

BVGer C-4628/2007 vom 3. März 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-03-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4628_2007

FR: TAF C-4628/2007 du 3 mars 2010

IT: TAF C-4628/2007 del 3 marzo 2010

Regeste

Invalidenversicherung (IV)

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG; SR 172.021), sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (Art. 31, 32 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32]). Das ist vorliegend nicht der Fall, und der angefochtene Entscheid ist eine Verfügung im Sinn von Art. 5 VwVG. Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland ist eine Vorinstanz im Sinn von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist daher zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]; vgl. Art. 48 Abs. 1 VwVG). Damit ist er zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 VwVG, Art. 56 ff. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]), weshalb auf sie einzutreten ist.

E. 1.4

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Vorliegend ist der Vorsitz im Beschwerdeverfahren auf die Abteilung II übergegangen. Der Spruchkörper setzt sich zusammen aus Richter David Aschmann und Richter Frank Seethaler der Abteilung II und Richterin Franziska Schneider der Abteilung III.

E. 2.1

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2), unter Vorbehalt der spezialgesetzlichen Übergangsbestimmungen. In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3).

E. 3.1

Am 1. Januar 2003 sind das ATSG sowie die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) in Kraft getreten. Vorliegend sind demnach die vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2007 in Kraft getretenen Bestimmungen des ATSG und der ATSV in Verbindung mit den Bestimmungen des IVG in seiner Fassung vom 31. März 2003 (4. IV-Revision, in Kraft seit 1. Januar 2004) anwendbar.

E. 3.2

Gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8), Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) sowie zur Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) auch auf die Invalidenversicherung anwendbar. Das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht) hat erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor Inkrafttreten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Auch die Normierung des Art. 16 ATSG führt nicht zu einer Anpassung der bisherigen Judikatur zur Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten, welche weiterhin nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vorzunehmen ist (zu Art. 28 Abs. 2 IVG in der bis zum 31. Dezember 2002 in Kraft gestandenen Fassung; vgl. BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b).

E. 4.1

Im Verwaltungsverfahren gilt grundsätzlich das Untersuchungsprinzip, wonach die Behörden den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären haben (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 61 Bst. c ATSG; Urteil des Bundesgerichts 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 2.1). Sie sind für die Beschaffung der Entscheidungsgrundlagen verantwortlich. Die Parteien tragen weder eine Behauptungs- noch eine Beweisführungslast. Das Untersuchungsprinzip wird jedoch relativiert durch die Mitwirkungspflicht der Parteien. Diese ergibt sich im vorliegenden Fall insbesondere aus Art. 28 ATSG und aus Art. 61 Bst. c ATSG (letztgenannter Art. in Analogie). Eine Mitwirkungspflicht besteht namentlich für die Beschaffung von Unterlagen, welche nur die Parteien liefern können, und für die Abklärung von Tatsachen, welche eine Partei besser kennt als die Behörden (BGE 130 II 449 E. 6.6.1; BGE 128 II 139 E. 2b; ULRICH HÄFELIN/GEORG MÜLLER/FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2006, Rz. 1623 ff.; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Art. 28, Rz. 10 f.).

E. 4.2

Der Sachverhalt muss im Sozialversicherungsrecht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt werden. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit beziehungsweise einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, wenn der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen. Gilt es, zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, ist diejenige überwiegend wahrscheinlich, welche sich am ehesten zugetragen hat (zum Ganzen: Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Art. 43, Rz. 23, mit Hinweisen).

E. 4.3

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des EVG vom 26. Januar 2006, I 268/2005 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3.a).

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des EVG vom 24. Januar 2000, I 128/98, E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des EVG vom 20. März 2006, I 655/05 E. 5.4 mit Hinweisen). Schliesslich gilt es anzumerken, dass die schweizerischen Behörden nach konstanter Rechtsprechung an die Beurteilung ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, anderer Behörden und Ärzte nicht gebunden sind (ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Richters (Urteil des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S.D.).

E. 4.4

Wie aufgezeigt entfällt im Sozialversicherungsrecht aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes - soweit er nicht durch die Mitwirkungspflicht der Parteien relativiert wird - die Beweisführungslast. Sowohl im Anwendungsbereich des Untersuchungsgrundsatzes als auch in jenen Bereichen, in denen dieser durch die Mitwirkungspflicht relativiert wird, tragen die Parteien jedoch eine dahingehende

Beweislast, dass im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 121 V 204 E. 6a). Soweit sich also die Beweislosigkeit im Leistungsrecht ergibt, führt dies in der Regel dazu, dass die leistungsbeanspruchende Partei ihr Begehren nicht durchzusetzen vermag (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Art. 43, Rz. 31 mit Hinweisen).

E. 4.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist erkennende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind somit eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc). Ein Aktenbericht ist zulässig, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.1).

E. 5.1

Aufgrund der Beschwerdebegehren streitig und damit zu prüfen ist vorliegend, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 6. Juni 2007 zu Recht die am 12. Dezember 2002 zugesprochene halbe Invalidenrente aufgehoben hat.

E. 5.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes (ATSG/IVG) ist und beim Eintritt der Invalidität schon während mindestens eines vollen Jahres Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Diese Bedingungen müssen beide gleichzeitig erfüllt sein; ist die eine nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

E. 5.3

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als einem Jahr Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist (Art. 36 Abs. 1 IVG).

E. 5.4

Nach dem ATSG in Verbindung mit dem IVG ist der Begriff "Invalidität" nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen (BGE 110 V 275 E. 4a, BGE 102 V 166) oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf beziehungsweise in der bisherigen Tätigkeit, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Nach Art. 8 ATSG ist die Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Art. 4 IVG führt dazu aus, dass die Invalidität Folge von

Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann; nach Abs. 2 dieser Norm gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende, ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden, ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen 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. 5.5

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in seiner bis zum 31. Dezember 2006 in Kraft stehenden Fassung hat ein Versicherter Anspruch auf eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 40 %, auf eine halbe Rente bei einem solchen von 50 %, auf eine Dreiviertelsrente bei einem Grad der Invalidität von 60 % und auf eine ganze Rente bei einem solchen von 70 %. Gemäss Abs. 1ter dieser Norm werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie Angehörige von Mitgliedstaaten der Europäischen Union, welche Anspruch auf Viertelsrenten haben, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union Wohnsitz haben. Nach der Rechtsprechung des Schweizerischen Bundesgerichts stellt Art. 28 Abs. 1ter IVG keine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 5.6

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarkts ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 E. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen in ihrem Umfeld vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 291 E. 3b). Von einer Arbeitsgelegenheit im Sinne von Art. 16 ATSG kann aber dort nicht mehr gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie

der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre (SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3c, ZAK 1989 S. 322 E. 4).

E. 5.7

Der Einkommensvergleich bei Erwerbstätigen hat in der Regel so zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen, und es sind die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige (Art. 27 IVV) ein Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten wirtschaftlichen Situation zu bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

E. 5.8

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung in der Regel die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) heranzuziehen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts U 75/03 vom 12. Oktober 2006), allenfalls die Zahlen der Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP; vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, BGE 126 V 75 E. 3.b).

E. 5.9

Der Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG setzt voraus, dass bei der Ermittlung der beiden Vergleichseinkommen gleich vorgegangen wird, dass also eine gleichartige Vergleichsbasis vorliegt (Gleichartigkeit der Vergleichseinkommen, vgl. UELI KIESER, ATSG, Art. 16 Rz. 7). In zeitlicher Hinsicht sind die Verhältnisse bei Entstehen des (hypothetischen) Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1). Vorliegend ist daher für den Einkommensvergleich die Situation des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Verfügung vom 6. Juni 2007 massgeblich. Die Gleichartigkeit der Vergleichseinkommen setzt aber auch voraus, dass die auf einem vergleichbaren örtlichen Arbeitsmarkt hypothetisch erzielbaren Einkommen verglichen werden. So ist dann, wenn sich das hypothetische Valideneinkommen aufgrund eines tatsächlichen Einkommens bestimmt, das der Versicherte vor dem Eintritt der Invalidität über längere Zeit im Ausland erzielt hat, nicht etwa das in der Schweiz erzielbare hypothetische Invalideneinkommen beizuziehen, sondern ein Invalideneinkommen zu ermitteln und dem Valideneinkommen gegenüber zu stellen, das der Versicherte auf dem örtlichen ausländischen Arbeitsmarkt erzielen könnte. Eine Bestimmung des Invalideneinkommens aufgrund der schweizerischen Tabellenlöhne

kommt nur dann in Betracht, wenn auch auf ein Valideneinkommen in der Schweiz abgestellt wird.

E. 5.10

Es bleibt zu bemerken, dass aufgrund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ein in seinem bisherigen Tätigkeitsbereich dauernd arbeitsunfähiger Versicherter gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit in einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a, 111 V 239 E. 2a). Deshalb ist es Sache des behandelnden Arztes bzw. des Vertrauensarztes einer IV-Stelle zu entscheiden, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten kann. Diese sogenannte Verweisungstätigkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.), wobei unerheblich ist, ob er seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht.

E. 6.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird eine Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich ändert. Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeflussende Änderung im Falle einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. In derartigen Konstellationen ist Art. 29 Abs. 1 IVG nicht anwendbar (BGE 109 V 125 E. 4a; vgl. auch BGE 133 V 108). Führt die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu einer derartigen Verminderung des Invaliditätsgrades, dass die Rente herabgesetzt werden muss, so erfolgt die Anpassung der Rente gemäss Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Revisionsverfügung folgenden Monats an.

E. 6.2

Nach der ständigen Rechtsprechung des Schweizerischen Bundesgerichts sind für die richterliche Beurteilung grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses des strittigen Einzelaktes massgebend (BGE 132 V 368 E. 6.1 mit Hinweisen). Da es sich vorliegend um eine Rentenrevision handelt, wird der rechtserhebliche Sachverhalt in zeitlicher Hinsicht durch die Verfügung vom 12. Dezember 2002 als Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades einerseits und die Verfügung vom 6. Juni 2007 andererseits bestimmt.

E. 6.3

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2007 aufgrund ihrer Sachverhaltsabklärungen zu Recht den Schluss gezogen hat, die Voraussetzungen für eine Revision der Rente seien erfüllt. Die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte und medizinischen Unterlagen werden berücksichtigt, soweit sie über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor dem Erlass des angefochtenen Entscheids Aufschluss geben.

E. 6.3.1

Grundlage für den Vergleich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bildeten im Rahmen des Revisionsverfahrens: - ein medizinisches Dokument eines medizinischen Instituts für Stoff- wechsellkrankheiten in Zlatibor vom 10. Dezember 2004 (act. 76) - ein Bericht über eine medizinische (Lungen-)Untersuchung vom 20. Dezember 2004 unbekannter Autorschaft (act. 78), - ein in serbisch verfasster Arztbericht ohne Datum (Name des Autors in kyrillischer Schrift, act. 79) - Arztberichte von Dr. med. Dragan Prelo, Augenarzt, vom 3. Nov- ember 2004 (act. 88, übersetzt in act. 89), vom 29. Dezember 2004 (act. 114), vom 1. August 2006 (act. 113) und vom 2. Februar 2007 (act. 134, übersetzt in act. 136) - ein medizinischer Bericht von Dr. med. Katarina Vegavac vom 4. Nov- ember 2004 (act. 90, übersetzt in act. 91) - ein medizinischer Bericht von Dr. Slobodan Pastar, Pneumologe vom 20. Dezember 2004, (act. 92, übersetzt in "Beschwerdeakte 1", ge- hört wahrscheinlich zu act. 78 da vom selben Datum, vgl. oben) - ein medizinischer endokrinologischer Bericht vom 22. Dezember 2004 bei dem der Name des Verfassers nicht lesbar ist (act. 93) - ein medizinischer Bericht vom 22. Dezember 2004 von Dr. med. Milan S. Dragojlovic, Neurologe (act. 94, übersetzt in "Übersetzung 2") - die Stellungnahmen von Dr. med. Michel Ribordy vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz vom 8. August 2005 (act. 96), 20. Januar 2007 (act. 103) und 4. Mai 2007 (act. 137) - ein Ausdruck eines Elektrokardiogramms (EKG), datiert vom 19. Dezember 2005 unbekannter Autorschaft (act. 107) - zwei medizinische Laboranalysen vom 23. Dezember 2005, bei denen der Name des Verfassers nicht lesbar ist (act. 108 f.) - einen medizinischen Bericht von Dr. med. M. Dragojlovic vom 20. März 2006 (act. 110, schwer lesbar, übersetzt in "Übersetzung 3") - der Laborbericht vermutlich einer Urinuntersuchung vom 14. Juni 2006, Name des Verfassers schwer lesbar (act. 111) - ein Arztbericht vom 29. Juni 2006, Autorschaft unbekannt (act. 112) - einen weiteren Arztbericht unklaren Datums von Dr. Sladana Todoric, Arbeitsmedizinerin, (act. 115, übersetzt in "Übersetzung 4") - ein medizinischer Bericht von Ass. mr. méd. Milan Patakov vom 14. Juli 2006 (act. 116, übersetzt in act. 117) - ein medizinischer Bericht von Dr. med. Dusica Spagovic, Psychiaterin, vom 26. Dezember 2005 (act. 118, übersetzt in act. 119) - ein medizinischer Bericht von Dr. med. Milan [...] (Name nicht eruier- bar) vom 19. Dezember 2005 (act. 120, übersetzt in act. 121) - ein medizinischer Bericht von Dr. med. Milan S. Dragojlo, Neurologe, vom 22. Dezember 2005 (act. 122, amtliche Übersetzung in act. 123) - ein medizinischer Bericht von Dr. med. Sladjana Todoric, Arbeits- medizinerin, vermutlich vom 10. Januar 2005 (act. 125, erste Seite fehlt, übersetzt in act. 124, Übersetzung der ersten Seite vorhanden) - ein radiologischer Arztbericht von Prof. Dr. med P. Bosnjakovic, Radiologe, vom 20. Juli 2006 (act. 126, übersetzt in act. 127) - ein medizinischer Bericht von Prim. Dr. Dragoljub Stanisavljevic, Radiologe) vom 25. Oktober 2006 (act. 128, übersetzt in act. 129) - ein medizinischer Bericht von Dres. Slavika Cvetcovic, M. Dokic und Kostic über die Behandlung vom 14. November 2006 bis zum 5. Dezember 2006 (act. 130, Übersetzung in act. 131).

E. 6.3.2

Mit zu berücksichtigen sind die drei zusammen mit der Beschwerde erstmals eingereichten Belege (vgl. Erwägung S. hiervor). Diese sind zwar jüngeren Datums als der hier massgebliche Zeitpunkt der Revisionsverfügung der Vorinstanz, sie erlauben aber Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung. Das Audiogramm (Beschwerdebeilage Nr. 40) und der Bericht des Ohrenarztes vom 25. Juni 2007 (Beschwerdebeilage Nr. 39) attestieren eine Schwerhörigkeit des Beschwerdeführers. Diese wird sehr wahrscheinlich auch schon

wenige Wochen früher, im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorgelegen haben. Auch die Beschwerdebeilage Nr. 41 vom 23. Juni 2007 diagnostiziert unter anderem medizinische Leiden, die sich ebenfalls kaum innerhalb weniger Wochen eingestellt haben. Mitzuberücksichtigen sind auch das Gutachten von Dr. Snjezana Labus-Randjelovic, Neuropsychiaterin, vom 27. Juli 2007 (act. 86, übersetzt in act. 87) sowie die ärztliche Stellungnahme von Dr. med. Ch. Hug vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz vom 29. Dezember 2007. Das Gutachten von Dr. Snjezana Labus-Randjelovic, Neuropsychiaterin, vom 27. Juli 2007 ist allerdings nur soweit zu berücksichtigen, als es Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt vor dem Ergehen der angefochtenen Verfügung erlaubt.

E. 6.3.3

Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, aus den eingereichten Unterlagen sei nicht erkennbar, wie es um seinen Gesundheitszustand im massgeblichen Zeitpunkt tatsächlich bestellt gewesen sei. Dieser habe sich in den vorangegangenen Monaten zusätzlich verschlechtert. Es dürfe ihm nicht zum Nachteil gereichen, dass die zuständige Behörde bisher untätig geblieben sei. Er werde sich demnächst zwei Operationen unterziehen müssen, einer an der Wirbelsäule und einer an der Leber. Seine Leber sei in Folge der Einnahme von radioaktivem Jod zerstört. Ihm sei die Arbeit im geschlossenen Raum, im Staub, unter grellem Licht, in der Höhe und unter schlechten microklimatischen Bedingungen verboten. Sinngemäss macht der Beschwerdeführer damit geltend, die ophthalmologischen und psychopathologischen Befunde bestünden nach wie vor als limitierende Faktoren der Arbeitsfähigkeit, und es kämen neue limitierende Faktoren hinzu.

E. 7

Zur Beantwortung der Frage, ob die Vorinstanz im vorliegenden Fall die IV-Rente des Beschwerdeführers rechtmässig revidiert hat, ist als Erstes zu prüfen, ob sich deren rechtliche Beurteilung auf einen genügend abgeklärten Sachverhalt gestützt hat und wie dieser relevante Sachverhalt im Einzelnen lautet. Sollte sich nämlich herausstellen, dass der Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt worden ist, kann der Fall materiell nicht beurteilt werden. Bei dieser Prüfung gilt es zu berücksichtigen, dass die Behörden auf medizinische Unterlagen angewiesen sind und den Beschwerdeführer auch eine Mitwirkungspflicht trifft (vgl. E. 4.1 und E. 4.5 hiervoor). Der Sachverhalt war mit Bezug auf folgende zum Teil bisher bloss behauptete Leiden des Beschwerdeführers abzuklären: Die Schilddrüsenprobleme des Beschwerdeführers (Morbus Basedow) und die damit zusammenhängenden Augenbeschwerden, die psychischen Probleme des Beschwerdeführers, allfällige Auswirkungen der wahrscheinlich erfolgten, transitorischen ischämischen Attacke (neurologische Ausfallerscheinungen aufgrund eines Gehirnschlags), mit Bezug auf eine Gruppe diverser Erkrankungen wie Angina pectoris, erhöhter Blutdruck, diverse Stoffwechselprobleme wie unter anderem Diabetes mellitus, Rückenprobleme, Gallenblasensteine und kleine Nierensteine in der rechten Niere und Fetteinlagerungen in der Leber des Beschwerdeführers, sowie die Verschlechterung seines Sehvermögens und seine Schwerhörigkeit bzw. das Vorliegen eines Tinnitus.

E. 7.1

Was die Schilddrüsenerkrankung beim Beschwerdeführer anbelangt, so hält ein Institut für Stoffwechselkrankheiten in Zlatibor mit Datum vom 10. Dezember 2004 in act. 76 den Status nach einer Schilddrüsenunterfunktion, die verordnete künftige Therapie sowie die

Pflicht zu regelmässigen Kontrollen im Abstand von sechs Monaten fest. Im in serbischer Sprache verfassten Arztbericht ohne Datum (act. 79) wird hingegen von einer Schilddrüsenüberfunktion ausgegangen. So auch der medizinische Bericht vom 23. Juni 2007 von Dr. Mirko Roganovic, (Beschwerdebeilage Nr. 41, übersetzt in "Übersetzung 5"). Der medizinische Bericht von Ass. mr. méd. Milan Patakov vom 14. Juli 2006 (act. 116 f.) erhellt, dass eine Schilddrüsenunterfunktion aus der Therapie gegen eine Schilddrüsenüberfunktion resultieren kann. Bereits der Verlaufsbericht von Dr. med. Zeno Schneider zuhanden der IV-Stelle Schwyz vom 23. Januar 2003 (act. 77) konstatierte, es lägen schwankende periphere Schilddrüsenwerte vor, welche Dosisanpassungen erforderlich machten. Act. 120 - ein medizinischer Bericht von Dr. med. Milan [...] (Name nicht eruierbar) vom 19. Dezember 2005 (übersetzt in act. 121) enthält bezüglich der Schilddrüsenüber- beziehungsweise -unterfunktion im Wesentlichen dieselben Angaben wie act. 116 f. In act. 79 wird beim Beschwerdeführer Morbus Basedow diagnostiziert. Auch das zusammenfassende Gutachten vom 27. Juli 2007 von Dr. Snjezana Labus-Randjelovic, Neuropsychiaterin (act. 86 f.) hält fest, der Beschwerdeführer leide an Morbus Basedow ("Status nach einer Therapie mit RAI 131") sowie an einer Schilddrüsenunterfunktion. Mit Bezug auf die Augenbeschwerden, die mit der Schilddrüsenenerkrankung beim Beschwerdeführer in einem Zusammenhang stehen (vgl. E. B. hiervor), halten die Arztberichte von Dr. med. Dragan Prelo, Augenarzt, vom 3. November 2004 (act. 88, übersetzt in act. 89), vom 29. Dezember 2004 (act. 114), vom 1. August 2006 (act. 113) und vom 2. Februar 2007 (act. 134, übersetzt in act. 136) fest, der Beschwerdeführer leide an Glotzaugen und Bindehautentzündung und sei unfähig, unter Staubeinfluss, im Rauch, in der Höhe und unter ungünstigen microklimatischen Bedingungen zu arbeiten (act. 88 f., act. 114, act. 134 - 136). Auch der medizinische Bericht von Dr. med. Katarina Vegavac vom 4. November 2004 (act. 90 f.) erwähnt das krankhafte Hervortreten der Augen beim Beschwerdeführer. In der Stellungnahme von Dr. med. Michel Ribordy vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vom 8. August 2005 (act. 96) wurde festgehalten, gemäss "Arztbericht vom 3. November 2004" (act. 88 f.) sei der Beschwerdeführer bloss dazu nicht fähig, unter ungünstigen microklimatischen Bedingungen zu arbeiten. Schon im Jahre 2002 habe sich die medizinische Situation stabilisiert und aktuell gebe es für das Vorliegen der basedowschen Krankheit beim Beschwerdeführer keine Anzeichen mehr. Der Patient leide zwar immer noch an Glotzaugen und als Folge davon an einer Bindehautentzündung, aber nach den ärztlichen Kriterien sei eine Verweisungstätigkeit unter angemessenen Bedingungen aktuell dennoch im Umfang von 80 % ausübbar. In der Stellungnahme vom 20. Januar 2007 (act. 103) äusserte sich Dr. med. M. Ribordy dahingehend, der Beschwerdeführer habe in der Schweiz an der basedowschen Krankheit gelitten. Gemäss der "gesamten vorhandenen medizinischen Dokumentation insbesondere dem Arztbericht vom 19. September 2006" (gemeint sein kann einzig act. 125, dieser Bericht stammt allerdings vom 10. Januar 2005) weise der Beschwerdeführer unter Substitutionstherapie aktuell eine völlig normale Schilddrüsenfunktion auf. Dieses Leiden sei demnach geheilt, auch wenn der Beschwerdeführer sich immer noch behandeln lassen müsse. So oder so seien es die Symptome, die jemanden invalid machten und nicht die Diagnose. Im Ergebnis seien die gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers aber geheilt, nur müsse er fortfahren, sich zu pflegen und kontrollieren zu lassen. An diesem Standpunkt änderte sich auch in der Stellungnahme von Dr. med. M. Ribordy vom 4. Mai 2007 (act. 137) nichts: Der Beschwerdeführer habe neu lediglich eine augenheilkundliche Dokumentation

eingereicht, welche nicht mehr als eine vorhandene Augenentzündung belege und aussage, der Beschwerdeführer könne nicht in einer staubigen, rauchigen Atmosphäre oder unter schlechten mikroklimatischen Bedingungen arbeiten. Auch wenn beim Beschwerdeführer gemäss einigen von ihm eingereichten Unterlagen nach wie vor die Diagnose "Morbus Basedow" vorliegen mag, lassen auch die von ihm selbst eingereichten medizinischen Dokumente darauf schliessen, dass sich die Symptome der Schilddrüsenkrankheit bis zum massgeblichen Zeitpunkt zumindest wesentlich verbessert haben. Auf eine diesbezügliche Besserung lässt auch der zusammenfassende medizinische Bericht von Dr. med. Sladjana Todoric, Arbeitsmedizinerin, vermutlich vom 10. Januar 2005 (act. 124 f.) schliessen, der lediglich noch davon spricht, nach einer Therapie müsse der Beschwerdeführer immer noch regelmässig seine Schilddrüsenwerte überprüfen lassen. Diese Werte lägen aber in der Regel im Normalbereich. Hingegen litt der Beschwerdeführer im massgeblichen Zeitpunkt nach wie vor an Augenbeschwerden (krankhaft hervortretende Augäpfel, Bindehautentzündung). Dies belegen die eingereichten augenärztlichen Berichte und Unterlagen. Der Sachverhalt erscheint somit in Bezug auf die Schilddrüsenprobleme und die Augenbeschwerden genügend abgeklärt. Unklar bleibt der Sachverhalt hinsichtlich der Behauptung des Beschwerdeführers, sein Sehvermögen verschlechtere sich von Tag zu Tag. In den eingereichten medizinischen Unterlagen finden sich kaum Hinweise, die diese Behauptung stützen würden. Einzig der medizinische Bericht vom 23. Juni 2007 von Dr. Mirko Roganovic, (Beschwerdebeilage Nr. 41, übersetzt in "Übersetzung 5") spricht von einer "Störung des Sehvermögens". Der Sachverhalt bleibt insofern unklar.

E. 7.2

Was die psychischen Probleme des Beschwerdeführers anbelangt, so ist im medizinischen Bericht von Dr. med. Dusica Spagovic, Psychiaterin, vom 26. Dezember 2005 (act. 118 f.) festgehalten, der Patient sei angespannt, nervös, willenlos, schlechtgelaunt und leide häufig unter Schlaflosigkeit. Objektiv betrachtet sei der Patient depressiv mit kurzfristigen Schüben von Dynamik, Willenskraft und Instinkt. Die Arbeitsfähigkeit sei wesentlich eingeschränkt. Als Diagnose wird "F 33.1 Sy depressivum" gestellt und als Therapie "Bromazepam" à 3 mg und "Zoloft" à 50 verordnet. Im medizinischen Bericht von Dr. med. Sladjana Todoric, Arbeitsmedizinerin, vermutlich vom 10. Januar 2005 (act. 124 f.) wird ein ängstlich-depressives Syndrom diagnostiziert. Gemäss der Stellungnahme von Dr. med. Michel Ribordy vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz vom 8. August 2005 (act. 96) hat das Gutachten der MEDAS aus dem Jahre 2002 auf eine bloss 50%ige Arbeitsfähigkeit bei Verweisungstätigkeiten geschlossen, dafür aber auch ein psychopathologisches Problem angegeben, das wahrscheinlich einen Rentenanspruch begründe. Aktuell sei in den eingereichten medizinischen Unterlagen keine Rede mehr von einem psychischen Problem. In der ergänzenden Stellungnahme zu dieser Würdigung von Dr. med. Michel Ribordy vom 21. August 2005 (act. 57) steht, die Rückkehr des Beschwerdeführers in seine Heimat müsse sich namentlich auch auf dessen psychische Verfassung positiv ausgewirkt haben. Auch in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2007 (act. 103) hält Dr. med. M. Ribordy in Bezug auf die psychischen Probleme fest, diese seien in der Schweiz beim Beschwerdeführer gravierender gewesen als zum aktuellen Zeitpunkt. Denn bei Schilddrüsenüberfunktionen würden viele psychische Probleme verstärkt auftreten. Zwar bestätige der "psychiatrische Bericht vom 19. September 2006" (act. 118) ein Nervositätssyndrom und eine ganz und gar leichte, mit der vorgeschlagenen beruflichen Aktivität im Umfang von 80 % zu vereinbarende Depression. Was die psychische Verfassung anbelange, so sei diese Beeinträchtigung dennoch bloss mässig und mit einer

angepassten Tätigkeit zu vereinbaren. Hinweise auf eine noch bestehende psychische Erkrankung des Beschwerdeführers finden sich auch im medizinischen Bericht von Dr. med. Dusica Spagovic, Psychiaterin, vom 26. Dezember 2005 (act. 118 f.), wonach der Patient angespannt, nervös, willenlos, schlechtgelaunt sei und häufig unter Schlaflosigkeit leide, bzw. im medizinischen Bericht von Dr. med. Sladjana Todoric, Arbeitsmedizinerin, vermutlich vom 10. Januar 2005 (act. 124 f.), in dem von einem ängstlich-depressiven Syndrom ausgegangen wird. Hinzu kommt das Gutachten vom 27. Juli 2007 von Dr. Snjezana Labus-Randjelovic, Neuropsychiaterin (act. 86 f.). Die medizinische Fachabkürzung "F. 33.1" als die im medizinischen Bericht von Dr. med. Dusica Spagovic, Psychiaterin, (act. 118 f.) gestellte Diagnose bedeutet eine "rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode" (vgl. <http://www.med-serv.de/medizin-icd-F3.html>). Die Angabe im selben Bericht, die Arbeitsfähigkeit sei wesentlich eingeschränkt, erscheint demgegenüber vage (fehlende Angabe der Arbeitsunfähigkeit in Prozenten). Auch fehlt es in dem Bericht an einer eigentlichen Anamnese und an einer Prognose mit Bezug auf die psychische Erkrankung. Ebenso vage bleibt insoweit der Bericht von Dr. med. Sladjana Todoric, Arbeitsmedizinerin, vermutlich vom 10. Januar 2005 (act. 124 f.), der von einem "ängstlich-depressiven Syndrom" ausgeht, dabei aber ebenfalls eine Anamnese vermissen lässt und sich im Einzelnen nicht zum Einfluss der psychischen Probleme auf den Grad der Arbeitsunfähigkeit äussert. Dies alles relativiert den Beweiswert der eingereichten medizinischen Unterlagen zur psychischen Verfassung des Beschwerdeführers. Auch das Gutachten vom 27. Juli 2007 von Dr. Snjezana Labus-Randjelovic, Neuropsychiaterin, (act. 86 f.) sagt lediglich aus, der Beschwerdeführer befinde sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung wegen Kopfschmerzen, Schwindel, Nervosität und Angespanntheit. Als Diagnose hält dieser Bericht fest, der Beschwerdeführer leide an einer anxiös-depressiven Störung. Zwar ist dem ärztlichen Dienst der Vorinstanz zu widersprechen, soweit er davon ausgeht, dass der Bericht von Dr. med. Dusica Spagovic, Psychiaterin, vom 26. Dezember 2005 (act. 118 f.) bloss eine "ganz und gar leichte Depression" diagnostiziere. Andererseits ist der Beweiswert dieses Berichts aber aus besagten Gründen mit einigen Zweifeln behaftet. Hinzu kommt der medizinische Hinweis genereller Natur des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz, dass bei Schilddrüsenüberfunktionen viele psychische Probleme verstärkt auftreten. Die psychische Verfassung des Beschwerdeführers ist damit nur lückenhaft abgeklärt. Das Fehlen einer gründlichen medizinischen Dokumentation seines psychischen Gesundheitszustands darf dem Beschwerdeführer nicht zum Nachteil gereichen. Im Rahmen seiner Möglichkeiten ist er seiner Mitwirkungspflicht nachgekommen und die Untätigkeit der serbischen Behörden darf ihm nicht angelastet werden. Mit dem Gutachten von Dr. Snjezana Labus-Randjelovic, Neuropsychiaterin, vom 27. Juli 2007 (act. 86, übersetzt in act. 87) liegt zwar zusätzlich auch eine medizinische Beurteilung durch die ausländische Fachbehörde vor. Auch diese enthält aber lediglich die beschriebenen vagen Angaben zur psychischen Gesundheit des Beschwerdeführers. Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers unklar ist.

E. 7.3

Im Zusammenhang mit der transitorischen ischämischen Attacke hält der Neurologe Dr. med. Milan S. Dragojlo im medizinischen Bericht vom 22. Dezember 2005 (act. 122 f.) fest, der Beschwerdeführer zeige bei einer neurologischen Untersuchung Schwäche in den Extremitäten der rechten Körperseite. Der Fusssohlenreflex rechts sei atypisch. Der Beschwerdeführer könne selbständig gehen, seine Hände zitterten aber beidseitig. Dies sei

der Status nach einem Gehirnschlag mit einer rechtsseitigen Körperlähmung. Dem Beschwerdeführer wurde "Acetisal 100 1x1" verordnet. Der medizinische Bericht von Dres. Slavika Cvetcovic, M. Dokic und Kostic über die Behandlung vom 14. November 2006 bis zum 5. Dezember 2006 (act. 130 f. bzw. act. 133) erwähnt eine verminderte Kraft in den rechtsseitigen Extremitäten des Beschwerdeführers, ein Zustand, der sich mit Physiotherapie immerhin für das rechte Bein verbessern lasse. Mit der Physiotherapie sei daher fortzufahren. Der Arztbericht unklaren Datums von Dr. Sladana Todoric, Arbeitsmedizinerin, (act. 115, übersetzt in "Übersetzung 4") sagt einerseits aus, eine Schwäche des rechten Arms und Beins, die einige Tage anhielt, sei vor 5 Jahren aufgetreten. Andererseits hält der Bericht fest, eine Schwäche in den rechten Extremitäten liege aktuell vor. Ähnlich wie der Bericht in act. 115 äussert sich auch der medizinische Bericht vom 22. Dezember 2004 von Dr. med. Milan S. Dragojlovic, Neurologe (act. 94, übersetzt in "Übersetzung 2"). Dazu meint Dr. med. M. Ribordy in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2007 (act. 103), in den medizinischen Berichten fänden keine Symptome im Zusammenhang mit der transitorischen ischämischen Attacke mehr Erwähnung. Diese Attacke, welche keinerlei Folgen gehabt habe, sei daher eine überholte Diagnose und verursache aktuell keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Dies zeigt, dass die noch bestehenden gesundheitlichen Auswirkungen des zerebrovaskulären Insults, von dem der Beschwerdeführer vermutlich im März 2001 betroffen war (vgl. MEDAS-Gutachten vom 8. Oktober 2002, act. 73, S. 9), in den Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes und in den vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Unterlagen unterschiedlich beurteilt werden. Der Neurologe Dr. med. Milan S. Dragojlo hält im medizinischen Bericht vom 22. Dezember 2005 (act. 122 f.) fest, der Beschwerdeführer zeige bei einer neurologischen Untersuchung Schwäche in den Extremitäten der rechten Körperseite. Der Fusssohlenreflex rechts sei atypisch. Die Hände des Beschwerdeführers zitterten beidseitig. Dies sei der Status nach einem Gehirnschlag mit einer rechtsseitigen Körperlähmung. Auch der medizinische Bericht von Dres. Slavika Cvetcovic, M. Dokic und Kostic über die Behandlung vom 14. November 2006 bis zum 5. Dezember 2006 (act. 130 f.) erwähnt eine geschwächte Kraft in den rechtsseitigen Extremitäten beim Beschwerdeführer. Das Gutachten vom 27. Juli 2007 von Dr. Snjezana Labus-Randjelovic, Neuropsychiaterin, (act. 86 f.) hält dagegen bloss fest, der Beschwerdeführer habe einen Gehirnschlag mit einer rechtsseitigen Körperlähmung erlitten. Dr. med. M. Ribordy hält in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2007 (act. 103) fest, diese Attacke habe keinerlei Folgen gehabt. Sie verursache demnach keine Arbeitsunfähigkeit. Diese Einschätzung ist umso mehr zu teilen, als bereits das MEDAS Gutachten vom 8. Oktober 2002 (act. 73, S. 9) die Diagnose zwar anerkannte, aber bereits damals nicht davon ausging, die Attacke habe einschränkende Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Das MEDAS Gutachten stütze sich in diesem Punkt wesentlich auf das neurologische Konsilium vom 10. Juni 2002 von Dr. med. Ph. Maire, Neurologe (act. 71) ab. Dieses kam zum Schluss, die Folgen des vermuteten zerebrovaskulären Insults im März 2001 seien beim Beschwerdeführer weitgehend geheilt. Als objektiver Restbefund bleibe einzig eine stumme rechte Fusssohle zurück. Die vom Patienten geklagte Sensibilitätsstörung sei naturgemäss nicht objektivierbar, und die Schmerzsymptomatik in der rechten Körperseite des Beschwerdeführers könne nicht ohne weiteres mit dem Ereignis in Zusammenhang gebracht werden. Aus somatisch-neurologischer Sicht könne eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden, so das Konsilium. Die Symptome, die in den vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen zum Teil geschildert sind, decken sich weitgehend mit den schon im Jahre 2002

festgestellten Symptomen. Diesbezüglich wurde aber bereits früher festgestellt, dass sie keinen einschränkenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Es erscheint kaum nachvollziehbar, dass die Auswirkungen des zerebrovaskulären Insults im Jahre 2001 nach deren Rückbildung zwischen 2001 und 2002 in der Zeit bis 2006 wieder Folgen hatten, die die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen. Selbst wenn man davon ausgeht, dass keine weitere Besserung zwischen den Jahren 2002 und 2007 eingetreten ist, ist die Beeinträchtigung nach wie vor nicht als eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einzustufen. Der medizinische Sachverhalt erscheint somit in diesem Punkt genügend abgeklärt, sofern nicht festgestellt werden muss, dass es in der Zwischenzeit zu neuen ähnlichen Vorfällen beim Beschwerdeführer gekommen ist.

E. 7.4

In den relevanten medizinischen Unterlagen finden sich Hinweise auf diverse weitere beim Beschwerdeführer gestellte Diagnosen: Angina pectoris (act. 79; Beschwerdebeilage Nr. 41), Atemnot (Beschwerdebeilage Nr. 41) erhöhter arterieller Blutdruck (act. 90 f., act. 93, act. 115, act. 123 f.) eine erhöhte Konzentration von Triglyceriden im Serum (act. 90 f., act. 93), "Diabetes mellitus" (act. 112) bzw. "Diabetes mellitus typ II" (act. 90 f.) bzw. "Diabetes mellitus latens" (act. 93). Ferner sei der Stoffwechsel des Beschwerdeführers in Bezug auf Fette und Kohlenhydrate aus dem Gleichgewicht und die Zucker- und Cholesterinwerte seien dauernd erhöht (act. 115, act. 123). Ebenfalls liege eine Bandscheibenprotrusion des dorso-lateralen Diskus L4-L5 mit einer Verengung des Spinalkanals und eine dorso-mediane Bandscheibenprotrusion im Segment L5-S1 (act. 126 f.) vor. Der medizinische Bericht von Dres. Slavika Cvetcovic, M. Dokic und Kostic über die Behandlung vom 14. November 2006 bis zum 5. Dezember 2006 (act. 130 f.) hält im Zusammenhang mit den Schmerzen des Beschwerdeführers im Bereich der Nieren und der unteren Extremitäten fest, ein Neurochirurg schlage einen operativen Eingriff an der Wirbelsäule vor. Der Bericht von Prim. Dr. Dragoljub Stanisavljevic vom 25. Oktober 2006 (act. 128 f.) diagnostiziert beim Beschwerdeführer ferner Gallenblasensteine sowie kleine Nierensteine in der rechten Niere (wobei der Nierenbefund ansonsten normal sei). Ferner zeige eine Untersuchung Fetteinlagerungen in der Leber des Beschwerdeführers, Milz und Bauchspeicheldrüse seien hingegen normal. Hinzu kommen eine nicht näher umschriebene Störung des Sehvermögens, Kopfschmerzen gemäss dem medizinischen Dokument vom 23. Juni 2007 von Dr. Mirko Roganovic, (Beschwerdebeilage Nr. 41, übersetzt in "Übersetzung 5") und ein beidseitiger Hörverlust "nach Fowler Sabine von 44,9 %" (medizinischer Bericht vom 25. Juni 2007 von Dr. Plavsic, Hals-Nasen-Ohren-Arzt [Beschwerdebeilage: Nr. 39, übersetzt in "Übersetzung 6"]). Die Äusserungen zu diesen weiteren Erkrankungen beim Beschwerdeführer seitens der Vorinstanz sind indessen nicht sehr umfangreich. Dr. med. M. Ribordy meint in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2007 (act. 103), die Diabeteserkrankung beim Beschwerdeführer bewirke keine Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. Ch. Hug vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz äusserte sich im Auftrag der Vorinstanz am 29. Dezember 2007 (act. 142), die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Dokumentation enthalte keine substanziellen neuen Informationen, insbesondere keine Hinweise auf eine aktuell noch bestehende Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion, keine Hinweise auf eine wesentlich verschlechterte ophthalmologische Situation und keine Hinweise auf ein neurologisches Defizit im Bereich der rechten Körperhälfte. Damit sei an den bisherigen ärztlichen Stellungnahmen festzuhalten. Im Zusammenhang mit den Rückenleiden, von denen in den eingereichten medizinischen Unterlagen des Beschwerdeführers die Rede ist, ist festzuhalten, dass schon

im MEDAS Gutachten vom 8. Oktober 2002 eine mässiggradige Segmentdegeneration L4-L5 und L5-S1 erwähnt, aber nur als unwesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beurteilt worden ist. Es ist folgerichtig, wenn Dr. med. Ch. Hug vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz in seiner Stellungnahme vom 29. Dezember 2007 auch die diagnostizierte Diskusprotrusion L4-L5 links mit Spinalkanalverengung und die Diskusprotrusion L5-S1 (vgl. act. 126 f.) nicht als Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einstuft. Auch der Bluthochdruck beim Beschwerdeführer (act. 90 f., act. 93, act. 123 f.) ist im MEDAS Gutachten bereits berücksichtigt worden ("essentielle Hypertonie"), welches auch vom Übergewicht des Beschwerdeführers berichtet ("180,5 cm, 94,3 kg, BMI 29.2").

Ungenügend abgeklärt erscheint der Sachverhalt allerdings bezüglich der Angina pectoris (act. 79, Beschwerdebeilage Nr. 41), der erhöhten Konzentration von Triglyceriden im Serum (act. 90 f., act. 93), dem "Diabetes mellitus" (act. 112, act. 90 f. und act. 93), der Stoffwechselprobleme beim Beschwerdeführer, die Gallenblasen- und Nierensteine in der rechten Niere sowie die Fetteinlagerungen in der Leber des Beschwerdeführers (act. 128 f. bzw. act. 132). Diese Aussage erfasst auch die Beurteilung der Funktionstüchtigkeit der Lungen des Beschwerdeführers (vgl. act. 78 und act. 92, übersetzt in "Übersetzung 1"). Der medizinische Bericht von Dr. Slobodan Pastar, Pneumologe vom 20. Dezember 2004, (act. 92, übersetzt in "Übersetzung 1") stellt zwar das Vorliegen einer "Ventilationsstörung gemischten, überwiegend obstruktiven Typs schwereren Grades (51, 46, 93 %) fest. Eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund eines Lungenleidens wird aber nicht behauptet. Falls der Beschwerdeführer tatsächlich schwerhörig ist (vgl. Beschwerdebeilage Nr. 39 f.), könnte auch dies einen Einfluss auf Arbeitsfähigkeit haben.

E. 7.5

Das zusammenfassende Gutachten vom 27. Juli 2007 von Dr. Snjezana Labus-Randjelovic, Neuropsychiaterin, (act. 86 f.) hält nebst den bereits erwähnten Diagnosen fest, der Beschwerdeführer habe alltägliche Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, leide unter eingeschränkter Beweglichkeit und übermässigem Schwitzen, Herzrhythmusstörungen und Gewichtsverlust (10 kg in eineinhalb Monaten). Der medizinische Fachbericht von Dr. med. Mirko Roganovic vom 23. Juni 2007 (Beschwerdebeilage Nr. 41) erwähnt Kopfschmerzen, eine beschleunigte und unregelmässige Herzaktivität, Atemnot, Ermüdung und ebenfalls Gewichtsverlust. Act. 110 diagnostiziert eine Lumboischialgie, das heisst ins Bein ausstrahlende Rückenschmerzen, rechtsseitig. Zwar werden nicht all diese gesundheitlichen Probleme einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben und überlagern sich zum Teil mit den oben dargelegten Gesundheitsbeschwerden. In dem Gutachten vom 27. Juli 2007 steht ferner, aufgrund der erfolgten Untersuchung und nach Einsicht in die medizinische Dokumentation sei auch "weiterhin von einem vollen Verlust der Arbeitsfähigkeit" auszugehen. Es sei keine Besserung, sondern eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten. Der Invaliditätsgrad betrage 100 %. Der Gehalt dieser medizinischen Aussagen erscheint zweifelhaft, setzen sie doch den Invaliditätsgrad pauschal und ohne Bestimmung des Anteils der einzelnen diagnostizierten Leiden auf 100 % fest. Das Gutachten setzt sich in diesem Zusammenhang auch nicht mit der Tatsache auseinander, dass der Invaliditätsgrad beim Beschwerdeführer von den Schweizer Behörden zu keinem Zeitpunkt auf 100 % festgesetzt worden war. Der Sachverhalt erscheint auch insoweit unvollständig beziehungsweise unklar zu sein.

E. 8

Insgesamt lässt sich die Veränderung des Gesundheitsschadens und damit verbunden die Veränderung im Grad der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht rechtsgenügend beurteilen. Zusammenfassend ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen ist, damit diese eine medizinische Begutachtung des Versicherten in der Schweiz - vorzugsweise in der hierfür spezialisierten Abklärungsstelle der Invalidenversicherung (MEDAS) - anordne. In erwerblicher Hinsicht ist das vorinstanzlich ermittelte Valideneinkommen (act. 97) unbestritten. Über das zu veranschlagende Invalideneinkommen kann erst nach rechtsgenügender Ermittlung des Ausmasses der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten befunden werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 6).

E. 9.1

Die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle zu neuem Entscheid mit noch offenem Ausgang gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten als volles Obsiegen des Beschwerdeführers. Es sind vorliegend keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der geleistete Kostenvorschuss ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

E. 9.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene, notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Dem unvertretenen Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen, zumal die hierfür notwendigen besonderen Voraussetzungen vorliegend nicht gegeben sind. (Urteil des Bundesgerichts 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 8).

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