

BVGer C-1476/2015 vom 20. November 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1476_2015

FR: TAF C-1476/2015 du 20 novembre 2017

IT: TAF C-1476/2015 del 20 novembre 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gestützt auf Art. 3 Bst. dbis VwVG findet dieses Gesetz in Sozialversicherungssachen jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist, was gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG für die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70) zutrifft, soweit das IVG nicht ausdrücklich davon abweicht.

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Damit ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ist ungarisch-schweizerische Doppelbürgerin und hat ihren Wohnsitz in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die

Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA noch die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1).

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 28. Januar 2015) eintraten, im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 130 V 329 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen). Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Die Beschwerdeführerin reichte im Beschwerdeverfahren zehn neue, vor Verfügungserlass entstandene Arztberichte ein (vgl. den Sachverhalt Bst. G.). Die vorbestehenden Berichte sind als unechte Noven für den vorliegenden Entscheid zu berücksichtigen.

E. 2.3

Die Sache beurteilt sich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. 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). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 28. Januar 2015 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Die Beschwerdeführerin hat sich am 14. August 2003 zum Bezug von Leistungen angemeldet (vgl. dazu sogleich E. 2.4). Ihr allfälliger Leistungsanspruch bestimmt sich ab dem 1. Januar 2003 nach dem IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2000 (AS 2002 3371 und 3453) respektive ab dem 1. Januar 2004 nach dem IVG in der Fassung vom 21. März 2003 (AS 2003 3837; 4. IV-Revision) und ab dem 1. Januar 2008 nach den Bestimmungen der 5. IV-Revision (Fassung vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129) sowie nach der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen der 3., 4. und 5. IV-Revision). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des BGer 8C_373/2008

vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden An-spruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht.

E. 2.4

Nach Art. 29 des IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2000 und vom 21. März 2003 (nachfolgend: aIVG) entsteht der Anspruch auf Ausrichtung der IV-Rente frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Bst. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen war (Bst. b). Für den Fall, dass sich eine versicherte Person mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs angemeldet hat, bestimmt Art. 48 Abs. 2 aIVG, dass Leistungen grundsätzlich - vorbehältlich verspäteter Kenntnisnahme durch die versicherte Person - lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet werden. Gemäss Art. 30 IVG in allen vorliegend relevanten Fassungen erlischt der IV-Rentenanspruch mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung oder mit dem Tod des Berechtigten. Die Beschwerdeführerin erlitt am 15. Juli 2002 einen Myokardinfarkt (vgl. IV-act. 30/3 ff., IV-act. 33/1) und meldete sich gemäss Vermerk der deutschen Rentenversicherung im Formular 204 D (Anmeldung zur Invaliditätsrente) am 14. August 2003 zum Leistungsbezug an (vgl. IV-act. 20/6). Auf dieses Anmeldedatum kann abgestellt werden, zumal es zwischen der Beschwerdeführerin und der Vorinstanz nicht strittig ist (vgl. IV-act. 37 in fine). Am (...) 2009 vollendete die Beschwerdeführerin das 64. Lebensjahr; seit dem (...) 2009 hat sie demnach Anspruch auf eine Altersrente der Schweizerischen Alters- und Hinterlassenenversicherung (Art. 21 Abs. 1 Bst. b und Abs. 2 Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG, SR 831.10]). Nach eigenen Angaben bezieht sie seit diesem Zeitpunkt eine Altersrente (vgl. IV-act. 14). Der vorliegend massgebliche Prüfungszeitraum definiert sich damit nach Art. 29 und 48 Abs. 2 aIVG sowie Art. 30 IVG. Der Rentenanspruch ist ab August 2002 zu prüfen, wobei eine Rente - aufgrund der Wartezeit von Art. 29 IVG - frühestens ab dem 1. Juli 2003 ausgerichtet werden kann. Eine Invalidenrente kann der Beschwerdeführerin rückwirkend frühestens ab dem 1. Juli 2003 und höchstens bis Ende (...) 2009 zugesprochen werden. Ein darüber hinausgehender Anspruch besteht - unter Vorbehalt von Art. 24b AHVG - nicht.

E. 3.1

Anfechtungsobjekt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung vom 28. Januar 2015, mit welcher die Vorinstanz einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rente mangels einer andauernden Arbeits- respektive Erwerbsunfähigkeit verneinte. Streitig und zu prüfen ist, ob der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt vollständig erhoben wurde und ob sich daraus ein Anspruch auf eine Invalidenrente ergibt.

E. 3.2

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

E. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die AHV und die Invalidenversicherung (IV) geleistet hat.

E. 4.2

Gemäss Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist (nach dem IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2000 besteht ab einem Invaliditätsgrad von $66\frac{2}{3}$ % Anspruch auf eine volle Rente). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, werden nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 28 Abs. 1ter aIVG, Art. 29 Abs. 4 IVG). In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen dieser Bestimmung exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.3

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der zuständigen IV-Stelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c-g IVG).

E. 4.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben.

E. 4.4.1

Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt sie zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f. m. H.).

E. 4.4.2

Im Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Dies bedeutet, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

E. 4.4.3

An Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger sind die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht gebunden (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts.

E. 4.4.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV).

E. 4.4.5

Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person beigebrachten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubehalten. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann nicht abgestellt werden, und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und E. 4.7 S. 471).

E. 4.5

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nicht erwerbstätig einzu-stufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat. Bei einem erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das dieser nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen, nicht erwerbstätigen

Personen gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV).

E. 4.6

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.).

E. 5

Nachfolgend werden die massgeblichen medizinischen Akten zusammengefasst und im Wesentlichen chronologisch dargestellt:

E. 5.1.1

Vor dem vorliegend massgeblichen Prüfungszeitraum (vgl. vorne E. 2.4) trat die Versicherte am 15. Juli 2002 aufgrund von Angina pectoris ins Ortsspital E. _____ (Ungarn) ein und blieb dort bis zum 26. Juli 2002 hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 26. Juli 2002 (IV-act. 30/3 ff.; Übersetzung IV-act. 33/1 ff.) diagnostizierten Dr. F. _____ und Dr. G. _____ einen Myokardinfarkt mit kardiogenem Schock, eine Hypertonie, eine chronische Bronchitis und eine Nierenzyste.

E. 5.1.2

Vom 14. August bis 4. September 2002 hielt sich die Versicherte zur Rehabilitation in der kardiologischen Klinik D. _____ auf. Mit Austrittsbericht vom 3. September 2002 (BVGer-act. 12; Übersetzung BVGer-act. 25) führten Dr. H. _____ (leitender Chefarzt) und Dr. I. _____ (Oberarzt) insbesondere aus, das EKG mit Fahrradbelastung habe signifikante ST-Abweichungen, nicht von Angina begleitet, ergeben. Das EKG Holter-Monitoring 24 Stunden habe 231 ventrikuläre Extrasystolen aus mehreren Herden registriert, in einigen Fällen miteinander verbunden. In einem Fall habe es einen idioventrikulären Rhythmus aus 7 Schlägen gegeben. Mehrfach seien eine signifikante ST-Depression und eine T-Wellen-Inversion registriert worden. Die Patientin habe keine Beschwerden angegeben. Die Doppler-Echokardiographie habe unter anderem eine leichte Relaxationsstörung ergeben. Diagnostiziert wurden eine chronische ischämische Herzkrankheit, Status post infarctus myocardi, eine essentielle Hypertonie und eine stumme Myokardischämie (BVGer-act. 12, Anlage K6 S. 2). Mit Blick auf das klinische Bild, den Befund des Belastungs-EKGs und die stille Ischämie wurde eine Indikation für eine Koronarographie gestellt. Bis dahin wurde die Vermeidung grösserer Belastungen, eine regelmässige ärztliche Kontrolle und eine enge kardiologische Begleitung empfohlen (BVGer-act. 12, Anlage K6 S. 2 f.).

E. 5.1.3

Vom 8. bis 12. November 2012 hielt sich die Versicherte im Departementsspital J. _____ (kardiologische Abteilung) auf. Mit Rapport vom 12. November 2002 (BVGer-act. 14, Anlage K14, S. 3-5; Übersetzung BVGer-act. 25) berichteten Dr. K. _____ (abteilungsleitender Oberarzt) und Dr. L. _____, die Patientin sei bei der Aufnahme beschwerdefrei gewesen. Es wurden eine raue vesikuläre Grundatmung ohne Geräusche,

erhaltene Herzgrenzen und normale, rhythmische Herztöne ohne Geräusche festgestellt. Die Ärzte führten eine Koronarographie mit diagnostischer Katheteruntersuchung am Herzen, transarterieller Linksherz-Katheteruntersuchung und selektiver Arteriographie durch. Die Koronarographie zeigte eine signifikante Dreigefässerkrankung resp. mehrere Verengungen. Ein kardiologisch-hämatologisches Konsilium ergab die Indikation zur Koronararterien-Bypassoperation (BVGer-act. 14, Anlage K 14 S. 4 f.).

E. 5.1.4

Am 12. Dezember 2002 wurde die geplante Operation im Departementsspital J. _____ vorgenommen. Dr. M. _____ (Abteilung kardiologische Chirurgie) berichtete mit Operationsbericht vom selben Tag (IV-act. 30/10; Übersetzung IV-act. 35/5) über einen, abgesehen von einer Blutung von KOP und LIMA herkommend, komplikationslosen Verlauf.

E. 5.1.5

Nach der Operation wurde die Versicherte bis zum 16. Dezember 2002 in der herzchirurgischen Abteilung des Departementsspitals J. _____ weiterbetreut. Dr. N. _____ (abteilungsleitende Oberärztin) und Dr. O. _____ (Facharzt) diagnostizierten mit Bericht vom 16. Dezember 2002 (BVGer-act. 14, Anlage K14 S. 13-14; Übersetzung BVGer-act. 25) eine ischämische Herzkrankheit, St. p. AMI, Hypertonie, Koronararterien-Bypassoperation Standby und funktionelle Störungen nach Herzoperation. In verschiedenen Thoraxaufnahmen zeigte sich linksseitig etwas pleurale Flüssigkeit und Stauung; kein Pneumothorax. Am 16. Dezember 2002 wurde die Patientin mit stabilen Kreislauf- und Atemparametern zur weiteren Behandlung zurück auf den Hotelteil der herzchirurgischen Abteilung verlegt.

E. 5.1.6

Mit Austrittsbericht vom 20. Dezember 2002 (IV-act. 30/7 ff.; Übersetzung IV-act. 35/1 ff. und BVGer-act. 23) stellten Dr. P. _____ (leitender Chefarzt) und Dr. Q. _____ (Stationsarzt) des Departementsspital J. _____ die Diagnosen Ischämie, Angina pectoris, St. nach AMI, und Hypertonie. Die Patientin sei zur Operation der koronaren Stenose zugewiesen worden. Am 12. Dezember 2002 sei eine Koronararterienbypass-Operation Typ IV ohne Rückgriff auf extrakorporale Zirkulation und unter Verwendung von LIMA-Segmenten (linke Brustwandarterie) und der vena saphena (Beinvene) durchgeführt worden. Nach der Operation habe die Rehabilitation mittels Physiotherapie begonnen. Postoperativ habe es keine Probleme gegeben, die Patientin sei hämodynamisch stets im Gleichgewicht gewesen. Die durchgeführten EKG hätten weder Zeichen einer kürzlichen Ischämie noch einer Arrhythmie gezeigt. Das Kontroll-Echo habe eine Ejektionsfraktion (EF) von 50% ohne Ansammlung von Perikardflüssigkeit gezeigt. Die Aggregometrie habe eine ineffektive Aggregationsblockade ergeben, daher sei eine medikamentöse Behandlung eingeleitet worden. Beim Austritt sei der Zustand stabil gewesen.

E. 5.1.7

Anschliessend an den Spitalaufenthalt begab sich die Versicherte vom 20. Dezember 2002 bis 20. Januar 2003 zur Rehabilitation in die kardiologische Klinik D. _____. In ihrem Austrittsbericht vom 17. Januar 2003 (BVGer-act. 12; Übersetzung BVGer-act. 25) hielten Dr. H. _____ (leitender Chefarzt) und Dr. R. _____ (Chefarzt II) fest, es würden keine Beschwerden oder Symptome bestehen, die eine akute Versorgung erfordern würden. Bei der Aufnahme habe dorsal und lateral auf der linken Seite ein gedämpfter Klopfeschall von

zwei bis drei Querfingern bestanden, darüber seien die Atemgeräusche kaum hörbar gewesen. Die Atmung sei rauh gewesen und es habe eine rhythmische normofrequente Herzfunktion bestanden (BVGer-act. 12, Anlage K7 S. 1). Die Thoraxaufnahme in zwei Ebenen vom 23. Dezember 2002 habe auf der linken Seite über dem Zwerchfell einen drei Finger breiten, lateral bis zur VII. Rippe reichenden Flüssigkeitsschatten ergeben. Das EKG mit Fahrradbelastung habe eine leichte hypertensive Reaktion hervorgerufen. Es wurden die Diagnosen chronische ischämische Herzkrankheit, Status post infarctus myocardi, Postkardiotomie-Syndrom, essentielle Hypertonie und stumme Myokard-ischämie gestellt. Im Epikrisebericht wurde vermerkt, dass betreffend die thorakale Flüssigkeitsansammlung nach Gabe von Diuretikum und NSAID eine langsame Resorption begonnen habe. Die Versicherte habe an einem regelmässigen Trainingsprogramm teilgenommen, was sie gut toleriert habe. Zu Hause seien die Fortsetzung des Trainings, die regelmässige kardiologische Kontrolle und die Einnahme der verschriebenen Medikamente empfohlen (BVGer-act. 12, Anlage K7 S. 2).

E. 5.1.8

In einem handschriftlichen Bericht des Ortsspitals E._____ vom 7. Februar 2003 (IV-act. 30/5 f.; Übersetzung IV-act. 34) wurde festgestellt, die Menge der pleuralen Flüssigkeit habe abgenommen, sie sei aber nicht verschwunden.

E. 5.1.9

Am 6. Mai 2003 untersuchten Dr. S._____ und Dr. T._____ die Versicherte (IV-act. 25) und diagnostizierten eine atherosklerotische Herzkrankheit und hohen Blutdruck, St. n. Myokard-Infarkt. St. n. Aortakornar-Bypass/3-Aderkrankheit/Postkardiomisches Syndrom (IV-act. 25/3). Die Versicherte fühle sich schwach und ermüde rasch; die Belastungsmöglichkeiten seien vermindert. Sie habe schwache Muskeln und Schmerzen im Brustkorb, in den Knochen und Rippen sowie an der Wirbelsäule. Zudem leide sie öfters an Kopfschmerzen, manchmal an Schwindel. Sie sei etwas blass, die Atmung sei rauh, manchmal mit pfeifendem Geräusch und nach links würden stärkere rhythmische stumpfe Herztöne bestehen. Am linken Unterbein bestehe ein Anasarka (IV-act. 25/2). Die Kommission habe einen Invaliditätsgrad von 67 % ab dem 1. September 2002 festgestellt, eine Nachuntersuchung sei nicht erforderlich. Schwere körperliche Arbeit werde nicht empfohlen (IV-act. 25/3).

E. 5.2

Mit ausführlichem ärztlichen Bericht E213 HU vom 16. Mai 2006 (IV-act. 26, Übersetzung BVGer-act. 23) berichtete Dr. U._____ (Nationalinstitut für medizinische Gutachten) über seine Untersuchung der Versicherten vom 18. März 2003. Hinsichtlich der aktuellen Beschwerden vermerkte er, aktuell habe sich die Patientin schwach gefühlt, sie ermüde leicht, ihre Belastbarkeit habe abgenommen, sie werde schnell atemlos, ihre Muskeln seien schwach, der Brustkorb schmerze vorne, ebenso schmerzten Knochen, Rippen und die dorsale Wirbelsäule. Das linke Bein sei ständig geschwollen (hier sei ein Gefäss entnommen worden), sie habe häufig Kopfschmerzen, zeitweise Schwindel. Sie sei wetterfühliger. Die aktuelle Behandlung bestehe aus einer kardiologischen Behandlung, einer medikamentösen konservativen Therapie und Rehabilitation (IV-act. 26/2). Die körperliche Untersuchung zeigte eine raue Atmung, ein nach links um einen Querfinger verbreitertes Herz und dumpfe Herztöne sowie Ödeme respektive Anasarka links am Unterschenkel. Die übrigen Untersuchungen waren ohne Befund (IV-act. 26/3 bis 26/5). Der

Versicherungsmediziner diagnostizierte eine atherosklerotische Herzkrankheit (ICD-10: I25.1), primäre Hypertonie (ICD-10: I10) und ein Postkardiotomie-Syndrom, Z.n. nach Myokardinfarkt und Koronararterienbypass. Nach der Koronararterienbypass-Operation habe sich der Zustand langsam gebessert, bei entsprechender Belastbarkeit bestehe eine Normotension (IV-act. 26/8). Betreffend Gesundheitsschädigung und funktionelle Schädigungen wurde festgehalten, nach dem Herzinfarkt bleibe eine Herzmuskelschädigung. Die kardiopulmonale Belastbarkeit sei vermindert (IV-act. 26/8). Zur Arbeitsfähigkeit vermerkte Dr. U._____, die Versicherte sei weiterhin fähig, eine leichte Arbeit regelmässig auszuführen (IV-act. 26/8). Diese dürfe nur ausgeführt werden ohne: Rauch/Gase/Dämpfe; Schichtarbeit; Häufiges Bücken/Anheben/Transport von Gegenständen; Notwendigkeit, auf Rampen/Leitern/Treppen zu steigen; Nachtschicht; Sturzgefahr. Im Übrigen könne die Arbeit nur unter folgenden Bedingungen durchgeführt werden: Arbeitsverrichtung in wechselnder Körperposition; Arbeit ohne Zeitdruck (IV-act. 26/9). Die gelernte Tätigkeit als Maskenbildnerin sei bei voller Arbeitszeit nicht möglich; sie könne während maximal 6 Stunden am Tag ausgeübt werden. In einer Verweistätigkeit könne die Versicherte ebenfalls während 6 Stunden pro Tag arbeiten (IV-act. 26/10). Die gemachten Feststellungen würden unbefristet seit dem 18. März 2003 gelten. Es bestehe die Möglichkeit, den Gesundheitszustand durch kardiologische Rehabilitation zu verbessern (IV-act. 26/10).

E. 5.3

Für die Jahre 2004 bis 2009 liegen weitere Austrittsberichte der kardiologischen Klinik D._____ im Recht.

E. 5.3.1

Betreffend den Aufenthalt vom 1. bis 22. September 2004 berichteten Dr. H._____ und Dr. R._____ mit Rapport vom 21. September 2004 (BVGer-act. 12 Anlage K8; Übersetzung BVGer-act. 25), seit der Operation seien keine beengenden Schmerzen im Brustkorb mehr aufgetreten. Bei der Aufnahme hätten über der Lunge bronchovesikuläre Atmung und dumpfe, rhythmische Herztöne bestanden; Geräusche seien nicht zu hören gewesen (BVGer-act. 12, Anlage K8 S. 1). Diagnostiziert wurde eine chronische ischämische Herzkrankheit, Status post infarctus myocardii mit implantierter Überbrückung zwischen Aorta und Koronargefäss. In der Epikrise wurde vermerkt, die Ärzte hätten keine Kreislaufinsuffizienz und keine Rhythmusstörungen gesehen, der Blutdruck habe sich zwischen normalen Grenzwerten bewegt. Bei Belastung mit dem Fahrradergometer habe die Versicherte 5.7 MET geleistet, bis zu diesem Niveau habe sich die Untersuchung als negativ erwiesen (BVGer-act. 12, Anlage K8 S. 2).

E. 5.3.2

Über den Aufenthalt vom 14. September bis 5. Oktober 2005 berichteten Prof. Dr. V._____ (leitender Direktor, Chefarzt) und Dr. R._____ am 4. Oktober 2005 (BVGer-act. 12 Anlage K9; Übersetzung BVGer-act. 25), aktuell habe fühle sich die Versicherte stärker belastet; sie habe Schmerzen im linken Arm und am Ellenbogengelenk. Bei der Aufnahme hätten wiederum eine bronchovesikuläre Atmung und dumpfe, rhythmische Herztöne bestanden; Geräusche seien nicht zu hören gewesen (BVGer-act. 12, Anlage K9 S. 1). Das EKG mit Fahrradbelastung habe wegen pathologischer Blutdruckantwort abgebrochen werden müssen. Es habe eine Bigeminus-VES, zwei Herde, in V4-6 ST Depression von 1mm ergeben. Es wurden die bekannten Diagnosen gestellt

(BVGer-act. 12, Anlage K9 S. 2). In der Epikrise wurde vermerkt, die Aufnahme sei mit Symptomen einer mittelgradigen Insuffizienz des kleinen und grossen Kreislaufs erfolgt. Während des stationären Aufenthalts habe sich der Kreislauf allmählich kompensiert. Der Blutdruck sei ausgesprochen schwankend gewesen; nach modifizierter Medikation hätten die Beschwerden abgenommen. Zu Hause werde eine schonende Lebensführung empfohlen (BVGer-act. 12, Anlage K9 S. 2 f.).

E. 5.3.3

Am 19. September 2006 (BVGer-act. 12 Anlage K10; Übersetzung BVGer-act. 25) berichteten Dr. H._____ und Dr. R._____ über den Aufenthalt der Versicherten in der kardiologischen Klinik D._____ vom 31. August bis 21. September 2006, die Patientin zeige Ermüdbarkeit und habe zeitweise Schmerzen in der Schulterblattregion. Bei der Aufnahme habe eine normale Atmung bestanden, die Herztöne seien dumpf und rhythmisch gewesen, es seien keine Geräusche zu hören gewesen (BVGer-act. 12, Anlage K10 S. 1). Das EKG mit Fahrradbelastung wurde wegen Ermüdung abgebrochen bei MET 5.8. In V4-6 wurde eine ST Depression von 1mm eruiert. Es wurden die bekannten Diagnosen gestellt (BVGer-act. 12, Anlage K10 S. 2). In der Epikrise wurde erneut vermerkt, bei der Aufnahme hätten Symptome einer mittelgradigen Insuffizienz des kleinen und grossen Kreislaufs bestanden; während des Aufenthalts habe sich der Kreislauf allmählich kompensiert (BVGer-act. 12, Anlage K10 S. 3).

E. 5.3.4

Mit Bericht vom 21. September 2007 (BVGer-act. 12 Anlage K11; Übersetzung BVGer-act. 25) stellten Dr. H._____ und Dr. R._____ betreffend den Aufenthalt in der Klinik vom 3. bis 24. September 2007 fest, aktuell würden Schmerzen in den Beinen bestehen und die Versicherte ermüde leicht. Bei der Aufnahme hätten wiederum eine normale Atmung und dumpfe, rhythmische Herztöne ohne Geräusche bestanden (BVGer-act. 12, Anlage K11 S. 1). Das EKG mit Fahrradbelastung war bis zum Abbruch bei MET 5.9 negativ (BVGer-act. 12, Anlage K11 S. 2). Es wurden die bekannten Diagnosen genannt (BVGer-act. 12, Anlage K11 S. 3). In der Epikrise wurde vermerkt, es seien keine Kreislaufinsuffizienz und keine Rhythmusstörungen aufgefallen; der Blutdruck habe sich zwischen den normalen Grenzwerten bewegt (BVGer-act. 12, Anlage K11 S. 3).

E. 5.3.5

Über den Aufenthalt vom 21. August bis 11. September 2008 berichteten Dr. H._____, Dr. R._____ und Dr. I._____ am 9. September 2008 (BVGer-act. 12 Anlage K12; Übersetzung BVGer-act. 25) dahingehend, dass die Versicherte als aktuelle Beschwerden eine Taubheit des linken Arms und nachts krampfende Beine angegeben habe. Bei der Aufnahme hätten eine normale Atmung und klare, rhythmische Herztöne ohne Geräusche bestanden (BVGer-act. 12, Anlage K12 S. 1). Das EKG mit Fahrradbelastung ergab bei MET: 6.5 eine hypertensive Reaktion und mässige ST Abweichungen in V4-6 (BVGer-act. 12, Anlage K12 S. 2). Die bekannten Diagnosen wurden bestätigt (BVGer-act. 12, Anlage K12 S. 3). In der Epikrise wurde vermerkt, der Kreislauf sei bei den angewandten Behandlungen im Gleichgewicht gewesen, auch die Echokardiographie habe auf eine gute systolische Funktion der linken Kammer hingewiesen. Der Blutdruck habe sich im physiologischen Bereich bewegt, nur bei Belastung sei eine hypertensive Reaktion aufgetreten. Rhythmusstörungen seien nicht beobachtet worden. Die Patientin habe keine typischen Angina-Beschwerden angegeben. Ihre Belastbarkeit werde als ausreichend

beurteilt. Die 2 D Echokardiographie habe eine I- bis II-gradige mitrale Regurgitation und eine geringe inferiore Hypokinese nachgewiesen. Die physiotherapeutischen Behandlungen seien effektiv gewesen, die Bewegungstherapie sei gut toleriert worden (BVGer-act. 12, Anlage K12 S. 3).

E. 5.3.6

Am 10. September 2009 (BVGer-act. 12 Anlage K13; Übersetzung BVGer-act. 25) hielten Dr. R. _____ und Dr. I. _____ betreffend den Aufenthalt vom 24. August bis 24. September 2009 fest, die Versicherte habe keine typischen Angina Beschwerden angegeben, zeitweilig verspüre sie Stiche im Rücken unter dem linken Schulterblatt. Rhythmusstörungen spüre sie nicht. Sie ermüde leicht, habe aber keine deutliche Atemnot. Bei der Aufnahme habe sich das Zwerchfell bei Atmung beidseitig bewegt, die Atmung sei rau gewesen ohne Stauung, die Herztöne klare und rhythmisch. Es sei ein leises systolisches Geräusch gehört worden (BVGer-act. 12, Anlage K13 S. 1). Das EKG mit Fahrradbelastung war bis MET 6.9 negativ (BVGer-act. 12, Anlage K13 S. 2). Die bekannten Diagnosen wurden bestätigt. In der Epikrise wurde vermerkt, eine Kreislaufinsuffizienz oder Rhythmusstörungen seien nicht gesehen worden, der Blutdruck habe sich zwischen den normalen Grenzwerten bewegt (BVGer-act. 12, Anlage K13 S. 3).

E. 5.4

Wie in E. 2.4 festgestellt, kann ein Anspruch auf eine Invalidenrente höchstens bis zur Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente - vorliegend bis Ende (...) 2009 - bestehen. Die durch die Versicherte im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Verlaufsberichte von Dr. C. _____ nach November 2009 (IV-act. 45-48) beziehen sich auf den Gesundheitszustand in den Jahren 2011 bis 2014 und sind für die Beurteilung des Rentenanspruchs nicht zu berücksichtigen, zumal sie keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im relevanten Prüfzeitraum erlauben.

E. 5.5

Mit Stellungnahmen vom 30. September 2014, 20. Januar 2015 und 21. Oktober 2015 äusserte sich der RAD zur medizinischen Aktenlage.

E. 5.5.1

Dr. W. _____ (Facharzt für Allgemeinmedizin) stellte am 30. September 2014 und 20. Januar 2015 (IV-act. 38, 52) die Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit mit Status nach Herzinfarkt, Lyse und Bypassoperation 2002 (ICD-10: I25.9) mit Nebendiagnose chronische Bronchitis. Gestützt auf die vorhandenen medizinischen Berichte ging er von einer Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit von 100% ab dem 15. Juli 2002 und von 0% ab April 2003 aus. Für Tätigkeiten im Haushalt ermittelte er eine Einschränkung von 20% ab April 2003. Dazu führte er aus, nach der Bypassoperation im Dezember 2002 seien eine normale Entwicklung und ein normaler postoperativer Verlauf dokumentiert mit leicht verminderter Herzfunktion (EF 50%) und ohne weitere Angina pectoris. Selbstverständlich sei die Versicherte einige Monate nicht arbeitsfähig gewesen, es bestehe jedoch keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit.

E. 5.5.2

Dr. X. _____ (Facharzt für Allgemeinmedizin) hielt am 21. Oktober 2015 (BVGer-act. 20) ergänzend fest, von der Versicherten könne keine grosse physische Leistung verlangt

werden. Dies sei bei der Erstellung der Tabelle des Haushaltes berücksichtigt worden.

E. 6.1

Die Vorinstanz konstatiert gestützt auf die medizinischen Akten, vom 15. Juli 2002 bis zum 31. März 2003 habe eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Demnach sei die Beschwerdeführerin nicht während eines Jahres ohne Unterbruch durchschnittlich zur Hälfte arbeitsunfähig und weiterhin mindestens zur Hälfte (respektive je 40%, vgl. Art. 29 aIVG, Art. 28 IVG) erwerbsunfähig gewesen, womit kein Anspruch auf Rentenleistungen habe entstehen können. Seit dem 1. April 2003 wäre sie wieder in der Lage (gewesen), eine Tätigkeit auszuüben. Damit liege keine Invalidität vor, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge. Die gegen den Vorbescheid eingereichten aktuellen Berichte würden ein beschwerdefreies Resultat und eine normale Herzfunktion beschreiben. Da der medizinische Sachverhalt ein umfassendes Bild des Gesundheitszustands vermittele, sei in antizipierter Beweiswürdigung von weiteren Abklärungen abzusehen gewesen.

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin hält diesen Ausführungen entgegen, aus dem Gutachten vom 6. Mai 2003 (IV-act. 25, vgl. E. 5.1.9) ergebe sich, dass sie aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge ihrer Herzerkrankung arbeits- und erwerbsunfähig gewesen sei. Festgestellt sei ein Invaliditätsgrad in der Höhe von dauerhaft 67%. Das Gutachten erwähne, dass eine weitere Überprüfung nicht erforderlich sei respektive die gesundheitlichen Beeinträchtigungen abschliessend festgestellt seien. Im Übrigen ergebe sich aus den jährlichen Berichten der Dres. Y. _____ und C. _____, dass die Einschränkungen bis heute bestehen würden. Die Würdigung der Vorinstanz lasse eine Auseinandersetzung mit den medizinischen Befunden vermissen. Sie stelle auf den RAD ab, der sich auf die Durchsicht der Akten beschränkte und mit ihr weder persönlich gesprochen noch sie untersucht habe.

E. 6.3

Zum rechtsgenügenden Nachweis einer relevanten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen wird in der Regel - nicht aber in jedem Fall zwingend - ein echtzeitliches ärztliches Attest verlangt (vgl. etwa die Urteile des BGer 9C_52/2017 vom 13. Juni 2017 E. 4, 8C_195/2009 vom 2. September 2009 E. 5). Bei Fehlen echtzeitlicher ärztlicher Bescheinigungen ist es unzulässig, den Nachweis einer (relevanten) Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit durch spekulative Überlegungen oder nachträgliche medizinische Annahmen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, zu ersetzen. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) nachgewiesen sein. Aus beweisrechtlicher Sicht wirkt sich der unbewiesene gebliebene Sachverhalt zum Nachteil des Versicherten aus, der daraus einen Anspruch auf Invalidenleistungen ableiten wollte (Urteil des BGer 9C_52/2017 vom 13. Juni 2017 E. 4.1 m. H.). Nach dem Gesagten ist von der Einholung eines medizinischen Gutachtens - wie von der Beschwerdeführerin beantragt - bereits deshalb abzusehen, weil ein solches keine echtzeitliche Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit bieten könnte. Der Sachverhalt erweist sich jedoch ohnehin als vollständig und richtig erstellt (vgl. sogleich E. 6.4), weshalb zur Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin vollumfänglich auf die

vorhandenen Unterlagen abgestellt werden kann.

E. 6.4.1

Den 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 Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung als objektiv begründet erscheinen lassen (BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 331 E. 1c; zur Beweiskraft von Stellungnahmen der RAD vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die versicherungsinterne Beurteilung zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. vorne E. 4.4.5). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild zu verschaffen. Mithin hat sich ein Aktengutachten auf beweiskräftige Arztberichte abzustützen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3, 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1).

E. 6.4.2

Vorliegend stützte sich der RAD im Wesentlichen auf die Dokumentation der Spitalaufenthalte im Juli und Dezember 2002, die Ergebnisse der anschliessenden Kontrollen von Januar bis März 2003 sowie auf den medizinischen Bericht vom 6. Mai 2003 von Dr. S._____ und Dr. T._____ (IV-act. 25; vgl. E. 5.1.9) und den ausführlichen ärztlichen Bericht E213 HU vom 16. Mai 2006 (IV-act. 26, vgl. E. 5.2). Daraus leitete er einen normalen postoperativen Verlauf mit leicht verminderter Herzfunktion ab. Drei Monate nach der Bypass-Operation vom Dezember 2002 ging er von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten oder einer leichten Verweistätigkeit und einer Einschränkung der Betätigung im Haushalt von 20% aus.

E. 6.4.3

Die medizinischen Akten dokumentieren den gesundheitlichen Verlauf seit dem Myokardinfarkt im Juli 2002 ausführlich. Sie fassen auf umfangreichen kardiologischen Untersuchungen, berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und kommen unter Erhebung der relevanten Befunde zu übereinstimmenden, nachvollziehbaren Diagnosen. Insgesamt ergibt sich ein schlüssiges Bild des Gesundheitszustands ab Juli 2002. Damit kann hinsichtlich des hier ausschliesslich massgeblichen kardiologischen Aspektes und der entscheidenden Frage, ob und gegebenenfalls inwiefern die Beschwerdeführerin als Folge der Herzkrankheit in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist, von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden, sodass die Vornahme einer medizinischen Aktenbeurteilung nicht zu beanstanden ist.

E. 6.4.4

Die Beschwerdeführerin ist ausgebildete Maskenbildnerin und arbeitete zuletzt seit 1998 während vier Stunden pro Tag als Sekretärin (IV-act. 25/1, 30/1 f., 29/1f., 32). Soweit aus den Akten ersichtlich gab sie diese Erwerbstätigkeit infolge des Myokardinfarkts auf. Im ausführlichen ärztlichen Bericht E213 HU vom 16. Mai 2006 (IV-act. 26, vgl. E. 5.2) über die Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 18. März 2003 wird eine Arbeitsfähigkeit sowohl in der erlernten Tätigkeit als Maskenbildnerin als auch in einer leichten Verweistätigkeit in wechselnder Körperposition ohne Zeitdruck von sechs Stunden pro Tag (ohne Rauch/Gase/Dämpfe; Schichtarbeit; Häufiges Bücken/Anheben/Transport von Gegenständen; Notwendigkeit, auf Rampen/Leitern/Treppen zu steigen; Nachtschicht; Sturzgefahr) angenommen. In den übrigen medizinischen Berichten werden keine konkreten Aussagen zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (weder in der angestammten, der zuletzt ausgeübten oder in einer angepassten Tätigkeit) gemacht. Auch aus diesen Rapporten lassen sich jedoch insgesamt zuverlässige Schlüsse betreffend die Arbeitsfähigkeit ziehen. So wurde am 3. September 2002 festgehalten, bis zur Koronarographie seien grösserer Belastungen zu vermeiden (vgl. vorne E. 5.1.2). Der Verlauf nach der Koronararterien-Bypassoperation war komplikationslos und der Gesundheitszustand per 20. Dezember 2002 unter medikamentöser Behandlung stabil (vgl. vorne E. 5.1.4-5.1.6). Auch der Arzt des ungarischen Versicherungsträgers stellte per 18. März 2003 fest, der Zustand habe sich nach der Koronararterienbypass-Operation langsam gebessert, bei entsprechender Belastbarkeit bestehe eine Normotension (IV-act. 26/8). Aufgrund der bleibenden Herzmuskelschädigung sei die kardiopulmonale Belastbarkeit vermindert (IV-act. 26/8). Im Bericht vom 6. Mai 2003 wird ebenfalls festgehalten, die Belastungsmöglichkeiten seien vermindert; schwere körperliche Arbeit werde nicht empfohlen (vgl. E. 5.1.9.). Die regelmässigen Trainingsprogramme während den Rehabilitationsaufenthalten in der kardiologischen Klinik D._____ tolerierte die Beschwerdeführerin durchgehend gut (vgl. E. 5.1.7, 5.3). Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin ergibt sich aus keinem der vorliegenden Berichte, dass sie aufgrund ihrer Herzerkrankung längerfristig arbeitsunfähig war. Vielmehr zeigen diese auf, dass spätestens ab Mitte 2003 in einer körperlich leichten Tätigkeit - wie der erlernten und der zuletzt ausgeübten Arbeit - wieder eine Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden pro Tag bestand. Mit der Operation im Dezember 2002 ist aktenkundig letztmals dann eine operative Massnahme notwendig geworden. Entsprechend durfte ab Mitte 2003 (vgl. dazu auch den Austrittsbericht vom 17. Januar 2003 [BVGer-act. 12; Übersetzung BVGer-act. 25] und den ausführlichen ärztlichen Bericht E213 HU vom 16. Mai 2006 S. 2 [IV-act. 26, Übersetzung BVGer-act. 23]) mangels anderslautender aktenkundiger Berichte von einer stabilen Situation ausgegangen werden. Diese Einschätzung kann für die Zeit bis zur Erreichung des AHV-Rentenalters getroffen werden, ergibt sich aus den jährlichen Rehabilitationsberichten bis September 2009 doch ein weitgehend ein stabiler, unveränderter Gesundheitszustand (vgl. E. 5.3). Den auf Beschwerdeebene eingereichten Entlassungsberichten ist - mit Ausnahme der Berichte vom 4. Oktober 2005 (vgl. vorne E. 5.3.2) und vom 19. September 2006 (vgl. E. 5.3.3) - zu entnehmen, dass kein besonderer Grund zur Einweisung in die stationäre Behandlung geführt hat. Die in den Jahren 2005 und 2006 genannte mittelgradige Herzinsuffizienz nahm nach Behandlung und Wechsel der Medikamente ab beziehungsweise konnte erfolgreich behandelt werden. In den übrigen Epikrisen wurden der Beschwerdeführerin jeweils keine Kreislaufinsuffizienz, keine Rhythmusstörungen und ein Blutdruck in normalen Grenzwerten attestiert. Mangels Hinweisen auf eine längerfristige relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kann

demnach - obwohl es sich bei ihnen um Allgemeinmediziner handelt - auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte des RAD (vgl. vorne E. 5.5) abgestellt werden. Da die Beschwerdeführerin seit 1998 und bis zum Myokardinfarkt nur teilzeiterwerbstätig war, erhob die Vorinstanz auch die Einschränkung im Haushalt und ermittelte eine Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten im Haushalt von 20% (vgl. IV-act. 29/8 ff., IV-act. 38/4), was keinen Anspruch auf eine Rente begründet. Diese Einschätzung ist gestützt auf die medizinischen Akten nicht zu beanstanden; es sind auch keine Veränderungen der Einschränkung im Haushalt im Laufe der Jahre ersichtlich. Der durch die ungarischen Behörden festgestellte Invaliditätsgrad von 67% bindet die schweizerischen Behörden in keiner Weise (vgl. vorne E. 4.4.3); im Übrigen ist nicht bekannt, wie dieser errechnet wurde, so dass daraus keine Schlüsse betreffend die Arbeitsunfähigkeit und den IV-Grad nach schweizerischem Recht gezogen werden können.

E. 6.4.5

Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt inklusive der verbleibenden Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte als rechtsgenügend erstellt. Die Prüfung der Akten ergibt in Bestätigung der Einschätzung der IVSTA, dass der Beschwerdeführerin spätestens ab Mitte 2003 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ebenso wie eine leichte Verweistätigkeit zumindest im bisherigen Pensum möglich und zumutbar gewesen wäre und insofern im Vergleich zur Arbeitstätigkeit vor dem 15. Juli 2002 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestand. Für Tätigkeiten im Haushalt ergab sich sodann lediglich eine Einschränkung von 20%.

E. 6.5

Nach dem Gesagten war die Beschwerdeführerin nicht während mindestens einem Jahr mehr als 40% arbeitsunfähig, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente entstanden ist (vgl. Art. 29 Abs. 1 aIVG, Art. 28 IVG). Die angefochtene Verfügung ist daher in Abweisung der vorliegenden Beschwerde zu bestätigen.

E. 7

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 7.1

Die Beschwerdeführerin hat als unterliegende Partei die Verfahrenskosten zu tragen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG), die auf Fr. 400.- festzusetzen sind (Art. 63 Abs. 4bis VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Zur Begleichung dieses Betrags wird der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss verwendet.

E. 7.2

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Der obsiegenden Vorinstanz ist als Bundesbehörde ebenfalls keine Entschädigung auszurichten (vgl. Art. 7 Abs. 3 VGKE).