung (act. 79). Angesichts dieser Befunde bleibt völlig unklar, ob, ab wann, in welchem Umfang und für welche Tätigkeiten aus medizinischer Sicht eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bestanden hat. Jedenfalls kann nicht auf die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 11. März 2019, wonach ab 24. März 2018 von einer 60%igen Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensadaptierten Tätigkeiten und im Haushalt auszugehen sei (act. 91), abgestellt werden. Dies gilt umso mehr, als nach Stand der vorliegenden Akten Dr. C.\_\_\_\_\_ (deren Facharztqualifikation wie oben in E. B.c ausgeführt unbekannt ist) sich auch mit dem kardiologischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht ausreichend auseinandergesetzt hat. Gemäss den vorliegenden Berichten aus dem Zeitraum von April 2017 bis Mai 2019 war der Beschwerdeführer wegen Beschwerden wie Schmerzen in der Brust und Atemnot wiederholt, teilweise auch notfallmässig, in ärztlicher Behandlung. Es wurden insbesondere folgende Diagnosen und Befunde festgestellt: Angina pectoris, Mitralklappenprolaps, Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel und paroxysmale Tachykardie. Demgegenüber konnte ein Herzinfarkt offenbar sowohl am 17. Januar 2017 als auch am 22. Februar 2018 ausgeschlossen werden (vgl. Test nach kardiospezifischen Enzymen, EKG; act. 33, 34 und 85). Weiter war die Herzsonographie vom 28. Juni 2017 unter Dobutamin-Test ohne Zeichen einer Ischämie und ohne sichere

Anzeichen für eine verminderte koronare Reserve (act. 29). Ein für am 19. April 2018 geplanter Herzbelastungstest war jedoch aufgrund fehlender Compliance - er toleriere die Anstrengung nicht und habe Schmerzen in der Wirbelsäule - nicht durchführbar (act. 77, 83). Im jüngsten kardiologischen Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019 wurde als Diagnose eine arteriosklerotische Myokardiopathie angegeben. Die durchgeführte Echokardiographie und Sonographie zeigten insbesondere eine Sklerose der Aortenwand sowie eine langsamere Fliessgeschwindigkeit des Blutes durch alle vier Herzklappen (vgl. act. 103). In ihrer Stellungnahme vom 25. Juni 2019 hat Dr. C. \_\_\_\_\_ dazu lediglich festgehalten, dass die Werte der Echokardiographie vom 10. Mai 2019 in der Norm seien und die kardiologische Situation unter (medikamentöser) Behandlung stabil sei. Gleichzeitig hat sie darauf hingewiesen, dass weder Resultate einer Koronarangiographie noch einer Ergometrie vorlägen (act. 105, S. 1). Zur versicherungsmedizinisch relevanten Frage allfälliger quantitativ und/oder qualitativ einschränkenden Auswirkungen der kardiologischen Befunde auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers hat sich Dr. C. \_\_\_\_\_ jedoch nicht geäußert, obwohl solche Auswirkungen angesichts der diagnostizierten arteriosklerotischen Myokardiopathie mit verminderter kontraktile Fähigkeit des LV (wsh. linken Vorhofs) und verlangsamer Fliessgeschwindigkeit durch alle vier Herzklappen nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden können. Dies umso weniger, als gewisse für die Leistungsbeurteilung relevante kardiologische Untersuchungen offenbar (noch) gar nicht durchgeführt worden sind, wie Dr. C. \_\_\_\_\_ selbst festgehalten hat, und von fachärztlich kardiologischer Seite, soweit ersichtlich, auch keine Angaben zur Herzleistung (Auswurfraction des linken Ventrikels) sowie zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht aktenkundig sind.

### **E. 5.2.3**

Nach dem Gesagten sind die von der Rechtsprechung aufgestellten beweisrechtlichen Anforderungen an Berichte des internen medizinischen Dienstes vorliegend offensichtlich nicht erfüllt. Betreffend den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers liegen weder ein lückenloser Befund noch ein feststehender medizinischer Sachverhalt vor. Zudem fehlt es an ausreichenden fachärztlichen Einschätzungen zum Umfang und Verlauf der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Eine abschliessende Aktenbeurteilung durch Dr. C. \_\_\_\_\_ war vor diesem Hintergrund nicht zulässig. Vielmehr hätten vor Verfügungserlass weitere medizinische Abklärungen veranlasst werden müssen. Dies gilt umso mehr, als beim Beschwerdeführer gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, welche verschiedene medizinische Fachdisziplinen betreffen, was eine interdisziplinäre Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit erfordert. Dr. C. \_\_\_\_\_, deren Facharztqualifikation nicht eruierbar ist (vgl. auch Urteil des BVGer C-8198/2010 vom 25. September 2012 E. 3.2.1), weist überwiegend wahrscheinlich nicht die erforderlichen Fachkenntnisse auf, um die verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers umfassend und im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit abschliessend zu würdigen, weshalb auch aus diesem Grund nicht auf ihre Beurteilungen abgestellt werden kann.

### **E. 5.3**

Somit greift inhaltlich gesehen auch der Antrag der Vorinstanz, die Sache sei an sie zurückzuweisen zu weiteren Abklärungen neurochirurgischer Art und zur Klärung der Frage, ob zwischen dem Bericht von Dr. W. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019 und jenem vom 8. August 2019 eine wesentliche Verschlechterung des Lumballeidens des Beschwerdeführers

eingetreten sei, zu kurz. Zum einen besteht ein ergänzender Abklärungsbedarf nicht nur für die Zeit ab 10. Mai 2019, sondern retrospektiv für den gesamten vorliegend massgeblichen Zeitraum, namentlich ab 1. Februar 2016 (frühestmöglicher Beginn eines rentenbegründenden Wartejahres bei Anmeldung im August 2016, vgl. E. 4.3). Zum anderen sind nicht nur ergänzende Abklärungen neurochirurgischer Art angezeigt. Vielmehr ist angesichts der genannten weiteren Befunde im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers umfassend abzuklären und die allfälligen funktionellen Auswirkungen auf dessen Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit mittels einer medizinischen Gesamtbetrachtung interdisziplinär zu beurteilen.

### **E. 6.1**

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nach der Rechtsprechung nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C\_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1; Urteil des EVG I 934/2005 vom 7. Dezember 2006 E. 3.1). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen. Dabei sind die ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen, welche als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich sind und in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden müssen (Urteil des BGer 9C\_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen).

### **E. 6.2**

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein, wobei aber seitens der Parteien auch eine Mitwirkungspflicht besteht (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C\_663/2009 vom 27. April 2010 E. 2.2).

### **E. 6.3**

Der Beschwerdeführer gab im vorinstanzlichen Verfahren an, er würde im Gesundheitsfall in der Landwirtschaft arbeiten, wobei die Antwort auf die Frage nach dem hypothetischen Pensum für die übersetzende Person nicht lesbar war (vgl. Angaben im Fragebogen für Versicherte vom 27. Februar 2019 bzw. 22. März 2019 [Eingangsdaten der Übersetzungen auf Deutsch], act. 92, S. 9; act. 88, S. 9). Zudem gab er an, dass er seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Landwirtschaft, namentlich die Bewirtschaftung seines eigenen Landguts in Serbien in der Zeit von 1995 bis 2000, allein aus gesundheitlichen Gründen habe aufgeben müssen und seitdem in täglicher (medizinischer) Behandlung sei (act. 64, S. 1; act. 88, S. 7; act. 92, S. 7). Er habe bis zum 31. Dezember 2000 nach seinen Möglichkeiten leichte Arbeiten in der Landwirtschaft verrichtet und sei ordnungsgemäss bei der Kranken- sowie der Renten- und Invalidenversicherung (in Serbien) gemeldet gewesen (act. 64, S. 1; vgl. auch act. 88, S. 5; act. 92, S. 5). Er erklärte überdies, dass er bereits seine zwischen 1981 und 1994 (gemäss IK-Auszug zwischen 1982 und 1993, vgl. act. 110, S. 2) ausgeübte Erwerbstätigkeit in der Schweiz aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben habe. Er sei auch in der Schweiz in Behandlung gewesen, habe aber die medizinische Dokumentation nicht aufbewahrt. Die medizinischen Dokumente seien beim Arbeitgeber geblieben (act. 92, S. 5; act. 88, S. 5).

### **E. 6.4**

Grundsätzlich ist bei der Beurteilung der Statusfrage der Umstand, dass eine versicherte Person eine vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübte Erwerbstätigkeit allein aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben hat, ein gewichtiges Indiz dafür, dass diese Person im hypothetischen Gesundheitsfall als Erwerbstätige zu qualifizieren ist (vgl. Urteil des EVG I 253/05 vom 9. Dezember 2005, E. 4). Dementsprechend forderte die Vorinstanz den Beschwerdeführer am 16. Oktober 2018 zu Recht auf, bezüglich seiner Behauptung, er habe seine Erwerbstätigkeit im Jahr 2000 aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben, ärztliche Unterlagen vorzulegen (act. 65). Dieser Aufforderung kam der Beschwerdeführer entgegen der ihm obliegenden Mitwirkungspflicht nicht nach. Die RAD-Ärztin Dr. C. \_\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 11. März 2019 dennoch fest, dass die chronischen Lumbosakralgien seit 20 Jahren bekannt seien und davon ausgegangen werden könne, dass der Beschwerdeführer aufgrund dessen seine Tätigkeit in der Landwirtschaft aufgegeben habe. Obwohl die chronischen Lumbalgien erst ab April 2016 dokumentiert seien, sei anzunehmen, dass die Tätigkeit als "Landwirt" aufgrund der lumbalen Probleme seit 20 Jahren nicht mehr zumutbar sei. Eine adaptierte Tätigkeit sei allerdings seit dem Jahr 2000 in vollem Umfang zumutbar (act. 91, S. 3). Gestützt auf diese Stellungnahme qualifizierte die Vorinstanz den Beschwerdeführer als im hypothetischen Gesundheitsfall vollzeitlich Erwerbstätigen und erklärte für die Berechnung des Invaliditätsgrads die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs für anwendbar (act. 93). Diese Beurteilung der Vorinstanz ist nicht überzeugend. Bei den Aussagen von Dr. C. \_\_\_\_\_ handelt es sich mangels echtzeitlicher ärztlicher Berichte um nicht mehr als allein auf die Behauptungen des Beschwerdeführers gestützte Vermutungen, so dass die Vorinstanz nicht ohne Weiteres darauf hätte abstellen dürfen. Vielmehr wären anhand der Angaben des Beschwerdeführers im Fragebogen für Versicherte weitere Abklärungen angezeigt gewesen. So hätte die Vorinstanz bei der serbischen Kranken- sowie Renten- und Invalidenversicherung, wo der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben bis zur Aufgabe seiner Erwerbstätigkeit am 31. Dezember 2000 gemeldet gewesen war, bezüglich

medizinischer Dokumentationen zu allfälligen, in diesem Zeitraum bestehenden arbeitsfähigkeitseinschränkenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, insbesondere dem vom Beschwerdeführer bereits für die damalige Zeit geltend gemachten erheblichen Rückenleiden, nachfragen sollen. Weiter wäre beim letzten Arbeitgeber des Beschwerdeführers in der Schweiz ("X. \_\_\_\_\_, 1233 Bernex", act. 108, S. 4) abzuklären gewesen, ob entsprechend den Angaben des Beschwerdeführers die Arbeitsaufgabe tatsächlich aus gesundheitlichen Gründen erfolgt war und ob diesbezüglich noch medizinische Angaben und Dokumente beim damaligen Arbeitgeber und der damaligen Krankenversicherung vorhanden sind. Eine ergänzende Abklärung ist schliesslich auch zum Umfang des Pensums, welches der Beschwerdeführer beim letzten Arbeitgeber ausübte und im hypothetischen Gesundheitsfall ausüben würde, angezeigt. Diese Abklärungen wird die Vorinstanz nachzuholen haben. Festzuhalten ist, dass sich im Rahmen der vorzunehmenden Prüfung eine allfällige Beweislosigkeit zu Ungunsten des Beschwerdeführers auswirkt (vgl. E. 6.2 hiervor), wodurch davon auszugehen wäre, dass der Beschwerdeführer die Tätigkeit als "Landwirt" aus iv-fremden Gründen aufgegeben hat.

### **E. 6.5**

Sollte sich im Rahmen der weiteren Abklärungen und unter einlässlicher Würdigung der gesamten Verhältnisse ergeben, dass der Beschwerdeführer im hypothetischen Gesundheitsfall als Nicht- oder Teilzeiterwerbstätiger zu qualifizieren ist, was die Anwendung der spezifischen bzw. gemischten Methode zur Berechnung des Invaliditätsgrads zur Folge hätte (vgl. Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG), wäre die Vorinstanz angehalten, zusätzlich eine Haushaltsabklärung durchzuführen. Um feststellen zu können, in welchem Mass eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, bedarf es im Prinzip einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1; Urteile des BGer 9C\_121/2011 E. 3.1.1 m.w.H. und 8C\_671/2007 vom 13. Juni 2008 E. 3.2.1). Zwar ist es denkbar, dass bei Wohnsitz der versicherten Person im Ausland auf eine eigentliche Haushaltsabklärung an Ort und Stelle ausnahmsweise verzichtet werden kann. Der Abklärungsbericht muss dann aber eine fachmedizinische Evaluation der Fähigkeiten der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, enthalten. Eine solche Evaluation wird mit Hilfe eines Arztes durchgeführt, wobei eine detaillierte und eingehende Betrachtung der Einschränkungen der versicherten Person nach deren Anhörung durch den Arzt notwendig ist (vgl. Urteil des BGer I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2). Ob eine solche Abklärung im einzelnen Fall genügt, ist anhand der konkreten Umstände und Verhältnisse zu entscheiden (vgl. zum Ganzen Urteile des BVGer C-3961/2014 vom 13. Juli 2016 E. 4.6 mit weiteren Hinweisen; C-3269/2016 vom 30. Januar 2018 E. 3.2 ff., insb. E. 3.3.1; C-3041/2014 vom 28. September 2016 E. 5.1 ff. und E. 7.5 ff.).

### **E. 7.1**

Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht dem Antrag der Vorinstanz auf Rückweisung der Sache an sie zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), zumal sich auch der Beschwerdeführer nicht hat gegenteilig vernehmen lassen. Vorliegend fehlt es gänzlich an einer iv-rechtlich erforderlichen Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Die Vorinstanz hat es unterlassen, eine interdisziplinäre Abklärung zu veranlassen, obwohl eine

solche aufgrund der im Raum stehenden Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, geboten gewesen wäre. Da die Vorinstanz noch kein Gutachten veranlasst hat, und die Verwaltung nicht von vornherein darauf bauen kann, dass ihre Arbeit in jedem verfügbaren abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge, ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen abzusehen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Eine Rückweisung ist vorliegend umso mehr gerechtfertigt, als die Vorinstanz zusätzlich beruflich-erwerbliche Abklärungen für die Beurteilung der Statusfrage zu treffen hat (vgl. E. 6.4 hiervor). Ein Entscheid könnte allein mit der Einholung eines Gerichtsgutachtens ohne die Ergebnisse der weiteren Abklärungen jedenfalls nicht herbeigeführt werden (vgl. Urteil des BVGer C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 6).

### **E. 7.2**

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Neurochirurgie, Neurologie, Rheumatologie, Innere Medizin (insbesondere Kardiologie) sowie Psychiatrie (letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung, BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281; 145 V 215) geboten. Ob noch weitere Disziplinen beizuziehen sind, ist dem pflichtgemessenen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Sie sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung letztverantwortlich (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Die funktionelle Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers haben die Gutachter unter Ausschluss allfälliger aggravatorischer Anteile festzustellen, denn soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 f. mit Hinweisen; zur Grenzziehung zwischen Aggravation und Verdeutlichungstendenz vgl. Urteil des BGer 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem 1. Februar 2016 und sinnvollerweise bis zum Zeitpunkt der neu durchzuführenden Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen. Insbesondere haben sie auch dazu Stellung zu nehmen, ob und - bejahendenfalls - ab wann, in welchem Ausmass und für welche Tätigkeiten sich durch eine Operation (an der LWS) die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus medizinischer Sicht verbessert werden könnte.

### **E. 7.3**

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) 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. 8**

Zusammengefasst ist im Ergebnis die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 30. Juli 2019 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

## **E. 9**

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1).

### **E. 9.1**

Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario), womit das mit Beschwerde vom 31. August 2019 gestellte Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege im Sinne der Befreiung von den Verfahrenskosten (BVGer-act. 1, S. 2) gegenstandslos wird. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 9.2**

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

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