

BVGer C-6072/2010 vom 31. Mai 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6072_2010

FR: TAF C-6072/2010 du 31 mai 2012

IT: TAF C-6072/2010 del 31 maggio 2012

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen 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

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 28. Juli 2010 (act. 107) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 28. Juli 2010 (act. 107), mit welcher das Rentenbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen worden ist. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Versicherten und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt 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 vorab die im vorliegenden Verfahren weiter 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) 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. Für den Beschwerdeführer als serbischer Staatsangehöriger findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-4828/2010 vom 7. März 2011 E. 5.4). 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

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 - vorbehaltlich 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). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen 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 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. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 28. Juli 2010 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 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

E. 2.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.4 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens eines vollen Jahres gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden bzw. während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet (act. 4), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente sowohl gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden als auch laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

E. 2.4

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. 2.5

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG [4. IV-Revision]). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

E. 2.6

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). 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). 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). Vorbehältlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen ist bei Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland in diesem Zusammenhang eine Arbeitsunfähigkeit bzw. ein Invaliditätsgrad von 50% gefordert (vgl. Art. 28 Abs. 1ter erster Satz IVG in den bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen bzw. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Das vorliegend anwendbare Sozialversicherungsabkommen sieht diesbezüglich keine Ausnahme vor.

E. 2.7

Die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) ist 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 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Hinsichtlich 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 des Experten 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E.

3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 2.8

Weiter ist festzuhalten, dass es beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen grundsätzlich nicht gerechtfertigt ist, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteile des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 und 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E.5 mit Hinweisen).

E. 3

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der Verfügung vom 28. Juli 2010 in erster Linie auf das Gutachten von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. November 2009 (act. 82) sowie die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 8. Januar und 22. Juli 2010 (act. 96 und 106a). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die während des Beschwerdeverfahrens verfassten Berichte der Dres. med. B._____ und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15., 21. und 23. Dezember 2010 vorliegend ebenfalls Berücksichtigung finden können, obwohl diese nach dem massgeblichen Verfügungszeitpunkt verfasst wurden, weil sie sich auf die Situation vor Verfügungserlass beziehen (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2, BGE 116 V 80 E. 6b; Urteile des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.5 und 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 3.2.2).

E. 3.1

Der Psychiater Dr. med. E._____ diagnostizierte in seiner Expertise vom 11. November 2009 eine rezidivierende Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.2) und eine psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden (ICD-10: F 54) und führte weiter aus, aufgrund des gegenwärtigen psychischen Zustands lasse sich keine Arbeitsunfähigkeit im invalidisierenden Ausmass feststellen. Die Fortsetzung einer psychiatrischen Behandlung sei erforderlich und diese müsse strikte eingehalten werden. Die Prognose sei schwer zu stellen, da der Versicherte betreffend seiner psychischen Störungen wenig Einsicht zeige. Dafür hafte er mehr an den somatischen, die er psychisch eindeutig überbewerte. Die medikamentöse Therapie sowohl mit Psychopharmaka als auch mit Antihypertensiva sei unerlässlich. Da der Versicherte aus finanziellen Gründen die teuren Medikamente nicht bezahlen könne, sei leider mit Therapieausfällen und einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands zu rechnen. Zum Zeitpunkt der bekannten Krankheitsschübe sei die Arbeitsunfähigkeit (recte: Arbeitsfähigkeit) zweifelsohne reduziert bis ganz aufgehoben gewesen, zumindest während der stationären Behandlung.

Dr. med. B. _____ übernahm in seiner Stellungnahme vom 8. Januar 2010 die von Dr. med. E. _____ in dessen Gutachten gestellten Diagnosen und berichtete in Kenntnis nachgereichter medizinischer Unterlagen aus Serbien (act. 84 bis 92), bevor eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit zu attestieren oder eine neue interdisziplinäre Begutachtung in der Schweiz durchzuführen wäre, müsse die medizinische Situation in einem Jahr anhand neuer medizinischer Unterlagen neu bewertet werden. Es gebe keine Widersprüche zwischen den Kollegen, die den Versicherten in den verschiedenen Perioden untersucht hätten. Der Gesundheitszustand sei bis heute schwankend gewesen mit einer Remission im November 2009, und es sei auf einer langen Behandlung zu bestehen. Nach Vorliegen weiterer spezialärztlicher Berichte aus Serbien (act. 99 bis 104) führte Dr. med. B. _____ am 22. Juli 2010 aus, es sei eine gesundheitliche Beeinträchtigung anzunehmen. Es lasse sich ein unter Behandlung stationärer Zustand feststellen und es handle sich um eine depressive Episode, die keine Arbeitsunfähigkeit rechtfertige. Weiter sei festzustellen, dass in den drei psychiatrischen Berichten keine Arbeitsunfähigkeit erwähnt worden sei. In Kenntnis der während des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztberichte (B-act. 3) führte Dr. med. D. _____ - nachdem sie von Dr. med. B. _____ konsultiert worden war - am 21. Dezember 2010 aus, unter einer spezifischen Behandlung - wie sie im RAD-Bericht vom 8. Januar 2010 als zumutbar erachtet worden sei - habe sich der psychische Zustand des Versicherten stabilisiert, und gemäss dem Bericht von Dr. med. B. _____ vom 22. Juli 2010 bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Der psychiatrische Bericht vom 18. Juni 2010 enthalte keine Beschreibung irgendeiner psychiatrischen Symptomatologie. Es finde sich - nebst anderen somatischen Diagnosen - nur die Diagnose einer Depression. Es lägen keine neuen medizinischen Elemente vor, welche eine andere Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes rechtfertigten.

E. 3.2

In psychischer Hinsicht stellte die Vorinstanz grundsätzlich auf das Gutachten des Psychiaters Dr. med. E. _____ vom 11. November 2009 ab. Dieses vermag nicht in allen Teilen zu überzeugen. Es ist zwar ohne weiteres nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Untersuchung (4. November 2009) aufgrund der diagnostizierten Leiden (rezidivierende Störung, gegenwärtig remittiert [ICD-10: F32.2] und psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden [ICD-10: F 54]) keine Arbeitsunfähigkeit im invalidisierenden Ausmass aufgewiesen hatte. Nachvollzogen werden kann auch die Beurteilung von Dr. med. E. _____, wonach der Beschwerdeführer während der stationären Behandlung vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Nicht rechtsgenügend erstellt ist jedoch, in welchem Ausmass und für wie lange die Arbeitsfähigkeit während den bekannten Krankheitsschüben vor der Berichterstattung in der Expertise reduziert gewesen war. Obwohl retrospektive Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit schwierig sind und entsprechende Begutachtungen deshalb erhöhten Ansprüchen genügen sollten (vgl. Urteil des EVG I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5), sind diese Unklarheiten von der Vorinstanz zu klären.

E. 3.3

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Obwohl Dr. med. B. _____ als Facharzt für Allgemeine Medizin nicht über einen

Facharztstitel auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, könnte seinen Stellungnahmen Gewicht zukommen resp. könnten dessen Berichte als beweiskräftig qualifiziert werden (vgl. hierzu bspw. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2862 vom 7. Mai 2012 E. 3.3.2. mit Hinweis). Da das Gutachten von Dr. med. E. _____ gewisse Unklarheiten aufweist (vgl. E. 3.2 hiervor), kann - aus rein psychiatrischer Sicht - auf die Berichte von Dr. med. B. _____ nicht vorbehaltlos abgestellt werden, und es kann auf den erneuten Beizug eines entsprechend ausgebildeten Facharztes oder einer Fachärztin nicht verzichtet werden. Da Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Beurteilungen der Dres. med. E. _____ und B. _____ gestützt resp. deren Auffassung übernommen und vertreten hatte, kann ihrer Stellungnahme vom 21. Dezember 2010 ebenfalls keine volle Beweiskraft zukommen.

E. 3.4

Nach dem Dargelegten kann die Frage, ob, und wenn ja, für wie lange und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer wegen seiner rein psychischen Probleme arbeits- resp. erwerbsunfähig gewesen war, nicht rechtsgenüchlich beantwortet werden. Es ist demnach auch nicht erstellt, ob vor November 2009 die einjährige gesetzliche Wartezeit eröffnet werden konnte resp. der Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Beschwerden in psychischer Hinsicht während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig und nach Ablauf dieses Jahres mindestens zu 40 % invalid gewesen war resp. ist (vgl. zum Ganzen insb. E. 2.6 hiervor). Hinzu kommt, dass weitere medizinische Abklärungen insbesondere auch aus den nachfolgenden Gründen unabdingbar sind.

E. 3.5.1

Der Beschwerdeführer erwähnte gegenüber Dr. med. E. _____ insbesondere und detailliert seine somatischen Beschwerden. So berichtete Dr. med. E. _____, der Versicherte habe beteuert, überhaupt nicht - nicht mal im häuslichen Bereich - zu arbeiten; einerseits wegen Rücken- und Nackenschmerzen und andererseits aus Angst vor hohem Blutdruck nach Anstrengungen, welcher sich nicht schnell senken lasse. Dass der Beschwerdeführer auch an somatischen Beeinträchtigungen leidet, ist aktenkundig. Dem für die serbische Rentenversicherung von Dr. med. F. _____, Fachärztin für Innere Medizin, am 6. August 2007 erstellten Gutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im damaligen Zeitpunkt der Untersuchung ebenfalls vor allem die somatischen Beschwerden beklagte. Dr. med. F. _____ diagnostizierte - in Kenntnis zahlreicher medizinischer Dokumente (act. 12 bis 34) eine Cataracta presenilis (ICD-10: H25), eine Pseudoaphakia bei einem Status nach Operation (ICD-10: H 53), eine arterielle Hypertonie (bei einem Status nach einer hypertensiven Krise (ICD-10: I10) sowie eine Calculosis renis coralliformis bzw. Polynephrosis calc. Renis links (ICD-10: N20). Nach Einsicht in die medizinische Befunddokumentation sowie aufgrund dieser Diagnosen (inkl. des zusätzlich diagnostizierten depressiven Syndroms; ICD-10: F32.2) war sie der Auffassung, dass der Versicherte ab dem 5. Oktober 2004 nicht mehr arbeitsfähig sei und der Invaliditätsgrad über 80 % betrage (act. 35). In somatischer Hinsicht leidet der Beschwerdeführer gemäss den aktenkundigen fachärztlichen Berichten darüber hinaus auch an einer Spondylose (vertebral/cervical) und einer Lumboischialgie (act. 66 und 68); auch wurde bei ihm von einem Neurochirurgen die Diagnose einer Discopathie auf Höhe C6-C7 und L5-S1 gestellt (act. 89).

E. 3.5.2

Der Beschwerdeführer hatte gemäss den Ausführungen von Dr. med. E. _____ in dessen Gutachten vom 11. November 2009 seine somatischen Beschwerden psychisch überbewertet. Obwohl eine oder mehrere Diagnosen für sich alleine genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulassen (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen), besteht diesbezüglich weiterer Abklärungsbedarf. Wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 3.4), fehlen im vorliegenden Fall einerseits rechtsgenügende Feststellungen zum Beginn und Ausmass der Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers. Es kann nicht im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung (vgl. hierzu BGE 131 I 153 E. 3; SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149 E. 4; Urteil des BGer I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4) gesagt werden, dass von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten Beurteilung keine verwertbaren entscheiderelevanten Erkenntnisse mehr zum Beginn und Grad der Arbeitsunfähigkeit zu erwarten sind (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Da im vorliegenden Fall physische und psychische Beeinträchtigungen zusammenwirken, lässt sich weiter eine isolierte Betrachtung der somatischen und psychischen Befunde nicht rechtfertigen. Mit anderen Worten ist aufgrund dieser Sachlage ein interdisziplinäres medizinisches Gutachten einzuholen (vgl. hierzu Urteil 8C_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2. mit Hinweisen; vgl. auch E. 2.8 hiervor). In den genannten Umständen liegt eine unvollständige Sachverhaltsabklärung resp. wurde im vorliegend zu beurteilenden Rentenverfahren der rechtserhebliche Sachverhalt 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 weiteren Abklärung ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Erhebung der bisher vollständig ungeklärten Fragen - dem Zusammenwirken der vorhandenen psychischen und physischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit - begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Weiter ist Folgendes zu beachten:

E. 3.5.3

Der Beschwerdeführer ging jahrelang seiner angestammten Tätigkeit als Fernfahrer nach und besitzt heute gemäss seinen eigenen Angaben (act. 82 S. 3) nurmehr den Führerausweis der Kategorie B, der bloss noch unter anderem zum Führen von Motorwagen und dreirädrigen Motorfahrzeugen mit einem Gesamtgewicht von nicht mehr als 3500 kg berechtigt; den Ausweis zum Führen eines Lastkraftwagens wurde ihm offenbar aus gesundheitlichen Gründen im somatischen Bereich entzogen (zu den Ausweiskategorien im Detail vgl. Art. 3 der Verordnung über die Zulassung von Personen und Fahrzeugen zum Strassenverkehr [VZV, SR 741.51]). Im Rahmen der zusätzlich erforderlichen interdisziplinären Abklärungen ist demnach auch der bisher nicht rechtsgenügend beantworteten Frage, ob der Beschwerdeführer (im Zusammenwirken mit den psychischen Leiden) insbesondere aufgrund der somatischen Beschwerden (Rücken- und Augenproblematik) überhaupt noch eine Restarbeitsfähigkeit in seiner während Jahren ausgeübten Tätigkeit als Fernfahrer aufweist oder nicht, nachzugehen. Es ist demnach zu klären, ob aufgrund der somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen im Zusammenwirken mit den psychischen (oder umgekehrt) die einjährige gesetzliche Wartezeit eröffnet wurde (vgl. hierzu E. 3.4 hiervor), und falls ja, wann und welche leidensadaptierte Verweistätigkeiten dem Beschwerdeführer noch zumutbar sind.

E. 4

Nach Vorliegen der Ergebnisse der zusätzlich erforderlichen Begutachtung - im Rahmen welcher sämtliche bisher verfassten ärztlichen Berichte zu berücksichtigen sind - hat die Vorinstanz - falls erforderlich - einen (bezahlten) Einkommensvergleich durchzuführen und ergänzende Abklärungen hinsichtlich der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in die Wege zu leiten (vgl. Urteile I 462/02 des EVG vom 26 Mai 2003 und 9C_921/2009 des BGer vom 22. Juni 2010).

E. 5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass die Beschwerde vom 26. August 2010 insoweit gutzuheissen ist, als dass die angefochtene Verfügung vom 28. Juli 2010 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zum 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 praxismässig 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 werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Der obsiegende 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 sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.- (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. (Dispositiv auf der nächsten Seite)

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