

# **BVGer C-6379/2015 vom 22. November 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-11-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6379\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6379_2015)

FR: TAF C-6379/2015 du 22 novembre 2017

IT: TAF C-6379/2015 del 22 novembre 2017

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der erhobene Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet worden ist, ist auf die zudem frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 7. Oktober 2015 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 17. September 2015, mit welcher die Vorinstanz die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers bestätigt hat. Streitig und zu prüfen ist, ob eine vom Beschwerdeführer geltend gemachte rentenrelevante gesundheitliche Verschlechterung mit Anspruch auf die beantragte ganze Invalidenrente ab 1. Oktober 2013 eingetreten ist.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Bosnien und Herzegowina, weshalb das im Verhältnis zu Bosnien-Herzegowina bis heute gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung kommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_385/2011 vom 8. August 2011 E. 2). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV besteht, bestimmt sich demnach allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des

Sozialversicherungsabkommens).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier 17. September 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 17. September 2015 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a]); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 4.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 4.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob eine seelische Abwegigkeit mit Krankheitswert besteht, welche die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein renten-ausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern ihr trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 141 V 281 E. 2.1, 3.1 und 3.7.1; Urteil des BGer 8C\_77/2016 vom 18. April 2016 E. 3.3).

### **E. 4.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden 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. Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der 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 zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht gegeben.

#### **E. 4.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des BGer 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 372 E. 2b). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 Satz 1 IVV).

#### **E. 4.5**

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) beruht (BGE 133 V 108).

#### **E. 5.1**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

#### **E. 5.2**

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch

BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

### **E. 5.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

### **E. 5.4**

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 Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). 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 Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b; 122 V 160 E. 1c; 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 43 Rz. 35).

### **E. 6.1**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in anspruchsrelevanter Weise verändert hat, bildet - wie der Beschwerdeführer zutreffend hervorhebt - die rechtskräftige Rentenverfügung vom 2. November 2012, die insbesondere auf einer interdisziplinären Begutachtung im Zentrum K.\_\_\_\_\_ (Gutachten vom 15. Juli 2011) und der Überprüfung derselben durch die Dres. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Medizin und allgemeine innere Medizin des medizinischen Dienstes der IVSTA, und Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des Q.\_\_\_\_\_, basiert (doc. 169, 177, 185, 197, 199, 205, 220, 232).

### **E. 6.2**

Die damalige Bestätigung der halben Rente beruhte auf der Beurteilung durch das Zentrum K.\_\_\_\_\_. Die Dres. L.\_\_\_\_\_, Psychiatrie, M.\_\_\_\_\_, innere Medizin, N.\_\_\_\_\_, Orthopädie, stützten ihre Beurteilung auf persönliche Untersuchungen und Gespräche während eines stationären Aufenthaltes des Beschwerdeführers im Zentrum K.\_\_\_\_\_ (...) vom 14. bis 16. Juni 2011, die Prüfung der umfangreichen Vorakten, eine zusätzliche Befunderhebung im Labor S.\_\_\_\_\_, (...), neue Röntgenaufnahmen (rechte Schulter, Becken, Halswirbelsäule, Lendenwirbelsäule) sowie eine Konsensbesprechung zwischen den am Gutachten beteiligten Ärzten (doc. 169). Das Bundesverwaltungsgericht sprach dem Gutachten in seinem Urteil B-6311/2012 vom 29. August 2014 (E. 5.3.1.2) volle Beweiskraft zu. Dr. M.\_\_\_\_\_ hielt für seinen Fachbereich die Diagnosen metabolisches Syndrom (arterielle Hypertonie, Adipositas [BMI 30.5]), Dyslipidämie, leicht erhöhter Blutzucker und chronische Hepatitis B fest. Pathologisch (krankheitswertig) seien die Adipositas und der erhöhte Blutdruck. Eine Dyslipidämie und die positive Hepatitis B seien bereits im Jahre 1993 beschrieben worden; es handle sich nicht um Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. N.\_\_\_\_\_ nannte in orthopädischer Hinsicht die Diagnosen Status nach Unterarmamputation links im mittleren Drittel, chronisches Lumbovertebralsyndrom, beginnendes Impingement-Syndrom der rechten Schulter durch chronische Überlastung bei einarmigem Zustand, Status nach Cervikovertebralsyndrom, Präarthrosezeichen beider Hüftgelenke, nächtliche Krämpfe der Beine sowie radiologisch angedeutete Osteopenie. In seiner Würdigung beurteilte er die Unterarmamputation links als ohne pathologische Einschränkungen, hielt ein leichtes Impingement der rechten Schulter, eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Hüfte, eine Wirbelsäule in allen Etagen frei beweglich, keine neurologischen Ausfälle sowie eine einwandfreie periphere Durchblutung an den Extremitäten fest. Das Röntgen habe keine krankhaften Veränderungen im Bereich der rechten Schulter und der Halswirbelsäule ergeben, die Hüften seien im Wesentlichen unauffällig, es bestehe keine eigentliche Hüftarthrose. Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit bestünden nur aufgrund der Unterarmamputation. Kontroll- und Überwachungsaufgaben seien weitgehend möglich. Die angegebenen Wirbelsäule-Beschwerden hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es liege keine Änderung seit den Verfügungen vom 8. Oktober 1992 vor. Die Coxarthrose habe nicht bestätigt werden können, es lägen nur präarthrotische Veränderungen vor. Dr. L.\_\_\_\_\_ hielt in psychiatrischer Hinsicht die Diagnosen rezidivierende depressive Störung (F33), gegenwärtig leichte depressive Episode, und anamnestisch einen Status nach mittelgradiger/schwerer depressiver Episode fest. In seiner Beurteilung führte er aus, die RAD-Eintragung einer schweren reaktiven Depression im Februar 2003 sei ohne Begründung und ohne Dokumente erfolgt; die Akten im Jahre 2007 wiederum seien widersprüchlich (depressives/subdepressives Beschwerdebild). Aktuell liege eine deutliche Befindlichkeitsstörung entsprechend einer leichten depressiven Episode vor. Die Kontrolle des Blutspiegels zeige keinen wirksamen Medikamentenspiegel im Blut des Versicherten (betreffend Antidepressiva Citalopram und Escitalopram). Zur Abklärung der etwas diskrepanten Adynamie habe er noch eine Schilddrüsenabklärung veranlasst. Das Ergebnis des Beck Depression Inventars (Score von 39, welcher einer schweren depressiven Störung entspreche) stehe in deutlicher Diskrepanz zum beobachteten psychopathologischen Befund; es liege wohl eine Antworttendenz im Sinne des Erwarteten vor, jedoch seien keine Hinweise für eine Aggravation oder Simulation vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht sei jegliche körperliche Tätigkeit zumutbar. Aufgrund leichter depressiver Verstimmung bestehe ein vermindertes Rendement von 10-20%. Die Ärzte hielten in interdisziplinärer

Beurteilung als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Unterarmamputation links im mittleren Drittel (12/1989), mit unauffälligen Stumpfverhältnissen, ein beginnendes Impingement-Syndrom rechte Schulter durch chronische Überlastung bei einarmigem Zustand (klinisch Verdacht auf Supraspinatustendoperiostose, AC-Gelenksarthrose recht [06/2011]), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, mit vegetativer/ motorischer Symptomatik im Sinne einer Stresserkrankung fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit listeten sie ein metabolisches Syndrom mit leichter Hyperglykämie, eine arterielle Hypertonie, eine seit 1993 bekannte Dyslipidämie, eine Adipositas, eine chronische Hepatitis B (seit 1993), ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, einen Status nach Fraktur BWK 12, schmorl'sche Hernien L1/2 und Diskushernien L4/5, einen Status nach Cervikovertebralsyndrom ohne klinische Funktionseinschränkung, eine Präarthrose der Hüften, eine Osteopenie sowie nächtliche Beinkrämpfe unklarer Aetiologie. Ihrer konsensualen Beurteilung ist zu entnehmen, dass die Unterarmamputation links eine Tätigkeit in angestammter Tätigkeit und in jedwelchen bimanuellen Tätigkeiten verunmögliche. Der linke Extremitätenstumpf könne nur noch unterstützend eingesetzt werden. Internistisch bestehe die seit 1993 bekannte chronische Hepatitis B, welche eventuell die beobachtete erhebliche Müdigkeit mit zu bedingen vermöge. Aktuell sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit Symptomen, wie im Rahmen einer posttraumatischen Erkrankung oder eines posttraumatischen Belastungssyndroms (deutsch: PTBS, englisch: PTSD, bosnisch: PTSP, vgl. die nachfolgenden unterschiedlichen Abkürzungen), möglich. Es gebe aber keine klaren Befunde/Hinweise für ein PTBS. Das depressive Zustandsbild schränke die Arbeitsfähigkeit quantitativ nicht ein; es sei aber qualitativ eine gewisse Verminderung des Rendements zu attestieren (Abklärungen zur hyperglykämischen Stoffwechsellage seien noch offen). Deshalb sei ein reduziertes Rendement von 10-20% zu berücksichtigen. Die übrigen orthopädischen und internistischen Diagnosen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit respektive gingen in den Einschränkungen im Rahmen der orthopädischen Diagnose ein. Hinsichtlich des Rückens sei ein Status nach Wirbelkompressionsfraktur zu bestätigen, radiologisch finde sich eine Osteopenie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Betreffend die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Coxarthrose bestünden zwar diskrete radiologische Zeichen einer initialen Chondropathie, jedoch ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Schliesslich bestehe ein metabolisches Syndrom mit aktuell labilem pathologischem Geschehen, jedoch ohne Auswirkungen auf als zumutbar erachtete Verweistätigkeiten. In kritischer Würdigung der Vorakten hielten sie zusätzlich fest, dass eine eigentliche Coxarthrose nicht habe erkannt werden können. Bestätigen könnten sie die überlastungsbedingte Schulterproblematik rechts. Internistisch erscheine der Versicherte ungenügend abgeklärt (Diabetes mellitus, Kontrolle des metabolischen Syndroms). Die in Bosnien teils diagnostizierte schwere depressive Störung könne heute nicht festgestellt werden, auch wenn deutliche Hinweise vorhanden seien für eine affektive Beeinträchtigung. Die Dyslipidämie beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht. Die Gutachter beurteilten die bisherige Tätigkeit als Rangierarbeiter B. \_\_\_\_\_ aus somatischen Gründen als nicht mehr möglich, seit 1989. Seither hätten sich keine Veränderungen ergeben. Die Arbeitsfähigkeit in einem an die funktionelle Einarmigkeit angepassten Arbeitsplatz sei jedoch mit reduziertem Rendement von 10-20% (aufgrund des psychischen Leidens und der übrigen somatischen Diagnosen) gegeben. Als Verweistätigkeit sollte eine einfache, serielle, intellektuell nicht anspruchsvolle Tätigkeit gewählt werden. Die Wirbelsäulen- und

Hüftgelenksproblematik hätten keine Auswirkungen auf die adaptierte Tätigkeit.

### **E. 6.3**

Mit Stellungnahme vom 28. August 2011 schloss sich Dr. O.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IVSTA der Beurteilung der Gutachter an. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 12. Dezember 2011 präzisierte er, dass aus medizinischer Sicht seit Juli 1992 bis heute ein stationärer Zustand bestehe, allenfalls mit kleinen temporären Schwankungen. Im Rahmen des Ermessens gewichte er die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit eher etwas höher als die Gutachter d.h. zu 2 x 3 Stunden täglich, mit einer zusätzlichen Einschränkung von 30% (doc. 177, 185). In einer Stellungnahme vom 19. Oktober 2012 hielt Dr. P.\_\_\_\_\_ des Q.\_\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht fest, dass der Versicherte infolge Einarmigkeit einen angepassten Arbeitsplatz mit Rücksicht auf die verminderte Leistungsfähigkeit wegen des psychischen Leidens und der übrigen somatische Diagnosen benötige. Eine hohe Arbeitsbelastung sei zu vermeiden, hingegen seien einfache, serielle, intellektuell nicht-anspruchsvolle Arbeiten zumutbar. Es bestehe eine Einschränkung für jegliche bimanuelle Tätigkeiten, aus orthopädischer Sicht seien Kontroll- und Überwachungsarbeiten weitgehend möglich, auch gewisse an die Einarmigkeit adaptierte manuelle Arbeiten. Nicht zu empfehlen seien repetitive Überkopf-Arbeiten mit dem rechten Arm. Aufgrund der Störungsbilder, unter anderem dem psychischen Leiden (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode), sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% zu berücksichtigen. Aus orthopädischer Sicht seien dem Versicherten Kontroll- oder Überwachungsarbeiten weitgehend möglich, und einarmig könne er auch gewisse adaptierte manuelle Tätigkeiten ausführen. Eine posttraumatische Belastungsstörung (Dr. R.\_\_\_\_\_/Arztberichte von Februar und Mai 2012) liege gemäss psychiatrischem Gutachter nicht vor. Als Arbeitsunfähigkeit hielt er fest: 100% ab 12. Dezember 1989, 80% ab 15. Juli 2011.

#### **E. 6.4.1**

Den Zeitraum zwischen 2. November 2012 und Verfügungszeitpunkt (17. September 2015) betreffend sind folgende Arztberichte oder ärztliche Beurteilungen eingereicht und/oder aktenkundig gemacht worden: Bericht von Dr. T.\_\_\_\_\_ vom 24. November 2012 (doc. 215 S. 1, Übersetzung in doc. 216), Berichte von Dr. R.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater, vom 27. November 2012, 12. März 2013 und 9. Juni 2015 (doc. 215 S. 2, 215 S. 3 [Übersetzung in doc. 217], doc. 228 [Übersetzung in doc. 230]), Stellungnahme Dr. P.\_\_\_\_\_ des Q.\_\_\_\_\_ vom 14. September 2015 (doc. 232), Arztberichte von Dr. U.\_\_\_\_\_, Innere Medizin, vom 11. November 2015 und 4. Februar 2016 (B-act. 17.1; B-act. 21 Beilagen 1 und 2) sowie Arztbericht von Dr. R.\_\_\_\_\_ vom 3. Februar 2016 (B-act. 17.2; B-act. 21 Beilage 3).

#### **E. 6.4.2**

In seinem Arztbericht vom 27. November 2012 hielt der behandelnde Neuropsychiater, Dr. R.\_\_\_\_\_, gestützt auf einen psychiatrischen Bericht von Dr. T.\_\_\_\_\_, behandelnder Psychologe, vom 24. November 2012, als Diagnosen ein chronifiziertes PTSD sowie eine nicht psychotische Depression fest. Es erfolge eine Behandlung mit dem Medikament Starcitin (doc. 215 S. 2 und 3). In seinem späteren Bericht vom 12. März 2013 hielt Dr. R.\_\_\_\_\_ aufgrund einer eigenen Kontrolluntersucht fest, die bisherigen Einschränkungen würden in stereotyper Weise bestätigt. Es bestehe eine herabgesetzte Stimmungslage (betonter am Morgen) mit gleichzeitiger Ängstlichkeit, Erregtheit; der Patient schlafe

weniger gut, bestätige somatische Störungen. Es bestünden ein herabgesetzter Wille sowie ein herabgesetztes Erinnerungsvermögen. Als Diagnosen nannte er ein chronifiziertes PTSD sowie eine nicht psychotische Depression (ICD-10: F34). Der Patient werde mit Escitalopram 10mg und Praxiten 15mg behandelt. Die nächste Kontrolle erfolge in drei Monaten. Der Beschwerdeführer nannte in seinem Revisionsgesuch vom 21. Oktober 2014 diese drei Berichte als Nachweis für eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 2. November 2012 (doc. 214).

### **E. 6.4.3**

Im Vorbescheidsverfahren reichte der Beschwerdeführer zusätzlich einen Bericht von Dr. R. \_\_\_\_\_, vom 9. Juni 2015 zu den Akten. Darin hielt der Neuropsychiater fest, die Entwicklung des klinischen Bildes charakterisiere sich durch ständige Störungen in den Bereichen Affekt, Emotionen und Wille, mit Auswirkungen auf das tägliche Leben und die soziale Kommunikation: sehr niedrige Frustrationstoleranz, emotionale Labilität bis hin zu zeitweiser Inkontinenz (der Gefühlsregungen). Der Zustand werde in letzter Zeit zudem begleitet von Wutepisoden, was besonders die zwischenmenschlichen Beziehungen mit seiner direkten Umgebung beeinträchtige. Zeitweise bestünden deutliche Schlafstörungen: Mühe mit Einschlafen, er schlafe wenig, was die Beschwerden zusätzlich verstärke, mit Sicheinstellen von Symptomen eines "Phantomglieds". Der Patient betone zudem bedeutende Veränderungen der kognitiven Funktionen: Schwierigkeiten beim Erinnern, er behalte wenig im Kopf, und diese Störungen bereiteten ihm Schwierigkeiten. Es liege eine schwierige auditive Kommunikation vor. Der Patient beklage auch diffuse Kopfschmerzen und Schmerzen an Hals und Schultern. Als Diagnosen nannte er ein chronifiziertes PTSD sowie eine Pseudoneurasthenie [keine echte Erschöpfungsneurose] mit psychoorganischem Syndrom. Behandlung: Escitalopram 10mg, Torendo, 1mg, Neozan Kapseln. In der Zusammenfassung hielt er fest, es handle sich um ein chronisches emotionelles und willensbetontes posttraumatisches Syndrom mit der Tendenz zur Komorbidität von kognitiven und antriebshaften Störungen und hinzugefügter (wahrscheinlicher) psychotischer Symptomatologie. Es liege eine Progression (Verschlechterung) des Zustandes vor, mit Auswirkungen auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit. Der Patient sei arbeitsunfähig.

### **E. 6.5**

In einer ersten Beurteilung zur Begründung des Revisionsgesuchs hielt Dr. P. \_\_\_\_\_ des Q. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 9. Februar 2015 fest, bereits Dr. O. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes habe in seiner Stellungnahme vom 21. März 2013 (doc. 205) erklärt, dass die neuen Berichte (vgl. E. 6.4.2) einen stationären Zustand festhalten würden, es ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte. Im Arztbericht vom 9. Dezember 2014 (recte: 24.11.2012; vgl. doc. 216 [Eingang bei der IVSTA am 9.12. 2014]) werde die bereits in früheren Berichten beschriebene Symptomatik mitgeteilt, unter zusätzlicher Anwendung verschiedener Fragebögen und Tests, die aber keine klinische Befunderhebung ersetzen könnten. Aus diesem Bericht ergäben sich keine neuen Erkenntnisse, die eine andere Beurteilung zuliessen (doc. 220). Am 14. September 2015 nahm Dr. P. \_\_\_\_\_ Stellung zum nachgereichten Bericht von Dr. R. \_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2015. Der Arzt nenne zusammengefasst eine posttraumatische Belastungsstörung mit Affekt- und Gefühlsstörungen sowie kognitiven Beeinträchtigungen und zusätzlich psychotischen Symptomen. In der Beurteilung führte Dr. P. \_\_\_\_\_ aus, es werde ein unspezifisches dysthymes Bild beschrieben, das im Wesentlichen auf subjektiven Beschwerden gründe.

Die diagnostischen Kriterien für ein PTSD seien in keinster Weise erfüllt. Aus den Mitteilungen im Bericht sei nicht ersichtlich, was für eine psychotische Symptomatik spreche. Laut Gutachten des Zentrums K. \_\_\_\_\_ hätten sich keine Hinweise auf Phantomschmerzen ergeben. Nun aber gebe der Beschwerdeführer Phantomschmerzen an, was nach über 20 Jahren ohne irgendwelche Hinweise auf derartige Beschwerden höchst unwahrscheinlich erscheine. Er erachte den Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit ab 12. Dezember 1989 zu 100% arbeitsunfähig, in angepasster Tätigkeit jedoch seit dem 1. April 1992 als zu 80% arbeitsfähig (doc. 232). Mit weiterer Stellungnahme vom 28. April 2016 im Beschwerdeverfahren äusserte sich Dr. P. \_\_\_\_\_ zu den mit Eingabe vom 5. Februar 2016 nachgereichten Arztberichten vom 11. Dezember 2015, 3. und 4. Februar 2016. Die Diagnosen von Dr. U. \_\_\_\_\_ enthielten - bis auf eine nicht relevant in Erscheinung tretende Mikro-Nephrolithiasis- völlig unauffällige Befunde bei Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie, die bekannt seien und behandelt würden. Aus psychiatrischer Sicht sei nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. R. \_\_\_\_\_ ein PTSD attestiere, die von der ICD-10 geforderten Kriterien seien nicht erfüllt. Ebenso sei ein objektiver Nachweis eines psychoorganischen Syndroms nicht erbracht (was üblicherweise aufgrund körperlicher, neurologischer und laborchemischer Untersuchungen zu erfolgen habe) und/oder die Anamnese einer cerebralen Krankheit, einer Schädigung oder Funktionsstörung oder einer systemischen Erkrankung. Die Angaben von Dr. R. \_\_\_\_\_ seien äusserst spärlich und oberflächlich, es lägen kaum anamnestische Angaben und Symptombeschreibungen vor, feststellbar sei ein spärlicher und lückenhafter Befund, sodass dessen Bewertung und Beurteilung nicht nachvollziehbar sei. Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht erkennbar (B-act. 29 Beilage 1).

#### **E. 6.6.1**

Der Beurteilung der Dres. O. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes und P. \_\_\_\_\_ des Q. \_\_\_\_\_, eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Zeitraum zwischen dem 2. November 2012 und 17. September 2015 sei nicht (mit überwiegender Wahrscheinlichkeit) nachgewiesen worden, ist zuzustimmen: Die von Dr. R. \_\_\_\_\_ attestierte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wurde erstmals bereits am 27. Januar 2007 durch Dr. T. \_\_\_\_\_ angedeutet (doc. 82). Er nannte damals (notabene 17 Jahre nach dem auslösenden Unfallereignis) die Merkmale Fluchtsymptome, erhöhtes Wachliegen und hielt fest, es lägen "Elemente" einer PTSD vor. Dr. R. \_\_\_\_\_ seinerseits diagnostizierte gestützt auf diesen Bericht am 1. Februar 2007 erstmals ein "PTSD/chronifizierte Form". Dr. I. \_\_\_\_\_, Internist, übernahm in seinem Arztbericht (als Anhang zur Rentenanmeldung YU/CH4) vom 7. Februar 2007 an die IVSTA unter anderem die Diagnose "Depression mit PTSP". Im Bericht vom 23. Mai 2011 wiederum bestätigte Dr. R. \_\_\_\_\_, ohne genauere Befundung und klinische Untersuchung die Diagnose chronisches PTSD. Dem eineinhalb Monate später erstellten psychiatrischen Teilgutachten des Zentrums K. \_\_\_\_\_ (Ziff. 4.3 [doc. 169 S. 26 ff.] ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zwar angegeben hat, er habe Konzentrations- sowie Schlafstörungen und Alpträume, die sich auf das Unfallgeschehen von 1989 beziehen würden (doc. 169 S. 31), typische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (Flashbacks, Nachhallerinnerungen; Träume oder Alpträume vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit [vgl. Merkmalbeschreibung der ICD-10 für die Diagnose F43.1] oder Vermeidverhalten sowie Intrusionen [vgl. gutachterliche Würdigung in doc. 169 S. 36]) können den Aussagen des Beschwerdeführers in der allgemeinmedizinischen Anamnese (Ziff. 3.1-3.3, 3.6) und der spezifisch

psychiatrischen Anamnese (Ziff. 4.3.1, 4.3.2) jedoch nicht entnommen werden. Dr. L.\_\_\_\_\_ hielt in der Befundung unter anderem fest, es bestehe keine durchgängig schwere depressive Grundstimmung, der psychopathologische Status sei weitgehend unauffällig, er habe keine eigentlichen Gedächtnisstörungen beobachtet, es bestehe keine Fixierung auf spezifische Beschwerden, auch bestünden keine Auffälligkeiten auf Ebene der Persönlichkeit, es gebe keinen ausgewiesenen sozialen Rückzug. Er wies zudem daraufhin, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, durch die eingenommenen Antidepressiva (Citalopram) zu profitieren; die im Zentrum K.\_\_\_\_\_ bestimmte Serumkonzentration habe jedoch keinen wirksamen Medikamentenspiegel im Blut aufzeigen können, weshalb an der Einnahme von Antidepressiva gezweifelt werden müsse. Zudem hätten die im Jahre 2007 erstellten Berichte in Bosnien innerhalb eines kurzen Zeitraums verschiedene psychiatrische Diagnosen festgehalten, psychopathologisch aber wenig ausgeführt. Entsprechend hielt er die Diagnose eines (chronifizierten) PTBS nicht fest und ordnete in der Beurteilung die vom Beschwerdeführer genannten Konzentrations- / Schlafstörungen / Alpträume mehrmals monatlich auftretenden, kurz dauernden depressiven Stimmungslagen im Rahmen der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung zu. In interdisziplinärer Würdigung ergänzten die Gutachter, es habe sich eine affektive Beeinträchtigung des Versicherten auch bei ihnen gezeigt, diese sei als Folge eines eventuellen früheren traumatischen Geschehens anzusehen, jedoch bestehe höchstens ein subsyndromales Residualsyndrom. Diese Beurteilung ist in Berücksichtigung dessen, dass dem Zentrum K.\_\_\_\_\_ -Gutachten voller Beweiswert zuzumessen ist (vgl. E. 6.2, 1. Abschnitt), die Arztberichte der behandelnden Ärzte hingegen aufgrund ihrer Stellung zum Patienten eingeschränkten Beweiswert aufweisen (E. 5.4, 2. Abschnitt), zudem die relevanten Berichte aus Bosnien keine eingehende Anamnese und Befundung enthalten und die Diagnose eines chronifizierten PTBS nicht explizit und eingehend begründet wird, zu bestätigen.

#### **E. 6.6.2**

Nicht zu anderen Schlüssen führen die auf Beschwerdeebene nachgereichten Arztberichte der Dres. U.\_\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_\_ von November 2015 und Februar 2016, soweit sie in psychiatrischer Hinsicht weiterhin eine chronifizierte PTSD festhalten. Dieselbe Diagnose wurde bereits vor der Begutachtung im Zentrum K.\_\_\_\_\_ wiederholt gestellt und konnte von den Gutachtern aus den in E. 6.6.1 genannten Gründen nicht bestätigt werden. Die neuen Arztberichte enthalten in psychiatrischer Hinsicht, ohne dass eine Verlaufsänderung aus der Anamnese ersichtlich würde, weiterhin die Diagnose chronifiziertes PTSD. Auch hier fehlen eingehende Anamnese- und Befunderhebungen und sind die Beurteilungen der behandelnden Fachärzte in psychiatrischer Hinsicht ungenügend begründet. Dasselbe gilt (insbesondere) für das psychoorganische Syndrom, für welches - worauf Dr. P.\_\_\_\_\_ als Facharzt für Psychologie und Psychotherapie zutreffend hinwies - die Akten keinerlei Hinweise auf eine organische Ursache enthalten. Eine relevante Änderung des Gesundheitszustandes kann der Beschwerdeführer damit nicht nachweisen. Es oblag im vom Beschwerdeführer eingeleiteten Revisionsverfahren auch nicht der Vorinstanz, eingehender befundete und begründete Arztberichte über den bosnischen Versicherungsträger zu verlangen und sozusagen den Gegenbeweis, es liege in psychiatrischer Hinsicht keine relevante Verschlechterung vor, zu erbringen, zumal sie dem Untersuchungsgrundsatz mit Veranlassung einer Begutachtung im Zentrum K.\_\_\_\_\_ rechtsgenügend nachgekommen war und im Revisionsverfahren in antizipierter Beweiswürdigung davon ausgehen durfte, die in psychiatrischer Hinsicht nach der

Begutachtung eingereichten und dieselben zentralen Diagnosen attestierenden Arztberichte vermöchten keine rentenrelevante Verschlechterung aufzuzeigen.

#### **E. 6.7**

Dr. P.\_\_\_\_\_ des Q.\_\_\_\_\_ hat damit zurecht festgehalten, es liege mit überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine für die Höhe des Invaliditätsgrades relevante Änderung bzw. Verschlechterung der psychischen Gesundheitssituation vor.

#### **E. 6.8**

In somatischer Hinsicht sind den eingereichten Arztberichten, die nach dem 7. November 2012 erstellt worden sind, die Diagnosen Mikro-Nephrolithiasis (Mikro-Nierensteine), gastroösophagealer Reflux (GERB), Diabetes mellitus sowie arterielle Hypertonie zu entnehmen. Dr. P.\_\_\_\_\_ wies in seiner Stellungnahme vom 28. April 2016 darauf hin, dass die Mikro-Nephrolithiasis klinisch nicht relevant in Erscheinung trete. Den Akten ist zu entnehmen, dass bereits Dr. V.\_\_\_\_\_, Allgemeinmedizin, in seinem Bericht vom 19. Dezember 1999 ausführte, der Patient habe (unter anderem) Schweiß und Dysurie, ohne jedoch Urin lassen zu können. Es bestehe differenzialdiagnostisch der Verdacht auf eine Nephrolithiasis. Es handelt sich damit um ein bereits seit Jahren bestehendes Krankheitsgeschehen, das zudem behandelbar ist. Aus den Akten gehen daraus keine schwerwiegenden Einschränkungen für den Beschwerdeführer hervor; solche werden auch nicht explizit geltend gemacht. Der im Weiteren diagnostizierte, vom Q.\_\_\_\_\_ -Arzt aber nicht geprüfte gastroösophageale Reflux (krankhaft gesteigerter Rückfluss des sauren Mageninhaltes in die Speiseröhre) ist von Dr. U.\_\_\_\_\_ hinsichtlich des Stadiums der Erkrankung (vgl. dazu: <http://flexikon.doccheck.com/de/Refluxkrankheit>, abgerufen am 10. November 2017) nicht weiter charakterisiert worden. Der Reflux kann mit Medikamenten und Ernährungsumstellung behandelt werden (vgl. auch <https://www.netdoktor.de/krankheiten/refluxkrankheit/> abgerufen am 10. November 2017), bei - wie vorliegend - gleichzeitigem Befall mit *Helikobacter pylori* - ist eine Eradikationstherapie mit medikamentöser Behandlung erforderlich (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/24476/Gastrooesophageale-Refluxkrankheit-und-Barrett-Oesophagus-Aktuelle-Stand-der-Diagnostik> und <https://de.wikipedia.org/wiki/Reflux%C3%B6sophagitis>, beide abgerufen am 10. November 2017). Vorliegend hat Dr. U.\_\_\_\_\_ die Arzneimittel Pantoprazol, das unter anderem gegen die Refluxkrankheit eingesetzt wird, Clarithromycin und Amoxicilin (beides Antibiotika) und Pro Balans (ein Nahrungsergänzungsmittel mit Milchsäurebakterien) sowie eine Diät verschrieben. Dass damit eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verbunden wäre, ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht explizit geltend gemacht. Schliesslich führen auch der Diabetes mellitus und die arterielle Hypertonie an sich, das heisst ohne Folgeerkrankungen, zu keiner relevanten (weiteren) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. zur Würdigung des Diabetes mellitus bereits das Zentrum K.\_\_\_\_\_ -Gutachten auf S. 37 und allgemein bspw. Urteil BGER I 849/06 vom 14. September 2007 E. 3.2; vgl. zur Würdigung der arteriellen Hypertonie die gutachterliche Zuordnung zu den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit [doc. 169 S. 35], eine relevante Verschlechterung seit der Begutachtung ist diesbezüglich nicht geltend gemacht worden).

#### **E. 6.9**

Der Beschwerdeführer hat damit insgesamt nicht aufzeigen können, dass seit November 2012 eine rentenrelevante Verschlechterung seiner Gesundheit eingetreten sei. Die

Vorinstanz hat deshalb zu Recht geschlossen, es liege eine unveränderte Situation vor, weshalb der Anspruch auf eine halbe Rente zu bestätigen sei. Bei diesem Ergebnis erweist sich zum einen der in der Beschwerdebegründung eventualiter geäußerte Antrag (und die in der Triplik als Frage formulierte Anmerkung) auf Einholen eines ausführlichen psychiatrischen Berichts über den Versicherungsträger in Bosnien als unbegründet (s. auch E. 6.6.2) und ist zum andern nicht zu prüfen, weshalb der Vertreter des Beschwerdeführers im Hauptantrag ohne weitere Begründung und für die vorliegende Aktenlage unspezifisch die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. Oktober 2013 forderte.

#### **E. 7**

Damit ist die Beschwerde vom 7. Oktober 2015 vollumfänglich abzuweisen und die Revisionsverfügung vom 17. September 2015 zu bestätigen.

#### **E. 8**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 8.1**

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 400.- festzusetzen und aus dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- zu entnehmen.

##### **E. 8.2**

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). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden, nicht-anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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