



Abteilung III
C-4166/2014

Urteil vom 1. Oktober 2015

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richterin Franziska Schneider, Richter Michael Peterli,
Gerichtsschreiberin Karin Wagner.

Parteien

X. _____, Spanien,
vertreten durch Francisco José Vazquez Bürger, Rechtsan-
walt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Anspruch auf eine Invalidenrente,
Verfügung IVSTA vom 20. Juni 2014.

Sachverhalt:**A.**

Der am (Datum) 1950 geborene, in seiner Heimat Spanien wohnhafte X. _____ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) arbeitete von 1979 bis 2000 in der Schweiz und entrichtete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten 10). Nach seiner Rückkehr nach Spanien war er vom 16. Oktober 2001 bis zum 1. Oktober 2008 als Hilfsarbeiter auf dem Bau tätig (Vorakten 2); als Beginn der Arbeitsunfähigkeit mit anschliessender Invalidität wurde auf dem Formular E204 der 12. Mai 2008 genannt (Vorakten 1). Am 18. August 2008 meldete er sich zum Bezug von IV-Leistungen an (Vorakten 1); der vom spanischen Sozialversicherungsträger weitergeleitete Antrag ging zusammen mit weiteren Formularen am 25. November 2008 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) ein (Vorakten 1-4).

B.

Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*) nahm einen IV-Grad von 24% an und wies das IV-Gesuch des Versicherten mit Verfügung vom 25. Mai 2009 ab (Vorakten 21). Dagegen erhob dieser am 21. Juli 2009 (Vorakten 29) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (*im Folgenden auch: BVGer*). Mit Urteil vom 8. April 2011 (C-4781/2009) hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde dahingehend teilweise gut, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde (Vorakten 46). Das Bundesverwaltungsgericht hielt fest, die Vorinstanz habe ergänzende medizinische Abklärungen durchzuführen und den Beschwerdeführer durch Experten oder Expertinnen auf den Fachgebieten der Rheumatologie, und - falls von diesen als zusätzlich nötig befunden - der Neurologie resp. der Neurochirurgie, sowie der Inneren Medizin (resp. Kardiologie), ärztlich begutachten zu lassen. Die Untersuchungen seien vorzugsweise in der Schweiz durchzuführen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4781/2009 vom 8. April 2011 E. 3.3).

C.

In der Folge beauftragte die IVSTA die Cemed/Comai in Nyon mit der Begutachtung und teilte dies unter Beilage des Fragenkatalogs dem Beschwerdeführer mit (Vorakten 52). Mit Schreiben vom 18. August 2011 (Vorakten 57) informierte dieser die IVSTA darüber, dass er sich in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befinde und ihm eine Reise in die

Schweiz aufgrund der "extrem starken Schmerzen" nicht möglich sei. Er bat, die Untersuchungen in der Nähe seines Wohnortes in Spanien durchzuführen und legte dem Schreiben einen Kurzarztbericht seiner Hausärztin vom 17. August 2011 bei (Vorakten 58), worin diese eine Diskushernie auf der Höhe C6/C7 erwähnte.

Der Beschwerdeführer berichtete am 13. Dezember 2011 (Vorakten 68) seine Hausärztin habe versehentlich eine Diskushernie auf der Höhe C6/C7 bescheinigt, es würde jedoch eine Diskushernie auf der Höhe D6/D7 bestehen und reichte zwei weitere Arztberichte vom 9. Februar 2010 ("Unidad resonancia magnetica") und vom 31. Oktober 2009 ("Radiologia e imagen") ein (Vorakten 69, 70), bei welchen von Hand C6/C7 durch D6/D7 korrigiert worden war.

Mit Schreiben vom 10. April 2012 (Vorakten 73) bat die IVSTA um Zustellung eines ausführlichen Berichtes des behandelnden Neurologen, woraufhin der Beschwerdeführer am 7. Juni 2012 (Vorakten 75) einen Kurzarztbericht des "Complejo Hospitalaris de A. _____, Consultas Neurocirurgia" von Dr. B. _____ vom 28. Mai 2012 sandte (Vorakten 76).

Auf Aufforderung seitens der IVSTA reichte der Beschwerdeführer am 25. Oktober 2012 und 29. November 2012 Röntgenbilder vom 26. Juni 2009, 29. Juni 2009 und vom 30. April 2012, sowie Berichte der Röntgenbilder der Wirbelsäule vom 31. Januar 2009 und vom 9. Februar 2010 ein (Vorakten 84, 86 - 88, 90, 92 - 97). Schliesslich sandte der Beschwerdeführer am 4. Februar 2013 (Vorakten 99) einen neurologischen Kurzarztbericht von Dr. C. _____ vom 1. Februar 2013, worin festgehalten wurde, der Beschwerdeführer sei reiseunfähig (Vorakten 100).

D.

Die IVSTA unterbreitete die vorhandenen medizinischen Unterlagen ihrem regionalen ärztlichen Dienst. Dr. D. _____, Neurologe, stellte am 9. April 2013 fest (Vorakten 102), dass keine Reisunfähigkeit belegt sei. Gestützt auf diese Einschätzung wies die IVSTA den Beschwerdeführer am 13. Mai 2013 darauf hin (Vorakten 106), dass an einer Begutachtung in der Schweiz festgehalten werde. Der Beschwerdeführer antwortete am 27. Mai 2013 (Vorakten 108), er könne nicht reisen, was Fachärzte bestätigen würden. Er leide an kurzzeitigen Versteifungen und Blockierungen der Wirbelsäule und müsse in dieser Situation in ein nächstgelegenes Behandlungszentrum gebracht werden.

E.

Die Vorinstanz versuchte in der Folge diversen Fachexperten in Spanien einen Gutachtensauftrag zu erteilen, jedoch blieben ihre Bemühungen ohne Erfolg, da die kontaktierten Ärzte nicht antworteten bzw. keine Zusagen gaben (Vorakten 112-123). Am 7. November 2013 berichtete sie dem Beschwerdeführer (Vorakten 124), dass sie keine geeigneten Gutachter in Spanien hätte finden können und sie deshalb weiterhin an einer multidisziplinären Begutachtung in der Schweiz festhalte. Sie wies weiter darauf hin, dass die Forderung, ihr Dokumente wie das zervikale MRI vom 9. Februar 2010 zuzustellen, verhältnismässig sei und unter die Mitwirkungspflicht des Versicherten falle. Ihr ärztlicher Dienst sei zum Schluss gekommen, dass die eingereichten Dokumente keine Reiseunfähigkeit belegen würden. Unter Hinweis darauf, dass der Versicherungsträger unter Ansetzung einer angemessenen Frist auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen könne, falls der Versicherte seinen Auskunfts- und Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nachkomme (Art. 43 Abs. 2 und 3 ATSG), setzte sie dem Versicherten eine Frist von 30 Tagen für eine Zusage zur medizinischen Abklärung in der Schweiz.

Der Beschwerdeführer erklärte mit Schreiben vom 9. Dezember 2013 abermals (Vorakten 125, 126), er sei nicht reisefähig und könne nicht in die Schweiz reisen, da er sich sonst der Gefahr einer Wirbelblockade aussetze. Jedoch sei er bereit, sich in Spanien untersuchen zu lassen.

F.

Mit Vorbescheid vom 6. Februar 2014 (Vorakten 129) teilte die IVSTA dem Beschwerdeführer mit, da er sich nicht in der Schweiz untersuchen lassen möchte und die geltend gemachte Reiseunfähigkeit aufgrund der eingereichten medizinischen Akten von ihrem ärztlichen Dienst nicht habe bestätigt werden können, sei, wie im Schreiben vom 7. November 2013 angedroht, aufgrund der Akten zu verfügen. Sie beabsichtige das Leistungsbegehren abzuweisen.

Der Beschwerdeführer erhob dagegen am 21. Februar 2014 Einwand (Vorakten 131) und sandte mit Schreiben vom 24. März 2014 (Vorakten 136) einen Arztbericht von Dr. E. _____ vom 12. März 2014 (Vorakten 135, 137). Die IVSTA unterbreitete diesen Arztbericht ihrem ärztlichen Dienst. Die IV-Ärzte aus den Fachdisziplinen Psychiatrie, Onkologie, Hämatologie, Neurologie, Allgemeinmedizin, Rheumatologie und Innere Medizin kamen am 6. Juni 2014 gemeinsam zum Schluss (Vorakten 142),

dass der Arztbericht vom 12. März 2014 sich zu den funktionellen Beschwerden ("les limitations fonctionelles") nicht klar äussern würde. Die Tatsache, dass die Hernie, welche seit 2009 bekannt sei, bisher nicht operiert worden sei, sei ein Indiz für "absence de gravité". Es würden Hernien bestehen, aber ohne Myelopathie, womit die Reiseunfähigkeit für eine kurze Reisezeit mit dem Flugzeug nicht bewiesen sei. Das Bundesverwaltungsgericht habe im Urteil C-2151/2013 festgehalten, dass Anpassungen möglich seien, um den Komfort der Reise zu verbessern (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2151/2013 vom 5. Dezember 2013).

G.

Mit Verfügung vom 20. Juni 2014 (Vorakten 143) wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Versicherten ab, mit der Begründung, der Beschwerdeführer habe sich keiner Begutachtung in der Schweiz unterzogen, obwohl eine Reiseunfähigkeit nicht bewiesen worden sei. Es liege eine Verletzung der Mitwirkungspflicht vor, daher sei aufgrund der Akten zu entscheiden. Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten sei davon auszugehen, dass eine Diskusprotrusion der Thoraxwirbelsäule ohne nachgewiesene neurologische Defizite bestünde. Infolge der Gesundheitsbeeinträchtigung bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40%. Die Ausübung einer leichteren, dem Gesundheitszustand besser angepassten Tätigkeit, wie z.B. leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, seien jedoch noch zu 100% zumutbar, dies mit einer Erwerbseinbusse von 24%. Dieser Invaliditätsgrad gebe kein Recht auf eine Rente.

H.

Hiergegen erhob der anwaltlich vertretene Versicherte mit Eingabe vom 18. Juli 2012 (recte 2014) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer act. 1) und beantragte sinngemäss, dem Beschwerdeführer sei die Reiseunfähigkeit anzuerkennen; er sei im Umkreis von 150km von seinem Wohnort pluridisziplinär zu begutachten und gestützt auf die medizinischen Abklärungen der entsprechenden Fachärzte in Spanien sei eine neue Verfügung zu erlassen. Zur Begründung wurde sinngemäss ausgeführt, der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, in die Schweiz zu reisen, was durch zahlreiche medizinische Unterlagen bewiesen werde. Es treffe nicht zu, dass er die Mitwirkung für notwendige medizinische Untersuchungen verweigert habe, vielmehr sei es ihm aus gesundheitlichen Gründen nicht zumutbar, eine Reise in die Schweiz auf sich zu nehmen; einer Begutachtung in Spanien habe er sich zu keinem Zeitpunkt widersetzt.

Das Bundesverwaltungsgericht habe mit Entscheid vom 8. April 2011 (C-4781/2009) festgestellt, dass ergänzende spezialärztliche Begutachtungen notwendig seien. Es habe aber nicht verlangt, dass die Begutachtungen in der Schweiz durchzuführen seien. Eine solche Begutachtung sei in jeder grösseren Stadt möglich und auch in der näheren Umgebung des Beschwerdeführers in F._____, G._____, H._____, I._____ und J._____. Die IVSTA habe ihm telefonisch mitgeteilt, dass sie gedenke, den Beschwerdeführer in Spanien begutachten zu lassen. Danach habe sie ihre Handlungsweise geändert und von der ursprünglich geplanten pluridisziplinären Begutachtung in Spanien Abstand genommen. Es könne kein Hinderungsgrund sein, dass es der IVSTA nicht möglich gewesen sei, eine pluridisziplinäre Begutachtung in Spanien im Umkreis von 150km vom Wohnort des Versicherten zu veranlassen, denn diese Möglichkeit sei eindeutig gegeben. Er habe wiederholt seine Unterstützung und Kooperation bei der Suche nach geeigneten spanischen Fachexperten angeboten.

Der Beschwerdeführer reichte zusammen mit der Beschwerde sich bereits bei den Akten befindende medizinische Arztberichte ein.

I.

Mit Zwischenverfügung vom 18. August 2014 (BVGer act. 2) wurde ein Gerichtskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- einverlangt. Am 3. September 2014 ging der Betrag von Fr. 418.11 beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer act. 3).

J.

In ihrer Vernehmlassung vom 6. Oktober 2014 (BVGer act. 5) beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen.

Zur Begründung führte sie aus, bei komplexen Fällen, wie sie länger andauernde Beschwerden der Wirbelsäule häufig darstellen würden, sei in der Regel eine interdisziplinäre Abklärung und Begutachtung durch Fachärzte angezeigt. Das Bundesverwaltungsgericht habe sie mit Urteil vom 8. April 2011 (C-4781/2009) angewiesen, den medizinischen Sachverhalt mittels ergänzenden Abklärungen nochmals zu ermitteln. Die zunächst veranlasste polydisziplinäre Untersuchung im Centre d'Expertise Médical (CEMED) in Nyon habe nicht stattfinden können, da der Beschwerdeführer geltend gemacht habe, aufgrund einer Scheibenhernie nicht reisefähig zu sein. Nachdem der IV-ärztliche Dienst aus den eingesandten Unterlagen keinen objektiven Beweis einer Reiseunfähigkeit habe erkennen können,

seien aufgrund medizinisch widersprüchlicher Sachverhaltselemente zusätzliche heimatärztliche Akten einverlangt worden, welche weder aus neurologischer noch aus radiologischer Sicht betreffend die Frage der Reisefähigkeit objektiv neue Elemente geliefert hätten. Die IVSTA habe im Rahmen des regelmässig stattfindenden Rapportes der IV-Stelle beschlossen, den Versicherten in Spanien interdisziplinär untersuchen zu lassen. Sämtliche organisatorischen Anstrengungen hätten keinen Erfolg gezeitigt, weshalb weiterhin an einer Begutachtung in der Schweiz festgehalten worden und diese aus medizinischer Sicht weiterhin als zumutbar erschienen sei. Nach erfolgtem Mahnverfahren und Würdigung der Einwände habe sie in einem erneuten Rapport entschieden, dass eine pluridisziplinäre Untersuchung in der Schweiz weiterhin möglich und notwendig sei. Sie sei unter diesen Umständen zu einem Entscheid aufgrund der Akten berechtigt gewesen. Den formellen Anforderungen an einen solchen Entscheid sei im Verfahren genügt und Anstrengungen unternommen worden, den partiellen Forderungen nachzukommen. Da aus medizinischer Sicht keine Reiseunfähigkeit vorgelegen und ihre Mahnung mit Hinweis auf die Rechtsfolgen nicht gefruchtet hätte, habe sie das Leistungsbegehren gestützt auf die vorhandenen Akten abgewiesen.

K.

Replikweise hielt der Beschwerdeführer am 12. November 2014 (BVGer act. 8) an seinen bisherigen Rechtsbegehren und deren Begründung fest und führte ergänzend aus, entgegen dem Vorbringen der IVSTA sei eine pluridisziplinäre Begutachtung in Spanien durchaus möglich.

L.

Mit Duplik vom 18. Dezember 2014 (BVGer act. 11) hielt die Vorinstanz an ihren Rechtsbegehren und deren Begründung fest.

M.

Mit Verfügung vom 7. Januar 2015 (BVGer act. 12) wurde der Schriftwechsel geschlossen.

N.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Zu beurteilen ist die Beschwerde vom 18. Juli 2014 gegen die Verfügung vom 20. Juni 2014, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befasst (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26^{bis} und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

1.3 Nach Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

1.4 Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) Beschwerde erhoben. Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten.

1.5 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

1.6 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

2.

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1 Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger und wohnt in Spanien, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, *im Folgenden*: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als „Mitgliedstaat“ zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (20. Juni 2014) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.; BASILE CARDINAUX, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23).).

2.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – diejenigen materiellen Rechtssätze anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 20. Juni 2014) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

2.3 Vorliegend ist auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung vom 21. März 2003 und den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen, ausser diese hätten durch die mit dem auf den 1. Januar 2012 in Kraft getretenen ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) eine Änderung erfahren (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]).

3.

Im Folgenden werden für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wesentliche Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelte Grundsätze dargestellt.

3.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG 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. 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).

3.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die

ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG), soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen, was für Staaten der EU der Fall ist (BGE 130 V 253 E. 2.3).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

3.4 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

3.4.1 Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

3.4.2 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des

Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

3.4.3 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).

3.4.4 Auf Stellungnahmen eines Arztes des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2009 E. 2.1, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). 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 ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, 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 Bundesgerichts vom 14. Juli 2009 [9C_323/2009] E. 4.3.1 sowie vom 14. November 2007 [I 1094/06] E. 3.1.1, beide mit Hinweisen).

3.5 Im Rahmen der allgemeinen Mitwirkungspflicht im Verwaltungsverfahren haben die Versicherten und ihre Arbeitgeber beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken. Wer Versicherungsleistungen beansprucht, muss unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind (Art. 28 Abs. 1 und 2 ATSG).

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG).

3.6 Im Urteil 9C_28/2010 vom 12. März 2010 erwog das Bundesgericht, dass die medizinische Abklärung der objektiven Gesundheitsschäden eine unabdingbare gesetzlich verankerte Voraussetzung für die Zusprache einer Leistung der Invalidenversicherung (Art. 7 Abs. 2, Art. 16, Art. 43 Abs. 1 ATSG) sei. Der Versicherer befinde darüber, mit welchen Mitteln er den rechtserheblichen Sachverhalt abkläre. Im Rahmen der Verfahrensleitung habe er einen grossen Ermessensspielraum hinsichtlich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen. Was zu beweisen sei, ergebe sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz habe der Versicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden könne. Dabei komme Sachverständigengutachten eine massgebende Rolle zu. Der Untersuchungsgrundsatz werde ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der versicherten Person. Danach habe sie sich den ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, wenn sie zumutbar seien. Nach dem

Wortlaut von Art. 43 Abs. 1 und Abs. 2 ATSG müssten jene Untersuchungen aber auch notwendig und somit von entscheidender Bedeutung für die Erstellung des rechtserheblichen Sachverhalts sein. Die versicherte Person habe sich somit jeglicher Untersuchung zu unterziehen, soweit sie sich nicht als unzumutbar erweise. In diesem Sinne liege die medizinische Begutachtung nicht im uneingeschränkten Ermessen der rechtsanwendenden Stellen. Diese würden sich von rechtsstaatlichen Grundsätzen leiten zu lassen haben, wozu die Verpflichtung zur Objektivität und Unvoreingenommenheit ebenso gehöre wie der Grundsatz der rationellen Verwaltung (Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2010 vom 12. März 2010 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen auf Rechtsprechung und Lehre).

4.

In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob eine pluridisziplinäre Begutachtung in der Schweiz überhaupt notwendig ist (E. 4.1 hiernach). In einem zweiten Schritt ist zu klären, ob die Verwaltung das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG bzw. Art. 73 IVV korrekt durchgeführt hat (E. 4.2 hiernach). Schliesslich ist zu beurteilen, ob der Beschwerdeführer Rechtfertigungsgründe für die Verweigerung der Untersuchung in der Schweiz geltend machen kann bzw. ob es ihm auch zumutbar war, in die Schweiz zu reisen und sich hier einer Untersuchung zu unterziehen (E. 4.3 hiernach).

4.1 Das Bundesverwaltungsgericht hat mit rechtskräftigem Urteil C-4781/2009 vom 8. April 2009 festgestellt, dass der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht unvollständig bzw. unkorrekt ist, weshalb ergänzende medizinische Abklärungen vorzugsweise in der Schweiz durchzuführen und der Beschwerdeführer ärztlich zu begutachten ist (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4781/2009 vom 8. April 2011 E. 3.3). Damit ist die Notwendigkeit einer pluridisziplinären Begutachtung gegeben. Der Beschwerdeführer bestreitet dies denn auch nicht, sondern stellt sich vielmehr auf den Standpunkt, dass die Begutachtung auch in Spanien in 150km Abstand zu seinem Wohnort durchgeführt werden könnte.

Einerseits besteht kein Rechtsanspruch auf eine Begutachtung im Ausland (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_235/2013 vom 10. September 2013, E. 3.2; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5441/2007 vom 18. Mai 2009 E. 4.2.1 am Schluss mit Hinweis auf Urteil I 172/02 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Bundesgericht] vom 7. Februar 2003 E. 4.5 mit Hinweis). Andererseits kann sich die Anordnung einer Begutach-

tion in der Schweiz unter der Bedingung, dass die Abklärung ohne Weiteres auch am Wohnort der versicherten Person durchgeführt werden könnte, grundsätzlich als nicht erforderlich und daher unverhältnismässig erweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 166/06 vom 30. Januar 2007).

Vorliegend ist jedoch die Voraussetzung, dass die Abklärung auch in Spanien, in der Umgebung von 150km zum Wohnort des Versicherten, ohne Weiteres durchgeführt werden könnte, nicht erfüllt. Aus den Vorakten geht hervor (Vorakten 113-122), dass die IVSTA zahlreiche Spitäler im Umkreis des Wohnortes des Beschwerdeführers für eine pluridisziplinäre Begutachtung angefragt und jeweils eine Absage erhalten hat.

In Spanien gibt es unbestrittenermassen ausgewiesene Fachleute, welche grundsätzlich eine Stellungnahme abgeben könnten, jedoch zeigten die obgenannten Bemühungen der Vorinstanz, dass es nicht ohne Weiteres möglich ist, eine entsprechende Begutachtung im Umkreis von 150km zum Wohnort des Beschwerdeführers einzuleiten.

Aus diesen Gründen war die Notwendigkeit der angeordneten Untersuchungen in der Schweiz im Sinne von Art. 43 ATSG gegeben.

4.2 Die Vorinstanz forderte den Beschwerdeführer mehrmals auf (Vorakten 67, 73, 78, 84, 106), seine Bereitschaft, sich einer Begutachtung in der Schweiz zu unterziehen, mitzuteilen oder einen hinreichend begründeten Nachweis zu erbringen, dass ihm eine Reise in die Schweiz nicht zumutbar sei. Zuletzt teilte sie ihm am 7. November 2013 mit (Vorakten 124), dass die eingereichten medizinischen Unterlagen nicht ausreichen würden, um eine Reiseunfähigkeit zu bestätigen. Sie wies ihn darauf hin, dass er die verlangten Dokumente, insbesondere das zervikale MRI vom 9. Februar 2010 nicht eingereicht habe und machte ihn darauf aufmerksam, dass an ein Arzteugnis betreffend Transportfähigkeit hohe Anforderungen gestellt würden und es hinreichend begründet sein müsse. Es werde ein Aktenentscheid gefällt, wenn er sich in unentschuldbarer Weise weiterhin einer Begutachtung in der Schweiz widersetze oder der Auskunftspflicht nicht nachkomme. Die Mahnung enthält zudem eine Frist von 30 Tagen, um eine Stellungnahme einzureichen. Innert der angesetzten Frist ging zwar eine Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 9. Dezember 2013 ein (Vorakten 125, 126), jedoch legte er dieser weder das MRI vom 9. Februar 2010 betreffend die zervikale Wirbelsäule noch anderweitige ärztliche Dokumente ein. Die Vorinstanz erliess zurecht am 6. Februar 2014 einen Vorbescheid (Vorakten 129), ohne nochmals zu mahnen.

Das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG (bzw. Art. 73 IVV) wurde demnach korrekt durchgeführt.

4.3

4.3.1 Nach dem Wortlaut von Art. 43 Abs. 3 ATSG liegt eine Verletzung der Mitwirkungspflicht nur dann vor, wenn sie in unentschuldbarer und somit schuldhafter Weise erfolgt ist. Dies ist dann der Fall, wenn kein Rechtfertigungsgrund erkennbar ist oder sich das Verhalten der versicherten Person als völlig unverständlich erweist (Urteile des Bundesgerichts 8C_396/2012 vom 16. Oktober 2012 E. 5 mit Hinweisen und I 166/06 des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007 E. 5.1 mit Hinweisen). Weigert sich die versicherte Person, an der Begutachtung teilzunehmen, trägt sie nur dann die Konsequenzen der Untersuchungsverweigerung (vgl. Urteil 8C_733/2010 des Bundesgerichts vom 10. Dezember 2010 E. 3.2), wenn die Verweigerung der Mitwirkung nicht auf entschuldbaren Gründen beruht, etwa weil sie der versicherten Person nicht zugerechnet werden kann, da sie krankheitshalber oder aus anderen Gründen nicht in der Lage war, ihren Pflichten nachzukommen (vgl. Urteil 8C_733/2010 des Bundesgerichts vom 10. Dezember 2010 E. 5.3 mit weiteren Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur).

Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit hat die Verwaltung (oder das Gericht) die gesamten (objektiven und subjektiven) Umstände des Einzel-falles zu berücksichtigen (Urteil EVG I 214/01 vom 25. Oktober 2001 E.2b, Urteil BGer I 906/05 vom 23. Januar 2007 E. 6). Untersuchungen in einer Gutachterstelle sind ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar zu betrachten (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 43 Rz. 44). Es obliegt daher in erster Linie dem Versicherten, das Vorliegen einer Reiseunfähigkeit darzutun und zu begründen. Nach dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG verankerten Untersuchungsgrundsatz hat jedoch auch die Verwaltung eine Verpflichtung zu Abklärungen hinsichtlich der Beurteilung, ob eine Reisefähigkeit vorliegt oder nicht. Eine Untersuchung durch den ärztlichen Dienst ist dabei nicht zwingend erforderlich (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV).

4.3.2 Der Beschwerdeführer reichte zum Beleg der Reiseunfähigkeit die folgenden medizinischen Unterlagen ein:

- Im radiologischen Bericht vom 31. Januar 2009 (Vorakten 70, 96) hält Dr. K._____ fest, das dorsale MRI zeige eine kleine Bandscheiben-

hernie im Bereich zwischen den Wirbeln C6/7C, rechts neben der Medianebene mit Auswölbung auf den anterioren Subarachnoidalraum, ohne Veränderungen der Signalübertragung des Rückenmarks, die auf dessen Beeinträchtigung hinweisen würden. Sie diagnostizierte eine kleine Bandscheibenhernie rechts auf der Höhe C6/C7 (von Hand korrigiert D6/D7) ohne Myelopathie.

- Röntgenbilder mit Erstellungsdatum auf dem Index 26. Juni 2009, 29. Juni 2009 und 30. April 2012 (Vorakten 86, 87, 88).
- Im MRI-Bericht vom 9. Februar 2010 (Vorakten 69, 95) befand Dr. L._____, es bestehe keine wesentliche Veränderung im Verhältnis zur vorausgehenden Untersuchung vom 31. Januar 2009. Er diagnostizierte eine kleine persistierende Bandscheibenhernie "persistiendo pequena hernia discal" auf der Höhe C6/C7, rechts, neben der Medianebene, mit Kontakt zur rechten antero-lateralen Seite des Rückenmarks ohne Auswirkung auf die intramedulläre Signalübertragung.
- Die Hausärztin des Beschwerdeführers Dr. M._____, hielt am 17. August 2011 fest (Vorakten 58), es bestehe eine Diskushernie auf der Höhe C6/C7, weshalb er nicht reisefähig sei.
- Dr. B._____ weist am 28. Mai 2012 (Vorakten 76, 98) darauf hin, dass eine Bandscheibenhernie auf der Höhe D6/D7 bestehe mit Kompression der vorderen Seite des Rückenmarks. Die Beurteilung eines chirurgischen Eingriffs stehe aus. Es werde empfohlen, körperliche Anstrengungen und Reisen bis zum möglichen Eingriff zu vermeiden.
- Im Kurzarztbericht vom 1. Februar 2013 (Vorakten 100) diagnostizierte Dr. C._____, eine degenerative Bandscheibenerkrankung der dorsalen und zervikalen Wirbelsäule mit Bandscheibenhernien auf der Höhe C5/C6, C6/C7 und D6/D7 und bemerkte, aufgrund der wiederkehrenden, chronischen Schmerzen bei der Wirbelsäule, vor allem die dorsalen und zervikalen Bereiche betreffend, mit diffusen Parästhesien der oberen und unteren Extremitäten, sei der Patient dauerhaft unfähig, Tätigkeiten auszuführen, die auch nur geringste Überlastungen der Wirbelsäule erfordern würden. Ausserdem sei er nicht in der Lage, längere Reisen oder Fahrten zu bewältigen.
- Dr. E._____ berichtete am 12. März 2014 (Vorakten 135, 137), der Versicherte werde vorstellig wegen verstärkter Schmerzsymptome und daraus folgenden Funktionseinbussen, sowie Parästhesien in beiden

oberen Gliedmassen und im Brustbereich, vom Rücken bis zur Mittellinie. Es bestehe ein geringes Ansprechen auf Medikamente (Pragabalin, Tramadol, Metamizol usw.). Ferner erzähle der Versicherte von Parästhesien und Kraftverlust in den unteren Gliedmassen. Bei der Untersuchung sei ein Perkussionsschmerz an den Dornfortsätzen C4 bis C7 aufgetreten, welcher bei Bewegung der Wirbelsäule zugenommen habe und von einer Halssteifigkeit und eingeschränkter Kopfbeweglichkeit begleitet gewesen sei. Es bestünde ein selektiver Schmerz bei Druck auf die Intercostalnerven, vorwiegend in den Metameren T5 bis T7, und ein Perkussionsschmerz in den Dornfortsätzen T6 und T7. Der Versicherte habe eine Röntgenaufnahme vorgelegt, in der eine ausgeprägte allgemeine Spondylarthrose zu erkennen sei, am ausgeprägtesten in den Bereichen C5-C7 und T6-T8. Im MRI seien Bandscheibenhernien auf der Höhe T6/T7, C5/C6 und C6/C7 deutlich erkennbar. Es bestünde Spondylose der drei Spinalsegmente, am ausgeprägtesten in der Halswirbelsäule, und Bandscheibenhernien, welche nach neurochirurgischer Einschätzung nicht behandelbar seien. Die foraminale Stenose verursache erhebliche Einschränkungen der Beweglichkeit. Der Patient sei nicht in der Lage, Aktivitäten unter Belastung der Wirbelsäule durchzuführen. Darüber hinaus sei er aufgrund der foraminalen Stenose nicht in der Lage, sich über längere Zeit fortzubewegen – auch nicht im eigenen Fahrzeug.

Der Beschwerdeführer hielt betreffend dieser Belege selber fest, es möge sein, dass die eingereichten medizinischen Berichte keine Reiseunfähigkeit bestätigen würden, der Grund für die Unmöglichkeit zu reisen, sei nicht der eigentliche Krankheitszustand, sondern die Gefahr einer Wirbelblockade im Bereich D6/D7. Bei einer Wirbelblockade müsse er umgehend in ein nahegelegenes Spital zur Behandlung (Vorakten 108, 126).

Der Beschwerdeführer gibt an, dass diese Wirbelblockaden häufig auftreten würden (Vorakten 108), jedoch werden solche Beschwerden in keinem der eingereichten Kurzarztberichte erwähnt. Es finden sich auch keine entsprechenden Notfallberichte in den Akten.

Weiter weist der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers daraufhin, sie hätten gerne die Ehefrau als Reisebegleitung angeboten, jedoch müsse sie ihre Mutter pflegen (108, 126). Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer selber annimmt, in Begleitung reisefähig zu sein, er aber niemanden hat, der ihn begleiten könnte, da seine Ehefrau ihre Mutter pflegen muss

und seine Kinder bereits bei der Geburt gestorben sind. Dieser Umstand ist hinsichtlich der Reisefähigkeit jedoch irrelevant.

4.3.3 Die Vorinstanz stützte sich zur Beurteilung der Reisefähigkeit und der obgenannten Unterlagen auf die Stellungnahmen ihres regionalen ärztlichen Dienstes vom 19. März 2012 (Vorakten 72), 18. September 2012 (Vorakten 83), 9. April 2012 (Vorakten 102) und 6. Juni 2014 (Vorakten 142) ab. Die beurteilenden Fachärzte der Disziplinen Neurologie bzw. Rheumatologie verfügen über die notwendigen medizinischen Kenntnisse, um vorliegend die Reisefähigkeit gestützt auf die eingereichten Unterlagen zu beurteilen. Wie nachfolgend erörtert wird (vgl. E. 4.3.5), sind die Stellungnahmen der RAD-Ärzte auch nachvollziehbar und schlüssig, womit die Vorinstanz zurecht darauf abgestellt hat.

4.3.4 Es stellt sich die Frage, welche vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Unterlagen für die Beurteilung der Reisefähigkeit überhaupt relevant sind. Der Beschwerdeführer verlangte im Verfahren C-4781/2009 selber eine Begutachtung in der Schweiz (vgl. C-4781/2009 Replik S. 3). Ausserdem reichte er gegen das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4781/2009 vom 8. April 2011 und der Aufforderung an die Vorinstanz eine pluridisziplinäre Begutachtung vorzugsweise in der Schweiz durchzuführen, kein Rechtsmittel ein. Er brachte erst im vorliegenden Verfahren vor, dass er nicht reisefähig sei. Der Grund für die Reiseunfähigkeit kann somit erst ab Mai 2011 eingetroffen sein. Die Schlussfolgerung des RAD-Arzt Dr. D._____, wonach die Röntgen- und MRI-Bilder vom 31. Januar 2009 und die Berichte vom 31. Januar 2009 und 9. Februar 2009 keine Reiseunfähigkeit belegen, da sie nicht die aktuelle Situation betreffen würden, ist daher nachvollziehbar (Vorakten 72, 83, 102).

4.3.5 Im Folgenden ist somit zu untersuchen, ob die neu eingereichten Unterlagen vom 17. August 2011 von Dr. M._____, vom 28. Mai 2012 von Dr. B._____, vom 1. Februar 2013 von Dr. C._____, vom 12. März 2014 von Dr. E._____ (Vorakten 135, 137) eine Reiseunfähigkeit belegen.

- Der RAD-Arzt Dr. D._____ hielt am 19. März 2012 (Vorakten 72) und am 18. September 2012 (Vorakten 83) fest, Dr. M._____ berichte am 17. August 2011 von einer Diskushernie auf der Höhe C6/C7, jedoch habe der Beschwerdeführer mitgeteilt (Vorakten 68), dass es sich hierbei um einen Irrtum handle, da eine Diskushernie auf der Höhe D6/D7 bestehe. Es sei bereits bekannt, dass der Beschwerdeführer seit 2008

an einer Protrusion bei den Wirbeln D6/D7 leide, welche keine neurologischen Ausfälle zur Folge hätte. Die Schlussfolgerung von Dr. D._____, wonach dieses Arztzeugnis keine Reisefähigkeit zu belegen vermag, ist nachvollziehbar.

- Dr. B._____ berichtete am 28. Mai 2012 der Beschwerdeführer leide an einer Diskushernie auf der Höhe D6/D7 und sei nicht reisefähig. Das Arztzeugnis enthält keine Begründung. Es wurde lediglich anhand der gestellten Diagnose auf eine Reiseunfähigkeit geschlossen, ohne dass ersichtlich ist, gestützt auf welche Untersuchungen und Akten diese Einschätzung erfolgte. Somit vermag auch der Arztbericht von Dr. B._____ keine Reiseunfähigkeit zu belegen.
- Betreffend den Kurzarztbericht von Dr. C._____ vom 1. Februar 2013 (Vorakten 100) hielt Dr. D._____ fest (Vorakten 102), Dr. C._____ berichte von Diskushernien auf der Höhe D6/D7, C5/C6 und C6/C7, würde aber dann als Diagnose eine Discopathie auf der Höhe C5/C6, C6/C7 und D6/D7 angeben; was wohl darauf hinweise, dass er vom Vorhandensein von Diskushernien nicht überzeugt sei. Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar, ist doch davon auszugehen, dass Dr. C._____ eine entsprechende Diagnose gestellt hätte, wenn er davon ausgegangen wäre, dass tatsächlich eine Diskushernie vorliegt. Da nur eine Protrusion und keine Diskushernie beschrieben wurde, ist die Feststellung von Dr. D._____, wonach die Schmerzen und Parästhesien nur subjektiv seien und nicht gegen eine Reise sprechen würden, schlüssig. Hinzukommt, dass der ärztliche Attest kurz gehalten ist, enthält er doch keine Begründung.
- Anlässlich der pluridziplinären Stellungnahme des RAD vom 6. Juni 2014 (Vorakten 142) hielten der Neurologe und der Rheumatologe fest, Dr. E._____ berichte am 12. März 2014 von Beschwerden und Kraftverlust ohne die funktionellen Einschränkungen klar zu beschreiben. Es bestünde seit 2009 eine Diskusprotrusion, welche bis heute nicht operiert worden sei, was ein Indiz dafür sei, dass keine schwerwiegenden Beschwerden vorliegen würden. Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar und schlüssig, ebenso die Annahme, dass Diskusprotrusionen ohne Myelopathien keine Reiseunfähigkeit für einen kurzen Flug bedeuten. Weiter berichtet Dr. E._____ von Diskushernien auf der Höhe T6/T7 (was D6/D7 entspricht), C5/C6 und C6/C7, obwohl der Beschwerdeführer selber angab, dass er keine Hernie auf der Höhe C6/C7 habe (Vorakten 68). Das Attest ist somit widersprüchlich, womit

es auch aus diesem Grund nicht als Beweis für eine Reiseunfähigkeit beigezogen werden kann.

Das Bundesverwaltungsgericht geht mit der Vorinstanz einig, dass die vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Unterlagen, keine Reiseunfähigkeit zu belegen vermögen und sich der Beschwerdeführer somit auf keinen Rechtfertigungsgrund für die Mitwirkungspflichtverletzung berufen kann.

4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die pluridisziplinäre Untersuchung in der Schweiz notwendig ist, die Vorinstanz das Mahn- und Bedenkzeitverfahren eingehalten hat und der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise nicht nachgekommen ist. Die Voraussetzungen von Art. 43 Abs. 3 ATSG sind somit erfüllt, womit die Vorinstanz aufgrund der Akten entscheiden konnte.

5.

5.1 Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.4 hiervor), konnte die Vorinstanz wegen der Weigerung des Beschwerdeführers betreffend die notwendige pluridisziplinäre Begutachtung aufgrund der Akten entscheiden. Dabei darf die Beurteilung nicht einzig unter dem Blickwinkel der Mitwirkungspflichtverweigerung erfolgen, sondern es muss die gesamte Aktenlage materiell berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 988/2006 vom 28. März 2007 E. 7 und Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichts I 90/04 vom 6. Mai 2004, E. 4 mit Hinweisen).

Die Vorinstanz zog die Vorakten aus dem Verfahren C-4781/2009 und dem vorliegenden Verfahren bei, was sich aus der Auflistung in der angefochtene Verfügung ergibt (vgl. Vorakten 143), und stützte sich bei deren Würdigung und der Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auf die Stellungnahmen ihres regionalen ärztlichen Dienstes vom 26. Februar 2009, 21. Dezember 2009, 30. April 2010, 5. September 2011, 19. März 2012, 18. September 2012, 9. April 2013, 18. Juli 2013, 17. Oktober 2013 und 6. Juni 2014 (vgl. Vorakten 17, 34, 42, 61, 72, 83, 102, 112, 123, 142).

Die Vorinstanz nahm somit eine umfassende materielle Beurteilung der vorhandenen Akten vor.

5.2 Mit Urteil C-4781/2009 vom 8. April 2011 hielt das Bundesverwaltungsgericht betreffend die Arztberichte vom 29. September 2008 (Vorakten 4),

12. August 2008 (Vorakten 13), 12. Mai 2008 (Vorakten 14) und 3. Juli 2009 (Vorakten 30) fest, dass diesen kein Beweiswert zukomme und daher auf sie nicht abgestellt werden könne. Ausserdem wurde in E. 3.2.3.3 auf Röntgen- und Kernspintomographieaufnahmen vom 29. Juni 2009 hingewiesen, welche sich nicht bei den Akten befanden und damals vom RAD nicht beigezogen worden waren.

Im vorliegenden Verfahren C-4166/2014 hat die Vorinstanz sämtliches Bildmaterial beim Beschwerdeführer einverlangt, auch die Aufnahmen vom 29. Juni 2009. Der Beschwerdeführer reichte MRI-Aufnahmen der dorsalen Wirbelsäule vom 31. Januar 2009, 26. Juni 2009, 29. Juni 2009, 9. Februar 2010 und 30. April 2012 ein. MRI-Aufnahmen der cervikalen Wirbelsäule wurde, obwohl die Vorinstanz den Beschwerdeführer explizit danach fragte, bis dato nicht eingereicht.

Die Vorinstanz holte bei ihrem RAD betreffend dem Bildmaterial eine Stellungnahme ein (Vorakten 102) und folgte damit dem Urteil C-4781/2009.

5.3 Im Folgenden ist zu prüfen, ob gestützt auf die seit dem Urteil C-4781/2009 eingereichten Unterlagen eine Beurteilung des Gesundheitszustandes nun möglich ist und sich die Leistungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen lässt.

5.3.1 Der RAD-Arzt Dr. D. _____ nahm am 9. April 2013 (Vorakten 102) eingehend zum radiologischen Dossier Stellung und hielt insbesondere fest, es würden zervikale, dorsale und lumbale Standardradiologiebilder, sowie MRI-Bilder der dorsalen und lumbalen Wirbelsäule existieren, jedoch sei kein MRI betreffend die zervikale Wirbelsäule aktenkundig. Der Hinweis, dass Standardradiologiebilder nicht ausreichen würden, um eine eventuelle Bandscheibenhernie zu visualisieren (vgl. S. 2 derselben Stellungnahme), ist nachvollziehbar.

In den radiologischen Berichten vom 31. Januar 2009 und vom 9. Februar 2010 wurde von Hand C6/C7 durch D6/D7 korrigiert, wobei nicht ersichtlich ist, wer diese Korrektur vorgenommen hat. Der Beschwerdeführer gab im Schreiben vom 13. Dezember 2011 (Vorakten 68/2) selber an, die Diagnose Diskushernie C6/C7 sei falsch, er leide an einer Diskushernie auf der Höhe D6/D7. Somit besteht kein hinreichender Beleg für das Vorhandensein einer Diskushernie bei der Halswirbelsäule.

Dr. D. _____ hielt weiter fest, die MRI-Aufnahmen zeigten "bombements discaux" auf der Höhe L4/L5 und L5/S1 sowie "une petite hernie discale paramediane droite" auf der Höhe D6/D7 ohne Myelopathie.

Den Unterlagen ist somit eine Diskusprotrusion auf der Höhe D6/D7 zu entnehmen.

5.3.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist eine bildgebend ausgewiesene Protrusion kein ausreichender Beweis für eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2015 vom 19. Mai 2015 E. 4.3), vielmehr stellt sich die Frage, wie sich diese auf den Gesundheitszustand auswirkt.

Dr. E. _____ hielt am 12. März 2014 fest (Vorakten 135, 137), der Beschwerdeführer sei vorstellig geworden wegen verstärkter Schmerzsymptome und daraus folgenden Funktionseinbussen. Er berichte darüber hinaus über Parästhesien in beiden oberen Gliedmassen und im Brustbereich, sowie Parästhesien und Kraftverlust in den unteren Gliedmassen. Bei der Untersuchung sei ein Perkussionsschmerz in den Dornfortsätzen T6 und T7 aufgetreten.

Der RAD wies anlässlich seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2014 darauf hin, im Arztbericht von Dr. E. _____ würden die funktionellen Einbussen nicht klar beschrieben (Vorakten 142). Es sei ein "testing sensitivmoteur" notwendig (Vorakten 123); ohne Untersuchung der subjektiven Beschwerden ("irradiation douloureuse, baisse de force, perte sensitive") und ohne den neurologischen Status ("faiblesse, déficit sensitif, asymétrie des réflexes") zu kennen, könne keine Beurteilung des Gesundheitszustandes vorgenommen werden (Vorakten 102). Diese Einschätzung des RAD ist nachvollziehbar und schlüssig. Die Notwendigkeit von weiteren medizinischen Untersuchungen wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten.

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass den Akten zwar das Vorhandensein einer Protrusion auf der Höhe D6/D7 zu entnehmen ist, jedoch mangels entsprechender Tests, nicht beurteilt werden kann, ob Funktionseinbussen vorhanden sind, welche die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen.

6.

Der angefochtenen Verfügung ist zu entnehmen, dass die Vorinstanz vom Vorhandensein einer Diskusprotrusion der Thoraxwirbelsäule ohne nachgewiesene neurologische Defizite ausging, was den Einschätzungen ihres

RAD entspricht und unter Berücksichtigung der vorhandenen Akten und der Unmöglichkeit einer pluridisziplinären Untersuchung nicht zu beanstanden ist. Hierbei kann es sich jedoch nicht um eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers handeln, denn eine solche wäre erst nach erfolgter pluridisziplinärer Begutachtung möglich.

Ist der medizinische Sachverhalt nicht bekannt, so kann auch nicht beurteilt werden, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Beschwerdeführer arbeitsunfähig ist. Der RAD äusserte sich im vorliegenden Verfahren zurecht nicht zur Arbeitsfähigkeit, sondern hielt einzig fest, es bedürfe einer pluridisziplinären Begutachtung (Vorakten 142, 123).

Dennoch befand die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung vom 20. Juni 2014, der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit zu 40% arbeitsunfähig und in einer Verweisungstätigkeit zu 100% arbeitsfähig, was einen Invaliditätsgrad von 24% ergäbe. Die Verfügung enthält bezüglich der Berechnung keine Begründung. Da die Zahlen mit denjenigen im Einkommensvergleich vom 19. März 2009 (Vorakten 18) übereinstimmen, ist davon auszugehen, dass die Vorinstanz diesen behelfsweise beigezogen hat, da sich die neueren RAD-Berichte (zurecht) nicht zur Arbeitsfähigkeit äussern.

Der Einkommensvergleich stützt sich auf die Stellungnahme von Dr. N. _____ vom 26. Februar 2006 (Vorakten 17/2), betreffend welcher das Bundesverwaltungsgericht bereits mit Urteil C-4781/2009 vom 8. April 2011 Erwägung 3.3 und 3.4 festgehalten hat, dass dieser kein Beweiswert zukommt und darauf nicht abgestellt werden kann, die Vorinstanz vielmehr nach erfolgter Ergänzung des medizinischen Sachverhalts einen neuen Einkommensvergleich zu erstellen habe. Die Vorinstanz hat somit zu Unrecht den Einkommensvergleich vom 19. März 2009 beigezogen.

Entgegen der Vorinstanz kann bei einem ungeklärt gebliebenen Sachverhalt und einer nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellbaren Arbeitsunfähigkeit, keine Beurteilung der Leistungsfähigkeit erfolgen und damit auch der Invaliditätsgrad nicht festgestellt werden.

Ob eine Invalidität vorliegt oder nicht, kann mit den vorhandenen Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Der Beschwerdeführer trägt hierfür die Beweislast, womit seine Beschwerde vom 18. Juli 2014 abzuweisen

und die angefochtene Verfügung vom 20. Juni 2014 im Ergebnis zu bestätigen ist.

7.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

7.1

Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1'000.- festzulegen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Für das vorliegende Verfahren sind die Verfahrenskosten auf Fr. 400.- festzusetzen und dem Beschwerdeführer als unterlegene Partei aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden. Der zusätzlich einbezahlte Betrag von Fr. 18.11 ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten.

7.2 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 IVSTA 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]). Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 418.11 entnommen. Der Restbetrag von Fr. 18.11 wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Karin Wagner

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: