



---

Abteilung III  
C-549/2012

## Urteil vom 21. Mai 2014

---

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),  
Richter Vito Valenti, Richter Christoph Rohrer,  
Gerichtsschreiberin Karin Wagner.

---

Parteien

**X.** \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Anspruch auf Invalidenrente, Verfügung vom 21. Dezember 2011.

**Sachverhalt:****A.**

X.\_\_\_\_\_ (*im Folgenden: Beschwerdeführer*), geboren am (Datum) 1957 (Vorakten 3), Staatsangehöriger von Kroatien, arbeitete in den Jahren 1988 bis 1996 in der Schweiz als Maurer und entrichtete in dieser Zeit Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten 2, 3). Über den kroatischen Versicherungsträger reichte der Beschwerdeführer eine Anmeldung zum Bezug einer schweizerischen Invalidenrente ein, welche der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: IVSTA* oder Vorinstanz) weitergeleitet wurde und dort am 8. November 2010 einging (Vorakten 6).

**B.**

Die IVSTA holte Informationen und Arztberichte beim Beschwerdeführer ein (Vorakten 47), welche sie ihrem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) vorlegte. Aufgrund der Stellungnahme des RAD vom 24. Juni 2011 (Vorakten 92), wonach der Beschwerdeführer an lumbalen Bandscheibenschäden mit Radikulopathie (M51.1), Zervikalneuralgie (M54.2) und beidseitig beginnender Coxarthrose leide und in der angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig, in einer Verweisungstätigkeit jedoch zu 100% arbeitsfähig sei, teilte die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 26. Juli 2011 mit, sein Gesuch müsse abgelehnt werden (Vorakten 94). Mit Schreiben vom 1. September 2011 (Vorakten 104) reichte der Beschwerdeführer weitere ärztliche Unterlagen ein, welche die Vorinstanz wiederum ihrem ärztlichen Dienst unterbreitete. Gestützt auf die Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes vom 16. Dezember 2011 (Vorakten 106) wies die Vorinstanz das Gesuch des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 21. Dezember 2011 ab (Vorakten 107).

**C.**

Am 23. Januar 2012 (act. 1) reichte der Beschwerdeführer gegen die Verfügung der Vorinstanz vom 21. Dezember 2011 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht ein. Darin beantragte er sinngemäss, die Zusprechung einer ganzen Rente mit der Begründung, er könne aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr auf dem Bau arbeiten und auch keine Verweisungstätigkeit ausüben.

**D.**

In ihrer Vernehmlassung vom 23. Februar 2012 (act. 6) beantragte die Vorinstanz, die Abweisung der Beschwerde und verwies zur Begründung auf die Stellungnahmen des RAD-Arzt (Vorakten 92, 106), wonach der

Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei.

**E.**

Der mit Verfügung vom 15. Mai 2012 (act. 8) einverlangte Kostenvorschuss, ging am 4. Juni 2012 bei der Gerichtskasse ein (act. 10).

**F.**

Mangels Eingang einer Replik wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 15. Juni 2012 geschlossen (act. 11).

**G.**

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Beweismittel wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.**

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA vom 21. Dezember 2011, mit welcher das Gesuch um Ausrichtung einer Rente der schweizerischen Invalidenversicherung abgewiesen wurde.

**1.1** Gemäss Art. 31 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

**1.2** Nach Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 Verfü-

gung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

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

**1.4** 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).

## **2.**

**2.1** Da der Beschwerdeführer Staatsangehöriger Kroatiens ist und in Kroatien lebt, finden die Bestimmungen des Abkommens vom 9. April 1996 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.291.1; nachfolgend: Abkommen) Anwendung. Demnach bestimmt sich die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, für den Beschwerdeführer als Staatsangehöriger Kroatiens allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 2 bis 4 des Abkommens), insbesondere dem IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), dem ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

**2.2** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen materiellrechtlichen Bestimmungen anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329 und BGE 130 V 445). 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*: 21. Dezember 2011) 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 finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Dezember 2011 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung der streitigen Verfügung von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IVG-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7) und Invalidität (Art. 8) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008) nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

### **3.**

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

**3.1** Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

Den Akten kann entnommen werden, dass bei frühestmöglichem Anspruchsbeginn die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt war (Vorakten 2, 3, 91).

**3.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). 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 (vgl. Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. Art. 7 ATSG).

Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a und BGE 102 V 165). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern – wenn erforderlich – auch in zumutbaren andern Bereichen, in sog. Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

**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 Invalidenverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind 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** Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD) zur Verfügung (Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> Satz 1 IVG). Die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> Satz 2 und 3 IVG).

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

**3.5.1** Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

**3.5.2** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

**3.5.3** 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 352 E. 3a).

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 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des 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).

**3.5.4** 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).

**3.5.5** Auf Stellungnahmen eines RAD oder der ärztlichen Dienste 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 Regionalärztliche Dienst (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).

**3.6** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres (Wartezeit) ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 Abs. 1 ATSG) sind (Bst. b und c). Vorbehältlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen ist bei Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland in diesem Zusammenhang eine Arbeitsunfähigkeit bzw. ein Invaliditätsgrad von 50% gefordert (vgl. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Das vorliegend anwendbare Sozialversicherungsabkommen sieht diesbezüglich keine Ausnahme vor (vgl. Art. 5 Abs. 2 Abkommen Kroatien).

#### **4.**

Im Folgenden ist in Würdigung der relevanten Dokumente zu beurteilen, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig erhoben

und richtig gewürdigt und das Leistungsbegehren zu Recht mangels anspruchsbegründender Invalidität abgewiesen hat, was vom Beschwerdeführer bestritten wird.

#### 4.1 Den Akten sind die folgenden medizinischen Berichte zu entnehmen:

- Die Kurzarztberichte von Dr. med. A.\_\_\_\_\_, Allgemeinspital B.\_\_\_\_\_, vom 21. Dezember 2010 (Vorakten 64), 4. Februar 2010 (Vorakten 83) und 30. August 2011 (Vorakten 99) enthalten Diagnosen, welche aufgrund von verwendeten ungewöhnlichen Abkürzungen unverständlich sind. Im Weiteren berichtete Dr. med. A.\_\_\_\_\_ am 12. Dezember 2005 (Vorakten 65), 28. Dezember 2005 (Vorakten 65), 23. Januar 2006 (Vorakten 66), 25. Januar 2008 (Vorakten 74), 9. Juli 2008 (Vorakten 75), 29. Mai 2009 (Vorakten 75) und 20. August 2009 (Vorakten 75) der Beschwerdeführer habe Schmerzen bei der Lendenwirbelsäule, welche in die Beine ausstrahlen würden. Er verordnete Physiotherapie und den Besuch bei einem Neurologen und Neurochirurgen (Vorakten 64, 65, 66, 75). Dr. med. A.\_\_\_\_\_ berichtete am 23. September 2010, der Beschwerdeführer habe sich einer stationären Physiotherapie unterzogen, welche eine vorübergehende Besserung gebracht habe (Vorakten 87). Am 30. August 2011 hielt Dr. med. A.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer könne nicht lange sitzen oder stehen (Vorakten 99).
- Der Beschwerdeführer war in der Zeit von 5. Juni 2006 bis 21. Juni 2006 (Vorakten 67) im Universitätsspital C.\_\_\_\_\_ hospitalisiert und musste sich wegen einer Diskushernie auf der Höhe der Lendenwirbelsäule L4-L5 operieren lassen. Es wurde eine Interlaminektomie C4/L5 rechts mit Mikrodiskektomie und vier Tage später, am 13. Juni 2006, eine Nachoperation mit Entfernung des Bandscheibenvorfalles durchgeführt. Die behandelnden Ärzte der neurochirurgischen Abteilung des Universitätsspitals C.\_\_\_\_\_ hielten fest, nach der zweiten Operation sei der Beschwerdeführer ohne Schmerzen gewesen. Am 12. Dezember 2007 (Vorakten 77) berichtete der behandelnde Arzt des Universitätsspitals C.\_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer leide an Schmerzen, das EMNG habe ergeben, dass leichte chronische neurogene Läsionen auf der Höhe L5-S1 vorliegen würden. Eine weitere Operation sei nicht angezeigt. Der Gesundheitszustand sei definitiv. Der Beschwerdeführer könne definitiv nicht mehr in seiner angestammten Tätigkeit arbeiten. Es müsse bei der Invaliditätskommission eine Evaluation betreffend der Arbeitsfähigkeit durchgeführt werden.

Am 9. September 2011 (Vorakten 102) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei auf Dauer arbeitsunfähig.

- In der Zeit vom 14. Juli 2006 bis 4. August 2006 (Vorakten 68), vom 6. November 2007 bis 21. November 2007 (Vorakten 73), vom 9. Januar 2009 bis 23. Januar 2009 (Vorakten 76) sowie vom 31. März 2010 bis 21. April 2010 (Vorakten 85) wurde der Beschwerdeführer stationär in der Spezialklinik für medizinische Rehabilitation in D.\_\_\_\_\_ physiotherapeutisch behandelt, was eine Besserung der Symptomatik ergab, jedoch hatte der Beschwerdeführer immer noch Schmerzen in der zervikalen Wirbelsäule. Die Therapeuten empfahlen dem Beschwerdeführer schnelle Bewegungen und physische Anstrengungen zu meiden. Die Ärzte diagnostizierten eine beidseitige Lumboischialgie sowie einen Status nach Interlaminektomie L4/L5 rechts mit Mikrodiskektomie und Foraminotomie L5 rechts am 9. Juni 2006 und Hemilaminektomie L4 rechts mit Foraminotomie der Wurzel L5 rechts und Restbandscheibenentfernung am 13. Juni 2006 (Vorakten 71).
- Die Ärzte der Radiologieabteilung des Universitätsspitals C.\_\_\_\_\_ berichteten am 16. Februar 2007 (Vorakten 69), das MRI der lumbosakralen Wirbelsäule habe ergeben, dass der Beschwerdeführer aufgrund von Osteochondrose degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule im Bereich L2-L3, L3-L4 und L4-L5 habe. Die Deckplatte des Wirbels L2 weise eine Hernie de Schmorl auf.
- Dr. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 16. März 2007 (Vorakten 70) und 17. Januar 2008 (Vorakten 70) Status nach Hemilaminektomie L5 vertebral und Entfernung der Bandscheibe L4-L5, Läsion der Wurzel L5-S1. Der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig.
- Dr. F.\_\_\_\_\_, berichtete am 2. November 2007 (Vorakten 72) die Computertomographie (CT) der Lendenwirbelsäule habe ergeben, dass der Beschwerdeführer an einer Hernie de Schmorl auf der Höhe L2, Spondylose auf der Höhe L2-L3 und Arthrose auf der Höhe L4-L5 und L5-S1 leide.
- Dr. G.\_\_\_\_\_, Radiologe, führte am 19. Februar 2009 (Vorakten 78) eine Radiografie der lumbosakralen Wirbelsäule durch und berichtete, aufgrund der Osteochondrose sei die Funktion der L4-L5 und L5-S1 völlig verloren gegangen. Im Weiteren würde Osteoporose, Sklerose, Spondylose und Spondylarthrose vorliegen.

- Dr. H.\_\_\_\_\_, Neurologe des Allgemeinspitals B.\_\_\_\_\_, führte am 22. Dezember 2009 beim Beschwerdeführer eine Elektromyoneurografie durch und berichtete (Vorakten 81), es bestehe eine schwere chronische radikuläre Läsion des Spinalnervs L4 rechts, eine leichte chronische radikuläre Läsion des Spinalnervs L4 links und weitere Spinalnervenläsionen (L5 links, S1 beidseits; C6, C7, C8 [Th1] links). Die neurografische Analyse ergäbe eine sensomotorische Polyneuropathie des Nerves der in den Fuss münde von unbestimmter Ätiologie. Der Beschwerdeführer müsse physische Anstrengungen meiden und einen Neurologen konsultieren.
- Am 12. Februar 2010 (Vorakten 84) wurde beim Beschwerdeführer eine Computertomographie (CT) der Wirbelsäule vorgenommen, welche im Bereich L3-S1 und C6-Th1 Spondylarthrose, Spondylose und Osteochondrose sichtbar machte.
- Am 15. Juli 2010 (Vorakten 86) wurde beim Beschwerdeführer eine Magnetresonanztomographie (MRI) der zervikalen Wirbelsäule durchgeführt, was degenerative Veränderungen sichtbar machte.
- Am 10. Februar 2009 (Vorakten 77), 10. April 2009 (Vorakten 77) und 26. September 2009 (Vorakten 79) berichtete Dr. I.\_\_\_\_\_, Neurochirurg, der Beschwerdeführer habe Schmerzen und leide an Osteochondrose. Er verordnete Physiotherapie. Im Weiteren hielt Dr. I.\_\_\_\_\_ in seinen Arztberichten vom 10. Februar 2009 (Vorakten 77), 29. September 2010 (Vorakten 88), 5. August 2011 (Vorakten 100) und 31. August 2011 (Vorakten 101) fest, der Beschwerdeführer leide an degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und diagnostizierte Status nach Hemilaminektomie L5 vertebral und Entfernung der Bandscheibe L4-L5, sowie Cervicobrachialsyndrom.
- Am 24. August 2011 (Vorakten 98) wurde beim Beschwerdeführer ein MRI der lumbosakralen Wirbelsäule durchgeführt, welches degenerative Veränderungen der Wirbelsäule auf der Höhe L1 bis L5 sichtbar machte.
- Dr. K.\_\_\_\_\_ der Rheumatologieabteilung des Universitätsspitals C.\_\_\_\_\_ hielt in seinem undatierten Bericht fest (Vorakten 103), aufgrund des Verlustes der Motoneuronen in den Muskeln der Füße, müsse von einer chronischen neurogenen Läsion der Spinalwurzeln L5, S1, L3 und L4 ausgegangen werden.

- Dr. L.\_\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 13. Oktober 2010 und erstellte für die kroatische Invalidenversicherung einen medizinischen Bericht (Vorakten 90). Sie stützte sich bei ihrer Beurteilung auf ihre eigenen Untersuchungen und die medizinischen Vorakten und diagnostizierte: zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie M50.1, zervikozepales Syndrom M53.0, Postlaminektomie-Syndrom M96.1 und beidseitige Lumboischialgie M54.4. Der Beschwerdeführer sei seit dem 8. Mai 2008 invalid. Zusammenfassend kam Dr. L.\_\_\_\_\_ zum Schluss, der Beschwerdeführer könne seine bisherige und alle körperlich anstrengenden Tätigkeiten nicht mehr ausüben. Er sei zu 60% bis 70% arbeitsunfähig.

**4.2** Die Vorinstanz legte die medizinischen Berichte ihrem regionalen ärztlichen Dienst vor. Dr. M.\_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, nahm am 24. Juni 2011 (Vorakten 92) und 16. Dezember 2011 (Vorakten 106) Stellung und führte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beidseitige Lumboischialgie durch Bandscheibenschäden mit Ausfallsyndrom M51.1 und Zervikalneuralgie M54.2 auf und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beidseitig beginnende Coxarthrose. Der Beschwerdeführer sei seit 5. Dezember 2005 in seiner angestammten Tätigkeit arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ausserhalb der Spitalaufenthalte 100% arbeitsfähig. Dabei müsse beachtet werden, dass der Beschwerdeführer Pausen brauche, abwechselnd sitzend und stehend arbeiten müsse, nicht mehr als 5kg tragen könne und nur beschränkt auf unebenem Boden gehen könne. Desweiteren könne der Beschwerdeführer keine repetitiven Überkopfarbeiten ausführen, keine Rotationsbewegungen des Rumpfes ausüben und keine nach vorne geneigte Position einnehmen. Werde dies berücksichtigt, könne der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeiten.

Dr. M.\_\_\_\_\_, RAD Arzt, stützte sich bei seiner Stellungnahme zwar auf das Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_\_, erörtert aber nicht, warum er von der von Dr. L.\_\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeit von 60 - 70% und den von Dr. L.\_\_\_\_\_ diagnostizierten Leiden abweicht. Die Stellungnahme von Dr. M.\_\_\_\_\_ ist daher weder nachvollziehbar noch schlüssig. Hinzukommt, dass Dr. M.\_\_\_\_\_ als Allgemeinarzt nicht über die nötige fachliche Qualifikation verfügt, um die komplexen Rückenleiden des Beschwerdeführers richtig einzuschätzen. Der Stellungnahme des RAD-Arztes kommt somit kein Beweiswert zu, womit sich die Vorinstanz zu Unrecht darauf abstützte.

Die aktenkundigen kroatischen Arztberichte sind meist kurz gehalten und ermöglichen keine schlüssige Beurteilung darüber, ob und gegebenenfalls inwieweit die physischen Leiden des Beschwerdeführers Krankheitswert aufweisen und wie sie sich auf seine Arbeitsfähigkeit auswirken. Entgegen der Beurteilung des RAD-Arztes kann jedoch ein invalidisierendes Rückenleiden nicht ausgeschlossen werden. Die Häufigkeit der Spitalaufenthalte und die Befunde lassen eine Verschlechterung erkennen: Im Jahre 2006 war die Wirbelsäule auf der Höhe L4-L5 betroffen (Vorakten 68), im Jahre 2009 zusätzlich auf der Höhe L5-S1 (Vorakten 78), C3-C4, C5-C6 und C6-C7 (Vorakten 80, 82) und schliesslich im Jahre 2010 auch noch auf der Höhe L3 und L4 (Vorakten 102). Daher ist es durchaus möglich, dass der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit nicht zu 100% arbeitsfähig ist.

**4.3** Es stellt sich die Frage, ob auf den Bericht von Dr. L.\_\_\_\_\_ abgestellt werden kann. Auf einen ärztlichen Bericht kann nur abgestellt werden, wenn er den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügt und zudem die beigezogenen Ärztinnen und Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Auf das Erfordernis eines spezialärztlichen Titels kann ausnahmsweise grundsätzlich dann verzichtet werden, wenn dem untersuchenden resp. beurteilenden Arzt aktuelle Berichte und allenfalls bildgebende Untersuchungsunterlagen von entsprechend ausgebildeten Fachärztinnen oder Fachärzten zur Verfügung stehen und die bei einer versicherten Person vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht überaus komplex sind (vgl. etwa Urteile des BVGer C-4781/2008 vom 28. Juni 2010 und C-4016/2009 vom 31. Januar 2011, E. 3.2.1.). Dr. L.\_\_\_\_\_ ist Allgemeinmedizinerin, womit fraglich ist, ob sie über die rechtsprechungsgemäss geforderte fachärztliche Qualifikation verfügt, um die komplexen Rückenleiden zu beurteilen (vgl. Urteil 8C\_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen). Wie bereits erwähnt sind die kroatischen Berichte kurz gehalten und ermöglichen keine schlüssige Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Somit konnte sich Dr. L.\_\_\_\_\_ nicht auf ärztliche Berichte von Spezialärzten stützen, welchen Beweiswert zukommt. Daher kann auch auf das Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden.

Ohne Durchführung ergänzender fachärztlicher Abklärungen ist das Bundesverwaltungsgericht daher nicht in der Lage, zu beurteilen, ob und gegebenenfalls ab wann und infolge welcher Leiden beim Beschwerdefüh-

rer eine anspruchsbegründende Invalidität eingetreten ist. Deshalb ist der Beschwerdeführer in der Schweiz multidisziplinär zu untersuchen.

#### **5.**

Von der Frage der Arbeitsfähigkeit ist die Frage der Eingliederungsfähigkeit zu unterscheiden. Die Verwaltung hat vorgängig abzuklären, ob und in welchem Mass der Versicherte infolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise erwerbstätig sein könnte und die Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten vermag (vgl. zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts 9C\_368/2010 vom 31. Januar 2011 E. 5.1; 9C\_921/2009 vom 22. Juni 2010 E. 5.3; 9C\_141/2009 vom 5. Oktober 2009 E. 2.3).

Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass die Vorinstanz die Frage der Eingliederungsfähigkeit geprüft hätte.

#### **6.**

Die Vorinstanz hat somit den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Die Beschwerde ist daher insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 21. Dezember 2011 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird (Art. 61 Abs. 1 VwVG). Dieses Vorgehen rechtfertigt sich, da im vorinstanzlichen Verfahren rechtserhebliche medizinische Fragen vollständig ungeklärt geblieben sind (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

#### **7.**

Die Vorinstanz ist anzuweisen, eine umfassende multidisziplinäre medizinische Begutachtung bei Spezialärzten (und/oder Spezialärztinnen) durchführen zu lassen. Im Rahmen der Abklärungen sind die Fragen hinsichtlich Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers und hinsichtlich ihres bisherigen Verlaufs abzuklären und ein rechtsgenügendes Zumutbarkeitsprofil erstellen zu lassen. Mit Blick auf die gesamten Umstände hat die entsprechende Begutachtung in der Schweiz stattzufinden. Nach Vorliegen der entsprechenden gutachterlichen Berichte hat die Vorinstanz neu zu verfügen.

**8.**

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

**8.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E 6). Der unterliegenden Vorinstanz sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG und Art. 6 Bst. B des Reglementes vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR. 173.320.2]).

**8.2** Weder der nicht anwaltlich vertretene obsiegende Beschwerdeführer noch die unterliegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 und 3 VGKE).

Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

### **1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Verfügung vom 21. Dezember 2011 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

### **2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 400.- wird nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils dem Beschwerdeführer rückerstattet.

### **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 diese Entscheidung kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss den Art. 82ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG SR 173.110) gegeben sind. Die Rechtschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Un-

terschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: