



## Urteil vom 19. Dezember 2014

---

Besetzung

Richter Maurizio Greppi (Vorsitz),  
Richter Beat Weber,  
Richter Vito Valenti,  
Gerichtsschreiber Milan Lazic.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenrente; Verfügung der IVSTA vom  
5. Dezember 2012.

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

Der am (...) 1958 geborene und in seiner Heimat Serbien wohnhafte A. \_\_\_\_\_ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) übte von 1980 bis 2001 – mit Unterbrüchen – in der Schweiz diverse Hilfstätigkeiten aus und war bis zu seinem Wegzug in sein Heimatland am 10. Januar 2006 der obligatorischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) unterstellt. Aufgrund von anhaltenden Rückenbeschwerden, die im Jahre 1999 während seiner damaligen Tätigkeit als Verkäufer Folge zweier Verhebetraumen waren, meldete er sich am 6. Februar 2001 bei der dazumal zuständigen IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons X. \_\_\_\_\_ (*im Folgenden: SVA X. \_\_\_\_\_*) zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen/Rentenanspruch) an. Nachdem die SVA X. \_\_\_\_\_ die erforderlichen Abklärungen – insbesondere in Form eines interdisziplinären Gutachtens vom 14. Juni 2002 – vorgenommen hatte, lehnte sie sämtliche Leistungsbegehren mit Verfügung vom 12. September 2002 ab. Mit in Rechtskraft erwachsenem Urteil vom 23. Juni 2003 wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons X. \_\_\_\_\_ eine dagegen erhobene Beschwerde ab (vgl. zum Ganzen das den vorinstanzlichen Akten beigelegte, nicht paginierte Dossier der SVA X. \_\_\_\_\_).

**B.**

**B.a** Am 14. August 2007 zeigte der Beschwerdeführer über seinen Vertreter bei der SVA X. \_\_\_\_\_ an, dass sich sein Gesundheitszustand seit der letzten Beurteilung verschlechtert habe. Mit Schreiben vom 25. September 2007 ersuchte er die SVA X. \_\_\_\_\_, die Akten aufgrund seines Wegzugs in sein Heimatland zuständigkeitshalber der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*) zu überweisen. Mit Eingabe vom 12. Februar 2008 setzte er die Vorinstanz über die Korrespondenz mit der SVA X. \_\_\_\_\_ in Kenntnis und reichte zugleich medizinische Unterlagen ein. Mit Schreiben vom 15. Mai 2008 ersuchte die Vorinstanz ihrerseits die SVA X. \_\_\_\_\_ um Überweisung der Akten (vgl. das Dossier der SVA X. \_\_\_\_\_ sowie die vorinstanzlichen Akten [*im Folgenden: Dok.*] 1 f.).

**B.b** Nachdem die Vorinstanz vom serbischen Sozialversicherungsträger am 10. März 2010 das für das zwischenstaatliche Verfahren notwendige Anmeldeformular zusammen mit weiteren medizinischen Unterlagen erhalten hatte, holte sie beim regional ärztlichen Dienst Rhone (RAD) Stellungnahmen ein. Gestützt auf dessen Beurteilungen vom 27. September 2010,

vom 11. Oktober 2010, vom 15. Dezember 2010 sowie vom 1. Februar 2011 stellte die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 21. Februar 2011 mangels Glaubhaftmachung eines verschlechterten Gesundheitszustandes ein Nichteintreten auf das neue Gesuch in Aussicht (vgl. Dok. 3-46).

**B.c** Mit gegen diesen Vorbescheid erhobenem Einwand vom 24. Februar 2011 (Dok. 47) sowie ergänzenden Eingaben vom 17. März 2011 (Dok. 53), vom 1. April 2011 (Dok. 49) sowie vom 1. Februar 2012 (Dok. 58) vertrat der Beschwerdeführer die Meinung, er sei aufgrund seiner physischen und psychischen Beschwerden mindestens zu 70% arbeitsunfähig. Den Eingaben waren jeweils weitere medizinische Unterlagen beigelegt, die dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet wurden (vgl. Dok. 50-52, 54 sowie 58-73). Gestützt auf dessen Stellungnahmen vom 11. Juli 2011, vom 6. und 13. September 2011, vom 4. und 7. November 2011 (Dok. 54), vom 10. und 12. April 2012 sowie vom 16. Mai 2012 (Dok. 73) ersetzte die Vorinstanz ihren Vorbescheid vom 21. Februar 2011 durch den neuen Vorbescheid vom 24. Mai 2012, mit welchem sie dem Beschwerdeführer eine vom 1. Mai 2008 bis zum 31. März 2009 befristete halbe Rente in Aussicht stellte (vgl. Dok. 74). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens, in welchem weitere medizinische Unterlagen eingebracht und dem RAD zur Beurteilung unterbreitet worden waren, hielt die Vorinstanz mit Verfügung vom 5. Dezember 2012 an den im Vorbescheid vom 24. Mai 2012 dargelegten Feststellungen fest und sprach dem Beschwerdeführer vom 1. Mai 2008 bis zum 31. März 2009 eine befristete halbe Rente zu (vgl. Dok. 75-98).

### **C.**

Gegen diese Verfügung reichte der Versicherte durch seinen Vertreter mit Eingabe vom 7. Januar 2013 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht ein und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab dem 1. August 2006. In seiner ergänzenden Beschwerdebegründung vom 14. Januar 2013 machte er unter Verweis auf die beigelegten medizinischen Dokumente erneut geltend, dass er aufgrund seiner physischen und psychischen Beschwerden ab dem 1. August 2006 Anspruch auf eine ganze IV-Rente habe (BVGer act. 1 f.).

**D.**

Den mit Zwischenverfügung vom 16. Januar 2013 eingeforderten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- (BVGer-act. 3) leistete der Beschwerdeführer am 24. Januar 2013 (BVGer-act. 5).

**E.**

Am 7. Februar 2013 sowie am 13. Mai 2013 reichte der Beschwerdeführer unaufgefordert weitere Beweismittel ein, welche der Vorinstanz am 13. Februar 2013 und am 16. Mai 2013 weitergeleitet wurden (BVGer-act. 7 f. sowie 11 f.).

**F.**

Mit Vernehmlassung vom 30. Mai 2013 (BVGer-act. 13) beantragte die Vorinstanz die Gutheissung der Beschwerde und Rückweisung der Sache zwecks psychiatrischer Begutachtung in der Schweiz. Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme des RAD vom 16. Mai 2013 (Dok. 102), wonach in den neu eingereichten Berichten im Gegensatz zu den im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Dokumenten erstmals Symptome aufgeführt würden, die tatsächlich auf eine hirnorganische Störung hindeuteten.

**G.**

Der Beschwerdeführer vertrat mit Replik vom 7. Juni 2013 den Standpunkt, es sei nicht nur eine psychiatrische, sondern eine interdisziplinäre Begutachtung durchzuführen, da er auch unter verschiedenen physischen Beschwerden leide (vgl. BVGer-act. 15). Mit unaufgeforderter Eingabe vom 13. Juni 2013 reichte der Beschwerdeführer zudem einen weiteren ärztlichen Bericht vom 10. Juni 2013 sowie ein Scheidungsurteil vom 13. November 2012 nach (BVGer-act. 17). Diese Eingabe wurde der Vorinstanz mit Verfügung vom 18. Juni 2013 zur Kenntnis gebracht (BVGer-act. 18).

**H.**

Mit Duplik vom 26. September 2013 schloss die Vorinstanz auf Abweisung der Beschwerde vom 7. Januar 2013. Zur Begründung verwies sie auf die beim RAD eingeholten Stellungnahmen vom 17. Juli 2013 sowie vom 17. September 2013, wonach der Facharzt für Psychiatrie zur zweifelsfreien Schlussfolgerung gelangt sei, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. Januar 2012 aufgrund einer vaskulären Demenz wiederum eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit aufweise. Da dies eine Neuerkrankung darstelle, gelange die Bestimmung betreffend das Wiederaufleben einer Invalidität nicht zur Anwendung. Unter Berücksichtigung der einjährigen Wartefrist sei der

Rentenanspruch auf eine ganze IV-Rente somit am 1. Januar 2013 entstanden, d.h. erst nach dem Datum der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2012. Die Frage der Entstehung des Rentenanspruchs befinde sich daher ausserhalb des beurteilungsrelevanten Zeitraums und könne lediglich Gegenstand eines neuen, an die Verwaltung zu richtenden Leistungsgesuchs bilden (BVGer-act. 23).

**I.**

Mit Stellungnahme vom 15. Oktober 2013 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Er machte insbesondere geltend, dass aus eingereichten Berichten hervorgehe, die vaskuläre Demenz sei bereits anfangs 2005 diagnostiziert worden (BVGer-act. 25).

**J.**

Mit Verfügung vom 18. Oktober 2013 wurde die Triplik der Vorinstanz zur Kenntnis gebracht und der Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen geschlossen (BVGer-act. 26).

**K.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

### **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]; Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 [VwVG, SR 172.021]; siehe auch Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Die formgerechte Beschwerde wurde rechtzeitig beim Bundesverwaltungsgericht eingereicht (Art. 20 Abs. 3, Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde vom 7. Januar 2012 einzutreten.

**2.**

**2.1** Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

**2.2** 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. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

**2.3** Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136). 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). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweismässigkeit; vgl. UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER/MARTIN BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Zürich 2013, Rz. 153 und 537; GYGI, a.a.O., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 469 E. 4a, BGE 120 1b 229 E. 2b, BGE 119 V 344 E. 3c mit Hinweisen).

**2.4** Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. FRITZ GYGI, a.a.O., S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

### **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Serbien und hat dort seinen Wohnsitz (vgl. Dossier der SVA X. \_\_\_\_\_ sowie Dok. 2), weshalb das im Verhältnis zur Republik Serbien bis heute gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung kommt (vgl. BGE 139 V 263 E. 3). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenrente gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz den Rentenbeginn und die Entstehung des Rentenanspruchs korrekt festgelegt hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens).

**3.2** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 5. Dezember 2012 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Für die Bestimmung der anwendbaren rechtlichen Grundlagen ist dabei grundsätzlich auf den Eintritt des Versicherungsfalles abzustellen, weshalb das IVG und das der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der jeweiligen Fassung Anwendung finden, sowohl bezüglich des Rentenbeginns als auch der Entstehung des Rentenanspruchs (vgl. Urteil des BGer 9C\_693/ 2012 vom 8. Juli 2013 E. 3; BGE 138 V 475 E. 2; Urteil des BVer C-2234/2012 vom 17. April 2014 E. 6.3.2).

#### **4.**

**4.1** Die Vorinstanz ist vorliegend auf die Neuanschuldung eingetreten und ist in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG verfahren. Sie hat die Sache materiell abgeklärt und festgestellt, dass sich der Grad der Invalidität seit der Verfügung der SVA X.\_\_\_\_\_ vom 12. September 2002 (Referenzzeitpunkt), die vom Sozialversicherungsgericht des Kantons X.\_\_\_\_\_ mit rechtskräftigem Urteil vom 23. Juni 2003 bestätigt wurde, insofern in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat, als dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ab dem 21. Mai 2007 zu 100% und ab dem 18. Juli 2007 zu 50% arbeitsunfähig war. Spätestens ab dem 22. Dezember 2008 sei dem Beschwerdeführer jedoch eine adaptierte Tätigkeit wiederum zu 100% zumutbar gewesen. Dementsprechend hat sie dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. Dezember 2012 eine vom 1. Mai 2008 bis zum 31. März 2009 befristete halbe Rente zugesprochen (vgl. zum Ganzen Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV in der bis zum 31. Dezember 2011 gültigen Fassung; BGE 133 V 263 E. 6 sowie BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 E. 1b mit Hinweisen).

**4.2** Der Beschwerdeführer macht demgegenüber sinngemäss geltend, dass sich sein Gesundheitszustand nicht nur vorübergehend, sondern dau-

ernst verschlechtert habe und er daher einen Anspruch auf eine unbefristete, ganze IV-Rente seit dem 1. August 2006 habe. Dies ist im Folgenden zu prüfen.

## **5.**

**5.1** 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 Beiträge an die die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen und der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

Den Akten der Vorinstanz kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer in der Zeitspanne von 1980 bis 2006 in der Schweiz obligatorisch der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung unterstellt war (vgl. Dok. 97 S. 4 sowie 98 S. 6) und somit die gesetzliche Mindestbeitragsdauer ohne Zweifel erfüllt.

**5.2** 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 oder geistigen 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).

**5.2.1** Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem solchen von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente.

**5.2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 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). Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG), was laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c).

**5.3** 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).

**5.3.1** 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

**5.3.2** 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 Beurtei-

lung 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 BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

**5.3.3** 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 den 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).

**5.3.4** 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).

**5.3.5** Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom

15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C\_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

**5.3.6** Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person durch den RAD 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. Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbe fund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen (Urteile des BGer 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371).

## 6.

**6.1** Das erste Leistungsgesuch des Beschwerdeführers wurde gestützt auf das Gutachten des Schwyzer Zentrums für Medizin in Betrieb und Arbeit (*im Folgenden: SYMBA*) vom 14. Juni 2002 abgelehnt. Das Sozialversicherungsgericht X. \_\_\_\_\_ hat diese Verfügung mit dem in Rechtskraft erwachsenen Urteil vom 23. Juni 2003 bestätigt. Im interdisziplinären Gutachten wurden als klinische und strukturelle Diagnosen Rückenschmerzen, eine somatoforme Schmerzstörung im Sinne von nicht proportionaler Schmerzintensität in Relation zum strukturellen und klinischen Befund,

eine Dysthymie sowie eine hypochondrische Störung aufgeführt. Hinsichtlich der Restarbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht in einem arbeitsrelevanten Ausmass eingeschränkt war. Aufgrund der somatischen Beschwerden hingegen war der Beschwerdeführer in der Tätigkeit als Lebensmittelverkäufer nur noch zu 64% arbeitsfähig. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kehrichtsammler resultierte ebenfalls eine Leistungsminderung im Umfang von 60%. In leichten, den Behinderungen angepassten Tätigkeiten (wechselbelastend ohne Zwangshaltungen) erachteten die Gutachter den Beschwerdeführer jedoch zu 100% arbeitsfähig. Gestützt auf diese Beurteilung ermittelten sowohl die SVA X. \_\_\_\_\_ als auch das Sozialversicherungsgericht des Kantons X. \_\_\_\_\_ einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad (vgl. zum Ganzen das nicht paginierte Dossier der SVA X. \_\_\_\_\_).

**6.2** Nach Eingang des neuen Gesuchs kündigte die Vorinstanz gestützt auf die Stellungnahmen des regional ärztlichen Dienstes Rhone (RAD) vom 27. September 2010, vom 11. Oktober 2010, vom 15. Dezember 2010 sowie vom 1. Februar 2011 mit Vorbescheid vom 21. Februar 2011 zunächst noch an, mangels Glaubhaftmachung eines verschlechterten Gesundheitszustandes auf das neue Gesuch nicht einzutreten (vgl. Dok. 5, 10-13, 17-24, 26-37, 41 sowie 45 f.).

**6.2.1** Da im darauf folgenden Vorbescheidverfahren weitere – teilweise auch bereits bekannte – medizinische Unterlagen aus dem Zeitraum vom 26. Juni 2007 bis zum 25. Februar 2011 eingereicht wurden (vgl. Dok. 47-53), wurde der RAD erneut konsultiert. Dabei holte die für den Fall verantwortliche Fachärztin für allgemeine innere Medizin, Dr. med. L. \_\_\_\_\_, bei den Fachärzten Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und bei Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Fachärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation, jeweils eine interne Stellungnahme ein. In der Beurteilung vom 7. November 2011 wurden als Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach akuter Polyradikulitis (Guillan-Barré-Syndrom; ICD-10: G61.0) und als Nebendiagnose – ebenfalls mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – ein chronisches zervikolombospondylogenes Syndrom links (ICD-10: M54.2, M54.5) mit degenerativen Veränderungen im Sinne einer Spondylose, Bandscheibenprotrusion sowie bei Achsenskelett mit teilweise fixierter S-förmiger Kyphoskoliose der Lendenwirbelsäule mit beginnenden, noch altersentsprechenden degenerativen Veränderungen (ICD-10: 41.9) festgestellt. Des Weiteren

wurden anamnestisch als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach zwei Unfällen, vermutlich Rippenfraktur rechts (November 1999), ein Status nach Metatarsale-Fraktur links (März 2002), eine Hyperlipidämie, ein Fundus Hypertonicus, eine akute Polyneuroradikulitis sowie eine funktionelle Dyspepsie festgestellt (vgl. Dok. 54 S. 10).

**6.2.1.1** In psychiatrischer Hinsicht legte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ bereits vorher dar, dass die psychiatrischen Berichte allesamt ziemlich ungenau seien. Der Schweregrad der diagnostizierten primären, majoren Depression werde nicht genannt. Die medikamentöse Behandlung mit Zoloft (50 mg/d) sei leicht und würde bei einer erheblich schweren majoren Depression nicht genügen. Der dokumentierte Alkoholabusus sei ein wichtiges Element für jede psychiatrische Beurteilung, werde jedoch lediglich vom Internisten beiläufig erwähnt. Beim Beschwerdeführer fänden sich keine Hinweise für andauernde Symptome mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, so dass sich auf psychiatrischem Fachgebiet keine relevanten Veränderungen im Vergleich zu den Vorakten feststellen liessen (interne Stellungnahme vom 27. September 2010 [Dok. 26]).

**6.2.1.2** Aus somatischer Sicht lasse sich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Erwerbstätigkeit während einer akuten neurologischen Erkrankung mit der Notwendigkeit intensiver stationärer Behandlungsmassnahmen zwischen dem 21. Mai 2007 und dem 17. Juli 2007 begründen. Nach Beendigung der Rehabilitationsmassnahmen habe der Beschwerdeführer wieder ohne Hilfsmittel gehen und auch erschwerte Gangarten sowie Hockstellungen vollständig bewältigen können. Dies begründe eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 30% in der bisherigen und auf 50% in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Ab dem Datum des EMG-Befundes vom 22. Dezember 2007 (recte: 22. Dezember 2008), der zwar eine sensible jedoch keine motorische Polyneuropathie der Beine zeige, könne eine volle Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit attestiert werden. Die Diagnose eines stattgehabten zerebrovaskulären Insults (Hirnschlag) mit halbseitiger Lähmung lasse sich anhand der Unterlagen nicht erhärten. Die Kraftminderung an oberen und unteren Extremitäten sei nicht objektivierbar und insbesondere die EMG-Untersuchung bezüglich Motorik sei normal ausgefallen. Zudem sei ein CT des Schädels vom 6. Januar 2010 unauffällig gewesen. Auch liessen sich keine Befunde objektivieren, die die weitere Verdachtsdiagnose eines Spinalis-anterior-Syndromes erhärten würden (vgl. Dok. 54).

**6.2.2** Nachdem der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 1. Februar 2012 nebst bereits aktenkundigen auch neue ärztliche Berichte aus dem Zeitraum vom 12. April 2010 bis zum 30. Dezember 2011 eingereicht hatte, hielten die RAD-Ärzte mit Stellungnahme vom 16. Mai 2012 an ihrer bisherigen Beurteilung fest, erachteten jedoch neu die Wirbelsäulenproblematik als Hauptursache für die Leistungseinschränkungen, währenddem das Guillan-Barré-Syndrom lediglich noch als Nebebefund mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde. Des Weiteren wurden neu eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erhoben (vgl. Dok. 58, 60-71 sowie 73). Gestützt darauf stellte die Vorinstanz mit neuem Vorbescheid vom 24. Mai 2012 die Zusprache einer vom 1. Mai 2008 bis zum 31. März 2009 befristeten halben IV-Rente in Aussicht (vgl. Dok. 74).

**6.2.3** Gestützt auf die infolge des Vorbescheids neu eingereichten ärztlichen Berichte aus Serbien aus dem Zeitraum vom 17. Januar 2012 bis zum 15. Juni 2012 (vgl. Dok. 75-78 sowie 85 f.) wurde neu eine Gonarthrose rechts mit altersentsprechenden Veränderungen (und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) als Befund erhoben. In psychiatrischer Hinsicht legte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seinen internen Stellungnahmen vom 12. Juli 2012 sowie vom 25. Oktober 2012 dar, dass in den neuen psychiatrischen Berichten Symptome aus dem Formenkreis der Depressionen (innere Spannung, Heruntergestimmtheit, Antriebsschwäche, Schlaflosigkeit, Freudlosigkeit, Appetitstörung) genannt würden. Diese Symptome würden gemäss Angaben durch äussere Probleme verstärkt, was allerdings entsprechend dem Referenzwerk nicht charakteristisch für eine primäre, majore Depression sei. Die festgestellte Verlangsamung des formalen Denkablaufs sei hingegen wiederum charakteristisch für eine primäre Depression. Diese könne jedoch auch durch Alkoholeinwirkung bedingt sein, was sich anhand der Unterlagen nicht feststellen lasse. Die Diagnose einer hirnanorganischen (psychoorganischen) Störung sei demgegenüber durch die angegebenen Symptome keineswegs belegt. Ein zerebrovaskulärer Insult habe nicht objektiviert werden können, was zur Annahme führe, dass vorliegend leichtfertig eine solche Diagnose gestellt worden sei. Im Gegensatz zu früheren Berichten finde sich nun eine psychopharmakologische Behandlung mit einem wirksamen Antidepressivum in einer erheblichen Dosis (Maprotilin 75mg/d), wie man sie für "echte" Depressionen anzuwenden pflege. Die RAD Ärzte sahen letztlich keinen Anlass, ihre bisherigen Beurteilungen abzuändern (vgl. Dok. 88 sowie 95). Gestützt darauf erliess die

Vorinstanz schliesslich die den Vorbescheid vom 24. Mai 2012 stützende Verfügung vom 5. Dezember 2012 (vgl. Dok. 96 und 98).

**6.3** Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss geltend macht, es sei hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die serbischen Berichte abzustellen, ist ihm zu entgegnen, dass die Dokumente – soweit sie sich überhaupt zur Leistungsfähigkeit äussern – nicht den Anforderungen an die Beweiskraft genügen. Zum einen ist unklar, ob die attestierte reduzierte Arbeitsfähigkeit sämtliche Tätigkeiten umfasst oder ob sie sich lediglich auf den angestammten Beruf bezieht. Zum anderen äussern sie sich nicht zum Umfang der Leistungsminderung. Daher kann nicht auf diese Beurteilungen abgestellt werden (vgl. E. 5.3.2 hiervor).

**6.3.1** Jedoch ist vorliegend vom 21. Mai 2007 (wenn nicht gar vom 19. Mai 2007; vgl. dazu Dok. 32 S. 1 f.) bis zum 17. Juli 2007 zweifellos eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten ausgewiesen, erforderte doch das Auftreten einer akuten Erkrankung intensive stationäre Behandlungsmassnahmen in einem Spital sowie in zwei Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Dok. 20-22 sowie Dok. 32). Eine zuvor eingetretene Arbeitsunfähigkeit lässt sich hingegen entgegen den sinngemässen Behauptungen des Beschwerdeführers aufgrund der eingereichten medizinischen Berichte nicht begründen. Im vorliegend beurteilungsrelevanten Zeitraum datieren lediglich die wenigen Kurzberichte der ehemaligen Hausärztin des Beschwerdeführers Dr. med. W. \_\_\_\_\_ vor dem Jahr 2007. Diese thematisieren jedoch ausschliesslich die bereits bekannten Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bereits im Erstgesuchsverfahren im somatischen Teil des SYMBA-Gutachtens vom 14. Juni 2002 einlässlich beurteilt wurden. Eine seit dem 12. September 2002 erhebliche Zunahme der Rückenbeschwerden und eine damit einhergehende erhebliche gesundheitliche Verschlechterung im rentenrelevanten Ausmass kann den Berichten von Dr. med. W. \_\_\_\_\_ jedenfalls nicht entnommen werden, entsprechen die geklagten Beschwerden doch weitestgehend dem im SYMBA-Gutachten vom 14. Juni 2002 beschriebenen Zustand (vgl. Dok. 77 S. 3-8 und das nicht paginierte Dossier der SVA X. \_\_\_\_\_).

**6.3.2** Nicht zu beanstanden ist des Weiteren die Beurteilung des RAD, wonach dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands nach Abschluss der stationären Rehabilitationsmassnahmen vom 18. Juli 2007 bis zur EMG-Untersuchung vom 22. Dezember 2007 (von der Vorinstanz zu Recht auf den 22. Dezember 2008

korrigiert; vgl. Dok. 30, Dok. 56 sowie Dok. 96 f.) in behinderungsadaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50% sowie ab dem 22. Dezember 2008 von 100% zugemutet werden könne. Denn gemäss Austrittsbericht des Spitals B. \_\_\_\_\_ vom 18. Juli 2007 zeigte der Beschwerdeführer ein freies Gangbild; insbesondere waren der Zehen- sowie Fersengang und das Gehen in der Hocke vollständig durchführbar. Indessen war die Bewegung der linken Schulter leicht gemindert und der Beschwerdeführer verspürte immer noch Schmerzen in derselben Rückenpartie. Ferner werden im Austrittsbericht eine Kraftminderung an oberen und unteren Extremitäten wie auch Parästhesien an beiden Unterschenkeln angeführt. Daher erweist sich die Beurteilung, wonach nach Abschluss der Reha in leidensangepassten Tätigkeiten eine Leistungseinschränkung von 50% bestand, als nachvollziehbar begründet (vgl. Dok. 33).

**6.3.3** Ebenso begründet der RAD schlüssig, weshalb dem Beschwerdeführer spätestens ab dem 22. Dezember 2008 wieder leichte, behinderungsangepasste Tätigkeiten (wechselbelastend, ohne Heben und Tragen von Gewichten über 5 kg, ohne repetitives Treppengehen, ohne Gehen auf längeren Strecken, ohne Besteigen von Leitern und von Gerüsten) in vollem Umfang zugemutet werden konnten, wird doch darauf hingewiesen, dass der Elektromyografische Befund vom 22. Dezember 2008 unauffällig geblieben ist und lediglich eine sensible, jedoch keine motorische Polyneuropathie gezeigt hat (vgl. Dok. 30). Überdies entspricht das vom RAD dem Beschwerdeführer attestierte Leistungsbild weitestgehend dem im neurologischen Arztbericht aus Serbien vom 24. November 2008 umschriebenen. Dasselbe Leistungsbild wird in der Folge in einem weiteren neurologischen Bericht vom 13. August 2009 bestätigt (vgl. Dok. 12 S. 10 und S. 19). Schliesslich weist die intern konsultierte RAD-Ärztin Dr. med. R. \_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 4. November 2011 zutreffend darauf hin, dass ein CT des Schädels vom 6. Januar 2010 unauffällig war. Darauf hat auch die serbische Ärztin Dr. med. V. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 18. Januar 2010 hingewiesen (vgl. Dok. 51 S. 19-22 und Dok. 54 S. 12).

**6.4** Dennoch erweisen sich die Feststellungen des RAD in somatischer Hinsicht im beurteilungsrelevanten Zeitraum als unvollständig. Noch vor Erlass des Vorbescheids vom 24. Mai 2012 (Dok. 74) wird im Bericht vom 26. April 2010 erstmals von einer – wenn auch nur sekundären – Koxarthrose (ICD-10: M16.7) berichtet. Die Hüftbeschwerden werden in der Folge in den Berichten vom 26. April 2010, vom 2. Juni 2010, vom 24. Februar 2011, vom 9. Mai 2011, vom 21. Oktober 2011, vom 22. November 2011

sowie vom 28. Mai 2012 ebenfalls thematisiert (vgl. Dok. 50 S. 4 und S. 11, Dok. 51 S. 3, S. 7 f. und S. 13 f., Dok. 62 S. 9, Dok. 65 f., Dok. 69 sowie Dok. 90). Auf diese Erkrankung ist der RAD in seinen Stellungnahmen nicht eingegangen, weshalb für das Bundesverwaltungsgericht nicht nachvollziehbar ist, ob die Hüftbeschwerden allenfalls Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen.

**6.4.1** Ebenfalls ungenügend eingegangen sind die RAD-Ärzte auf die Gonarthrose. Zwar wird in der abschliessenden Stellungnahme vom 20. Juli 2012 eine Gonarthrose rechts als Nebendiagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (vgl. Dok. 95). Diese Feststellung weicht jedoch von den serbischen Befunderhebungen ab, erwähnen doch die Berichte vom 18. November 2011, vom 22. November 2011, vom 29. Dezember 2011, vom 17. Januar 2012 sowie vom 28. Mai 2012 eine degenerative Veränderung in beiden Knien (vgl. Dok. 64-66, Dok. 86 S. 3 sowie Dok. 90). Woher die Feststellung herrührt, dass die Gonarthrose keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe, ist vorliegend nicht nachvollziehbar.

**6.4.2** Des Weiteren wird im Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 24. Februar 2011 wieder ein erschwertes Gangbild beschrieben. Die serbische Ärztin berichtet, dass der Beschwerdeführer auf Gehhilfen angewiesen sei. Sowohl der Gang auf Zehenspitzen als auch der Fersengang seien – selbst mit einer Stütze – beeinträchtigt. Die Bewegung der Hüfte sei zudem leicht reduziert und schmerzhaft (vgl. Dok. 51 S 3 f.). Auch auf diesen Umstand sind die RAD-Ärzte nicht eingegangen, obschon die RAD-Ärztin Dr. med. R. \_\_\_\_\_ diesen Bericht noch anlässlich der internen Stellungnahme vom 20. Juli 2011 in ihre Beurteilung miteinbezogen hatte (vgl. Dok. 54 S. 4). Der serbische Orthopäde Dr. med. P. \_\_\_\_\_ erwähnt in seinem Bericht vom 29. Dezember 2011 ferner, dass der Beschwerdeführer auch nicht mehr in der Lage sei zu knien (vgl. Dok. 64). Dr. med. M. \_\_\_\_\_ berichtet überdies am 3. Juni 2011 von einem unsicheren und instabilen Gang des Beschwerdeführers, sobald er den Stock beiseite lege (vgl. Dok. 67). Auch die Berichte vom 9. Mai 2011, 22. November 2011 sowie 28. Mai 2012 beschreiben diesen Umstand (vgl. Dok. 65, 69 und 90).

**6.4.3** Kommt hinzu, dass, obschon sich zunächst der Verdacht hinsichtlich eines stattgehabten zerebrovaskulären Insultes nicht erhärten liess (vgl. Dok. 32), in den serbischen Berichten vom 24. Februar 2011, vom 21. Oktober 2011, vom 22. November 2011 sowie vom 28. Mai 2012 in der Anamnese wiederum ein Status nach einem Hirnschlag aufgeführt wird (vgl. Dok.

32, Dok. 51 S. 3 f., Dok. 62 S. 9, Dok. 65 sowie Dok. 90). Im Bericht des Gefässchirurgen Dr. med. U. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2011 wird des Weiteren erstmals eine Stenose (Verengung) der internen Halsschlagader erwähnt (Stenosis ACI = Arteria-carotis-interna-Stenose, vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch 2013, S. 154; vgl. Dok. 62 S. 13). Auf diese Befunde sind die RAD-Ärzte in ihren Stellungnahmen ebenfalls nicht eingegangen. Bereits aus diesen Gründen erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend ermittelt, weshalb sich eine Rückweisung zwecks ergänzender Abklärungen rechtfertigt.

**6.5** Auch in psychiatrischer Hinsicht wären ergänzende Abklärungen angezeigt gewesen, gründeten doch Dr. med. H. \_\_\_\_\_ Stellungnahmen letztlich auf ungenügender Aktenlage. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ selbst legt am 27. September 2010 dar, dass die psychiatrischen Berichte aus Serbien ungenau sind. Freilich lag es in diesem Zeitpunkt am Beschwerdeführer, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da in diesem Verfahrensstadium der Untersuchungsgrundsatz insofern noch nicht spielte (vgl. Urteil BGer 9C\_236/2011 vom 8. Juli 2011 E. 2.1.2).

**6.5.1** Da allerdings die Vorinstanz gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 7. November 2011 auf das neue Begehren des Beschwerdeführers letztlich eingetreten ist und die Sache materiell geprüft hat (vgl. dazu die weiteren Abklärungen seitens der IVSTA, Dok. 54-59), hätte sie aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) auch in psychiatrischer Hinsicht weitere Abklärungen vornehmen müssen. Denn Dr. med. H. \_\_\_\_\_ wies insbesondere im Rahmen der internen Stellungnahmen vom 12. Juli 2012 und vom 25. Oktober 2012 nochmals darauf hin, dass auch ein Alkoholabusus depressive Symptome verursache, die aber bei Abstinenz wieder verschwinden würden. Mangels genügender Angaben zum Alkoholkonsum sei unklar, ob die genannten depressiven Symptome auf eine primäre Depression zurückzuführen seien oder ob sie durch Alkoholabusus verursacht oder allenfalls verstärkt würden (vgl. Dok. 88 S. 2-4 sowie Dok. 95 S. 7-11). Obwohl der Psychiater nach eigenen Angaben über ungenügende Informationen verfügte, nahm er eine abschliessende Beurteilung vor. Eine rein auf Akten basierende Stellungnahme bedingt jedoch, dass der medizinische Sachverhalt lückenlos vorliegt. Die Akten müssen demnach ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben (vgl. E. 5.3.6 hiervor), was vorliegend offensichtlich nicht der Fall ist.

**6.5.2** Auch hinsichtlich der erstmals am 15. April 2011 erwähnten hirnrorganischen Störung (ICD-10: F06.9; vgl. Dok. 62 S. 16) hätte die Vorinstanz weitere Nachforschungen tätigen müssen, auch wenn die medizinischen Berichte gemäss Dr. med. H. \_\_\_\_\_ keine für diese Erkrankung typischen Symptome enthalten. Denn Dr. med. H. \_\_\_\_\_ schloss das hirnrorganische Psychosyndrom auch aufgrund der Tatsache aus, dass zufolge Dr. med. L. \_\_\_\_\_ der zerebrovaskuläre Insult nicht habe objektiviert werden können. Diesbezüglich wurde allerdings bereits dargelegt, dass die RAD-Ärzte den ab 2011 erwähnten Umständen, wonach der Beschwerdeführer unter eine Stenose der internen Halsschlagader leide und aktenanamnestisch einen Hirnschlag erlitten habe, keine Beachtung geschenkt haben (vgl. E. 6.4.4 hiervor). Die weiter nicht belegte Begründung des RAD-Psychiaters, wonach serbische Ärzte leichtfertig die Diagnose einer hirnrorganischen Störung stellen würden, genügt daher nicht, um auf weitere Abklärungen zu verzichten.

**6.6** Dieses Versäumnis ist vorliegend jedoch insofern ohne Belang, als Dr. med. H. \_\_\_\_\_ dank neuer im Beschwerdeverfahren eingereicherter Berichte zur zweifelsfreien Schlussfolgerung gelangte, dass der Beschwerdeführer neu an einer vaskulären Demenz erkrankt ist, die eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten zur Folge hat.

**6.6.1** Der RAD-Arzt fasst in seiner mit Duplik eingereichten Stellungnahme vom 17. September 2013 einlässlich zusammen, dass sich das Krankheitsbild dank der neuen Dokumente einwandfrei zusammensetzen lasse. Die Berichte der klinischen Psychologin K. \_\_\_\_\_ vom 4. Januar 2013 und des Neuropsychiaters Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 22. Januar 2013 legten das Vorliegen eines hirnrorganischen Psychosyndroms erheblichen Schweregrades mit zeitweiliger Verwirrung, zeitlicher Desorientiertheit und einem Mini-Mental-Status (MMS) von 18 glaubhaft dar. Die Angaben des Gefässchirurgen Dr. med. U. \_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2013 sowie der Fachärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation Dr. med. S. \_\_\_\_\_ vom 10. Juni 2013 belegten, dass der Beschwerdeführer an einer generalisierten Arteriosklerose mit einer peripheren Arteriopathie, einem Insult ab 2007 sowie einem ab 2012 progredienten hirnrorganischen Psychosyndrom im Sinne einer beginnenden vaskulären Demenz leide. Der Insult sei durch den Bericht von Dr. med. S. \_\_\_\_\_ im Gegensatz zu früher gut dokumentiert. Für diese Form der Demenz seien ein wellenartiges Fortschreiten sowie eine langsame Zunahme des Schweregrades typisch. Die vaskuläre Demenz stelle eine Neuerkrankung dar, die in einem Kausalzusammenhang mit der generalisierten Arteriosklerose stehe. Letztere habe allerdings

bei der früheren Beurteilung keine Rolle gespielt (vgl. zum Ganzen Dok. 102 und die Beilagen von BVGer-act. 2, 7, 13, 17 sowie 23).

**6.6.2** Dr. med. H. \_\_\_\_\_ Ausführungen, wonach der Beschwerdeführer an einer vaskulären Demenz erkrankt ist und es sich dabei um eine Neuerkrankung handelt, sind schlüssig und nachvollziehbar. Ebenfalls schlüssig ist, dass diese Erkrankung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Jedoch bestehen gewisse Zweifel, ob die Arbeitsunfähigkeit erst ab Januar 2012 eingetreten ist. Entgegen der Aussage des RAD-Psychiaters taucht die Diagnoseziffer F06.9 (hirnorganisches Psychosyndrom) nicht erst ab dem Jahr 2012 in den Behandlungsblättern auf, sondern wird erstmals in den Berichten der Psychiaterin Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ vom 15. April 2011 sowie vom 3. Juni 2011 aufgeführt (vgl. Dok. 62 S. 10 und 16). Dieselbe Diagnoseziffer wird ausserdem im neurologischen Bericht vom 3. Juni 2011 erwähnt. Im selben Bericht ist darüber hinaus erstmals eine Merkfähigkeitsstörung dokumentiert (Dok. 71). Die Merkfähigkeitsstörung hat Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seiner mit Vernehmlassung eingereichten Stellungnahme vom 16. Mai 2013 als eines von mehreren Symptomen aufgelistet, das auf das Vorhandensein eines hirnorganischen Psychosyndroms hindeuten könnte (vgl. Dok. 71 und 102). Schliesslich wurde auch bereits auf die eine Stenose der internen Halsschlagader sowie einen Status nach Hirnschlag erwähnenden Berichte hingewiesen, die hinsichtlich der Neuerkrankung in einem Zusammenhang stehen könnten (vgl. 6.4.4 sowie E. 6.5.1 hiervor). Daher wird die Vorinstanz auch in Bezug auf den Eintritt der durch die Neuerkrankung verursachten Arbeitsunfähigkeit ergänzende Abklärungen vornehmen müssen.

## 7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt unvollständig erhoben und beurteilt wurde. Aus somatischer Sicht wurden vom RAD die am 26. April 2010 erstmals erwähnte Koxarthrose überhaupt nicht und die ab dem 18. November 2011 aufgeführte bilaterale Gonarthrose nur ungenügend bzw. ohne jegliche Begründung abweichend von den serbischen Berichten beurteilt. Zum ab dem 24. Februar 2011 geschilderten erschwerten Gangbild des Beschwerdeführers hat der RAD ebenfalls keine Stellung bezogen. Aus psychiatrischer Sicht wurde der in den serbischen Berichten erwähnte Alkoholabusus nicht näher untersucht, obwohl dies gemäss RAD-Psychiater ein wesentliches Element für die psychiatrische Beurteilung ist. Schliesslich bedarf es hinsichtlich der durch die vaskuläre Demenz verursachten totalen Arbeitsunfähigkeit ergänzender Ab-

klärungen, da entgegen der Aussage von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die Diagnoseziffer F06.9 bereits vor dem Januar 2012 in den Behandlungsblättern aufgeführt wird. Unter diesen Umständen rechtfertigt sich eine Rückweisung an die Vorinstanz zur Vervollständigung der Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

Daher ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 5. Dezember 2012 aufzuheben und die Sache gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen, den medizinischen Sachverhalt – soweit vorhanden – mittels weiterer detaillierter Arztberichte ergänzend abzuklären und anschliessend eine interdisziplinäre fachärztliche Gesamtbeurteilung in orthopädischer/rheumatologischer, neurologischer, internistischer/chirurgischer und psychiatrischer Hinsicht durchführen zu lassen und schliesslich über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen.

## **8.**

**8.1** Bei diesem Verfahrensausgang werden dem obsiegenden Beschwerdeführer und der Vorinstanz keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 1 e contrario und Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**8.2** Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

**8.3** Als obsiegende Partei hat der nicht-anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 VwVG in Verbindung mit Art. 7, Art. 9 und Art. 10 VGKE). Seitens des Vertreters wurde keine Kostennote eingereicht, weshalb die Parteientschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des aktenkundigen und notwendigen Aufwandes wird die von der Vorinstanz zu leistende Parteientschädigung auf Fr. 1000.- festgelegt (inkl. Auslagen, Mehrwertsteuer ist nicht geschuldet; vgl. Art. 64 Abs. 2 VwVG).

Dispositiv auf S. 23



**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 5. Dezember 2012 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägung 7 verfähre und anschliessend neu verfüge.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Die Vorinstanz wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils eine Parteientschädigung von Fr. 1'000.- auszurichten.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Rückerstattungsformular)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. \_\_\_\_\_; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Maurizio Greppi

Milan Lazic

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid 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. 82 ff., 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 Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: