

BVGer C-571/2014 vom 23. Juli 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-07-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-571_2014

FR: TAF C-571/2014 du 23 juillet 2015

IT: TAF C-571/2014 del 23 luglio 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporal-rechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung vom 10. Dezember 2013 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist. Da die Beschwerde im Übrigen unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes während der Gerichtsferien frist- (Art. 38 Abs. 4 ATSG, Art. 60 ATSG und Art. 22a Abs. 1 VwVG) und formgerecht (Art. 52 VwVG) eingereicht wurde, ist darauf einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 10. Dezember 2013, mit welcher das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen worden ist. Mit Blick auf die Rechtsbegehren des Beschwerdeführers und dessen rechtliche Ausführungen ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz das Datum des Eintritts des Versicherungsfalls korrekt

festgelegt bzw. in diesem Zusammenhang, ob sie den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat. Weiter bildet damit im Zusammenhang stehend Streitgegenstand, ob Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden oder in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung zur Anwendung gelangt resp. ob der Beschwerdeführer beim Eintritt der Invalidität die vom Gesetz vorgesehene Beitragsdauer erfüllt hat.

E. 1.5

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. 2

Im Folgenden sind die weiteren, im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden: schweizerisch-jugoslawisches Sozialversicherungsabkommen) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (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), nicht aber mit den Republiken Serbien bzw. (nach dessen Unabhängigkeitserklärung) Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Mit dem Kosovo wird das Sozialversicherungsabkommen mit Jugoslawien seit dem 1. April 2010 nicht mehr weitergeführt. Für den Beschwerdeführer als Bürger der Republik findet demnach das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 nur noch insoweit Anwendung, als Sachverhalte zu beurteilen sind, die sich vor dem 1. April 2010 ereignet haben (vgl. dazu auch BGE 139 V 263 sowie 139 V 335 E. 6.2). Es ist demnach zu prüfen, ob der Rentenanspruch vor dem 1. April 2010 entstanden ist (BGE 139 V 335 E. 6.1 [Besitzstandsgarantie]). Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Da vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung gemäss vorstehender Ausführungen auf Grund des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11).

E. 2.2

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht -

vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die Leistungsansprüche für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 10. Dezember 2013 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2007 5155]). Mit Blick auf das Datum der angefochtenen Verfügung (10. Dezember 2013) können ebenfalls die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) zur Anwendung gelangen.

E. 2.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7).

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). 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 ATSG).

E. 2.4

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) 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. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut

Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), liegt nicht vor. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.5

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Da es sich bei Art. 29 Abs. 4 IVG um eine Anspruchsvoraussetzung handelt, kann ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers nur entstehen, wenn er während eines Jahres durchschnittlich zu mindestens 50 % arbeitsunfähig war und nach Ablauf des Wartejahres ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % bestanden hat (BGE 121 V 264 E. 5 und 6). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 2.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen,

nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

E. 3.1

Als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht diene der Vorinstanz insbesondere die bidisziplinäre Expertise der Dres. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und D._____, Facharzt für Neurologie, vom 18. April 2013 (act. 131). Dieses medizinische Dokument ist nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 3.2.1

Dr. med. D._____ berichtete, aus neurologischer Sicht bestehe eine arbeitsbetonte Hemisymptomatik rechts bei einem Zustand nach cerebrovaskulärem Ereignis, ein beginnendes dementielles Syndrom mit zumindest mässig ausgeprägten kognitiven Defiziten bei Verdacht auf Multiinfarktsymptomatik sowie ein intermittierendes Lumbovertrebralsyndrom aktuell leichten Grades bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sowie eine Discopathie L4/5 sowie L5/S1. Das Ausmass der Beeinträchtigung sei im Fall des Versicherten nur schwer quantifizierbar, zumal zusätzlich zu den effektiv erhobenen harten Befunden auch klare Hinweise auf eine Verdeutlichung/Aggravation bestünden. In einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit mit nur geringen Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten ohne Belastung der Körperachse könne von einer 50%igen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

E. 3.2.2

Dr. med. C._____ führte aus, aus psychiatrischer Sicht leide der Versicherte einerseits an einer rezidivierenden leichten depressiven Verstimmung, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Persönlichkeitsänderung bei anhaltender Schmerzproblematik. Teilweise sei die Persönlichkeitsänderung auch mit einer fehlenden Motivation und Willensanstrengung zur Bewältigung der Symptomatik begründet. Der Versicherte sehe sich selbst als vollkommen arbeitsunfähig seit zirka 1993 an. Die Selbstbeurteilung könne mit objektiven Befunden nicht bestätigt werden. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht als zu 40 % in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt zu beurteilen. Dabei sei die Aggravationstendenz mitberücksichtigt worden.

E. 3.2.3

Anlässlich der Konsensbesprechung sind die Experten zum Schluss gelangt, dass der Versicherte aus neurologischer Sicht zu 50 % und aus psychiatrischer Sicht zu 40 % in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sei. Diese beiden Beeinträchtigungen könnten nicht addiert werden, denn mit der neurologisch begründeten 50%igen Arbeitsunfähigkeit und der entsprechenden Möglichkeit, zu pausieren, werde auch den psychiatrischen Symptomen genügend Rechnung getragen. Der Versicherte sei aus gesamtmedizinischer Sicht zu 50 % in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Eine höhere Bemessung sei mit den objektiven Befunden nicht möglich. Die Diskrepanz zur Selbsteinschätzung begründe sich mit der Selbstlimitierung, Fixierung und auch teilweise mit der Aggravation des Versicherten. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit zurückzudatieren sei ausgesprochen schwierig. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die neurologische Beurteilung diesbezüglich massgebend sei. Das heisse, dass die Symptomatik und die Copingmechanismen hauptsächlich seit dem cerebrovaskulären Insult im Jahre 2007 dekompenziert habe. Somit müsse davon ausgegangen werden, dass die festgelegte Arbeitsunfähigkeit seit dem cerebrovaskulären Insult bestehe.

E. 3.3

Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D._____ und C._____ erfüllt die an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien. Insbesondere ist es für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Es ist zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation für die hier interessierenden Fragen einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet, so dass darauf abgestellt werden kann. Unter diesen Umständen ist auch der von Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, am 17. Mai 2013 verfasste Bericht (act. 133) - ein entscheiderelevantes Aktenstück im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. hierzu Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5) - nicht in Zweifel zu ziehen. Auf das Einholen von weiteren Berichten entsprechender ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzte konnte demnach - aufgrund der neurologischen Beurteilung auch mit Blick auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 - verzichtet werden (zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1). Demnach lässt sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.6 hiervor). Die Vorbringen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers führen zu keinem anderen Ergebnis.

E. 3.4

Aufgrund dieses Gutachtens ist nun geklärt, dass der diagnostizierte cerebrovaskuläre Insult vor dem Einspracheentscheid vom 14. Mai 2008 am 19. September 2007 eingetreten ist (vgl. hierzu Urteil des BVerfG C-3916/2008 E. 4.3 [act. 67]). Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht von Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, vom 1. September 2012; dieser beschrieb ebenfalls einen am 19. September 2007 aufgetretenen Insult (act. 110). Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters ist dieser cerebrovaskuläre Insult somit nicht bereits seit dem 13. September 2004 klar. Es trifft zwar zu, dass der Neuropsychiater Dr. med. G._____ in seinem Bericht vom 13. September 2004 einen Insult mit linksseitigen Paresen erwähnt hatte (act. 17 S. 4 bis 7). Der RAD zeigte jedoch in

seinem Bericht vom 6. September 2005 schlüssig und überzeugend auf, weshalb auf diesen Bericht nicht abgestellt werden kann resp. weshalb nicht bereits im damaligen Zeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. hierzu BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2; RKUV 2001 U 413 S. 86 E. 5b) ein rentenrelevanter cerebrovaskulärer Insult aufgetreten war. Hinzu kommt, dass die Angaben des Sohnes des Beschwerdeführers mit den ärztlichen Beurteilungen der Dres. med. D._____, C._____ und F._____ im Einklang stehen; so führte er anlässlich der bidisziplinären Begutachtung aus, "möglicherweise 2008 oder 2009 sei es dann zum Schlaganfall gekommen".

E. 3.5

Wie bereits dargelegt worden ist (vgl. E. 3.3 hiervor), ist der Versicherte aus gesamtmedizinischer Sicht zu 50 % in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Betreffend dieses von den Gutachtern festgestellte Ausmass der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehen zwischen den Parteien keine Differenzen. Einzig der Beginn dieser relevanten Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist unter den Parteien umstritten. Die Gutachter selber waren der Ansicht, dass die Zurückdatierung des Beginns der (relevanten) Arbeitsunfähigkeit ausgesprochen schwierig sei. Ihre Auffassung deckt sich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und damit einhergehend deren Beginn schwierig ist, weshalb entsprechende Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen sollten (Urteil des EVG I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5). Die Auffassung der Dres. med. D._____ und C._____, wonach die neurologische Beurteilung massgebend sei resp. die Symptomatik und die Copingmechanismen hauptsächlich seit dem cerebrovaskulären Insult im Jahre 2007 dekompensiert hätten, genügt diesen Ansprüchen, da sie - auch mit Blick auf die gesamte Aktenlage - nachvollziehbar und schlüssig ist. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beginn der rentenrelevanten Arbeits- und Leistungsunfähigkeit auf den 19. September 2007 fällt. Der Versicherungsfall Invalidität ist somit nach Ablauf der einjährigen Wartezeit nach aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2007) am 19. September 2008 eingetreten.

E. 4

Hinsichtlich der Beitragszeit des Beschwerdeführers ist Folgendes festzustellen:

E. 4.1

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des BGer 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen die minimale Beitragsdauer, welche von einem Jahr auf drei Jahre erhöht wurde (Art. 36 Abs. 1 IVG [in der Fassung der 5. IV-Revision]) und der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Ist der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 eingetreten, so gilt das alte Recht mit einer Mindestbeitragszeit von einem Jahr; trat er am 1. Januar 2008 oder später ein, so ist das neue Recht mit einer dreijährigen Mindestbeitragszeit - welche erfüllt ist, wenn eine Person während insgesamt länger als 2 Jahren und 11 Monaten obligatorisch oder freiwillig versichert war (Rz. 3004 der ab 1. Januar 2003 gültigen Wegleitung über die Renten in der AHV/IV [Version 7]) -

anwendbar (vgl. Urteile des BGer 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1 ff. und 8C_312/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 5, je mit Hinweis auf das Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Der Versicherungsfall gilt erst mit der Entstehung des Rentenanspruchs als eingetreten, und nicht bereits bei Beginn der Wartezeit (vgl. Urteil des BGer 9C_562/2012 vom 18. Oktober 2012 E. 3).

E. 4.2

Wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 3.5 hiervor), trat beim Beschwerdeführer der Versicherungsfall Invalidität mit Datum vom 19. September 2008 und somit nach dem 1. Januar 2008 ein, weshalb das neue Recht mit der dreijährigen Mindestbeitragszeit massgebend ist. Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer bei Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestdauer von drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV bezahlt hat.

E. 4.3.1

Der Beschwerdeführer liess betreffend die Beitragszeiten beschwerdeweise ausführen, er habe während insgesamt 36 Monaten Beiträge entrichtet. Die Vorinstanz hingegen vertrat die Ansicht, dass der Beitragsmonat Februar 2008 (Taggelder im Zusammenhang mit der medizinischen Begutachtung) nicht zu berücksichtigen sei, da im Jahre 2008 kein Versicherungsverhältnis gemäss Art. 1a und 2 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG, SR 831.10) und Art. 1b IVG bestanden habe.

E. 4.3.2

Gemäss Art. 36 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 5 Abs. 4 AHVG und Art. 6 Abs. 2 lit. b der Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV, SR 831.101) stellen Versicherungsleistungen bei Unfall, Krankheit oder Invalidität (ausgenommen Taggelder während der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen nach Art. 25 IVG) kein beitragspflichtiges Erwerbseinkommen dar, selbst wenn sie in Abgeltung der obligationenrechtlichen Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers bei unverschuldeter Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung wegen Krankheit oder Unfalls erbracht werden (Art. 324a und b des Obligationenrechts vom 30. März 1911 [OR, SR 220]). Nach der Rechtsprechung werden jedoch Versicherte, die während einiger Monate wegen Krankheit oder Unfalls ein nicht AHV/IV-pflichtiges Ersatzeinkommen beziehen, trotzdem als Erwerbstätige erfasst. Obwohl sie während dieser Zeit also effektiv keine IV-Beiträge geleistet haben, können sie ein volles Beitragsjahr erfüllen, wenn sie während mehr als elf Monaten versichert waren und den Mindestbeitrag entrichtet haben (vgl. Urteil des BGer I 834/02 vom 13. August 2003 E. 2.2 mit Hinweisen). Es ist demnach zu prüfen, ob der Beschwerdeführer diese Voraussetzungen erfüllt.

E. 4.3.3

Obligatorisch versichert sind gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 1a Abs. 1 Bst. a und b AHVG natürlichen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz und die natürlichen Personen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben. Vorliegend geht aus den Akten hervor und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz seit rund 20 Jahren in seiner Heimat hat und während (mindestens) 35 Monaten einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz nachgegangen und damit nach Art. 1a Abs. 1 Bst. b AHVG versichert gewesen war resp. Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet hat. Da er jedoch im Monat

Februar 2008 - für welchen dem Versicherten zufolge der medizinischen Begutachtung in der Schweiz sechs Taggelder von der IV ausgerichtet worden waren - weder in der Schweiz gewohnt noch eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hatte und somit nicht obligatorisch versichert gewesen war, kann der Monat Februar 2008 in Übereinstimmung mit der Vorinstanz keine Berücksichtigung als Beitragsmonat resp. -dauer finden. Damit kann es jedoch vorliegend nicht sein Bewenden haben.

E. 4.3.4

Der Beschwerdeführer reiste auch 1993 zum Zweck der Erwerbstätigkeit in die Schweiz ein und war damit nach Art. 1 Abs. 1 lit. b aAHVG versichert. Dass er ab August 1993 nicht mehr arbeitsfähig gewesen war, darf ihm insofern nicht zum Nachteil gereichen, als die Versicherteneigenschaft zumindest während der Dauer seiner Saisonbewilligung und damit der hypothetischen Erwerbstätigkeit anzunehmen ist. Da diese (letzte) Bewilligung bis zum 30. November 1994 (act. 138 S. 5) erteilt worden war, gilt der Beschwerdeführer bis zu diesem Datum als versichert. Mit anderen Worten ist die Zeit, in welcher der Krankenkollektivversicherer (vgl. act. 148) Taggeldleistungen entrichtet hatte, invalidenversicherungsrechtlich zu berücksichtigen, da der Beschwerdeführer auch vom 1. März 1994 bis zum 30. November 1994 über eine Bewilligung zur Erwerbstätigkeit verfügte (vgl. Urteil des BGer I 834/02 vom 13. August 2003 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 4.3.5

Zwar ist ein Schreiben der Sektion IV-Geldleistungen vom 5. Juli 2013 aktenkundig, gemäss welchem keine zusätzlichen Beiträge gefunden worden seien (act. 143). Entsprechende Abklärungen bei der zuständigen Ausgleichskasse wurden seitens der Vorinstanz jedoch keine in die Wege geleitet. Dies wäre jedoch zwingend nötig gewesen, denn aufgrund der vorliegenden Akten ergeben sich diverse Ungereimtheiten. Dem IK-Auszug vom 5. Juli 2013 ist zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer für das Jahr 1993 nach seinem letzten Arbeitstag (28. August 1993; act. 13 S. 5) bis und mit Dezember Beiträge abgerechnet worden sind (act. 149). Wie lange der Beschwerdeführer tatsächlich ein beitragspflichtiges Einkommen erzielt hat, geht aus den Akten nicht rechtsgenügend hervor. Offenbar hat er jedoch auch über den 31. Dezember 1993 hinaus (Ersatz-)Einkommen generiert. So ist dem Bericht der H. _____ vom 18. März 1994 zu entnehmen, dass er im Moment 80 % des versicherten Lohnes erhalte. Nachdem der Krankenkollektivversicherer am 1. Juni 1995 berichtete hatte, es könnten keine Taggeldleistungen mehr erbracht werden (act. 148 S. 1), vermerkte der damalige Arbeitgeber auf dem entsprechenden Formular vom 11. Januar 1996, es seien sämtliche Versicherungsleistungen gestrichen worden, da der Versicherte nur simuliert habe (act. 13 S. 6). Mit Blick auf die Ausführungen des Krankenkollektivversicherers sowie des Arbeitgebers ist aufgrund der Akten nicht klar, weshalb dem Versicherten nur resp. überhaupt bis Ende Dezember 1993 Beiträge abgerechnet worden sind, denn einerseits stellen Taggeldleistungen selbst in Abgeltung der obligationenrechtlichen Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers bei unverschuldeter Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung wegen Krankheit oder Unfalls kein beitragspflichtiges Erwerbseinkommen dar (vgl. E. 4.3.2 hiervor), und andererseits wurden mit Blick auf das Schreiben vom 1. Juni 1995 seitens des Krankenkollektivversicherers offenbar Leistungen über Dezember 1993 hinaus erbracht. Hinzu kommt, dass der Versicherte im Jahre 1994 offenbar vom Fürsorgeamt unterstützt worden war (act. 148 S. 2). Da sich aus den entsprechenden Akten allenfalls Hinweise auf weitere beitragspflichtige

Lohnzahlungen ergeben, wären diese von der Vorinstanz beizuziehen gewesen (vgl. hierzu auch Rz. 2115 des ab 1. Januar 2010 gültigen Kreisschreibens über das Verfahren [KSVI; Version 12]).

E. 5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammengefasst festzuhalten, dass der Versicherungsfall Invalidität beim Beschwerdeführer am 19. September 2008 und somit nach dem 1. Januar 2008 eingetreten war, weshalb er die Anspruchsvoraussetzung der dreijährigen Mindestbeitragszeit zu erfüllen hat. Weiter wurde im vorliegend zu beurteilenden Beschwerdeverfahren der rechtserhebliche Sachverhalt betreffend die geleisteten Beiträge nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur diesbezüglichen sofortigen Klarstellung und Präzisierung ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Fragen begründet liegt und im Gegensatz zu einer Begutachtung in kurzer Zeit - ohne unnötige Verlängerung der Verfahrensdauer (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.3 mit Hinweis) - durchgeführt werden können (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 10. Dezember 2012 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 6

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Der obsiegende und vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- und für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt.

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