

# **BVGer C-1940/2015 vom 26. Februar 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-02-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1940\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1940_2015)

FR: TAF C-1940/2015 du 26 février 2016

IT: TAF C-1940/2015 del 26 febbraio 2016

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]).

### **E. 1.2**

Die Beschwerde ist innerhalb von 30 Tagen nach Eröffnung der Verfügung einzureichen (Art. 50 Abs. 1 VwVG; Art. 60 Abs. 1 ATSG). Die Verfügung vom 9. Januar 2015 wurde mit eingeschriebener Postsendung an die Adresse (...), an den Beschwerdeführer verschickt (act. 46). Diese Sendung wurde der Vorinstanz mit dem Vermerk «Verzogen» retourniert. Auf entsprechende Anfrage der Vorinstanz vom 4. Februar 2015 (act. 48) hat der österreichische Versicherungsträger am 25. Februar 2015 die aktuelle Adresse des Beschwerdeführers ([...]) mitgeteilt (act. 49). Daraufhin hat die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 4. März 2015 ein Kopie der Verfügung vom 9. Januar 2015 an seine korrekte Adresse zugestellt (act. 51). Nachdem der Beschwerdeführer seine neue Adresse ([...]) der Vorinstanz bereits mit Schreiben vom 28. Juli 2014 (Eingang: 12. August 2014) mitgeteilt hatte (act. 39), ist die falsche Adressierung der angefochtenen Verfügung der Vorinstanz zuzuschreiben. Aus einer mangelhaft eröffneten Verfügung darf der betroffenen Person kein Nachteil erwachsen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Daher wurde hier die Beschwerdefrist erst mit Zustellung der Kopie der angefochtenen Verfügung ausgelöst, zumal sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass der Beschwerdeführer bereits zu einem früheren Zeitpunkt Kenntnis von der Verfügung erhielt. Die am 25. März 2015 der österreichischen Post übergebene Beschwerde ist daher als rechtzeitig zu betrachten.

### **E. 1.3**

Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 9. Januar 2015, mit welcher das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels

anspruchsbegründender Invalidität abgelehnt wurde. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger und wohnt in Österreich, 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, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, 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 und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 9. Januar 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 9. Januar 2015 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], 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.

### **E. 4**

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 Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an

die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

### **E. 5.1**

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

### **E. 5.2**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

### **E. 5.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 5.4**

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

Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 5.5**

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 5.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Diesen Anforderungen genügende Berichte regionaler ärztlicher Dienste können einen vergleichbaren Beweiswert haben wie ein Gutachten (Art. 49 Abs. 2 IVV; BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 254 E. 3.3.2).

#### **E. 5.7**

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

#### **E. 6.1**

Die Vorinstanz stellt sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsmechaniker ab 10. Februar 2008 zu 100 % arbeitsunfähig sei, ihm die Ausübung einer an den Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit aber ab 10. März 2008 voll zugemutet werden könne. Ausgehend davon habe der durchgeführte Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad von 12 % ergeben, was keinen Rentenanspruch begründe. Die Vorinstanz stütze sich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Wesentlichen auf die Einschätzung des RAD Rhône ab.

#### **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer macht dagegen sinngemäss geltend, dass seine Herzleistung seit dem im Jahr 2008 erlittenen Herzinfarkt nur noch 30 % betrage, was ihm auch die Ausübung einer leichten Tätigkeit nicht erlaube.

#### **E. 7**

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen der Vorinstanz folgende medizinischen Akten vor:

#### **E. 7.1**

Im Austrittsbericht der kardiologischen Intensivstation des Landeskrankenhauses B. \_\_\_\_\_ vom 3. März 2008 wurden folgende Diagnosen festgehalten (act. 40): - Vorderwand-ST-Hebungsinfarkt im subakuten Stadium am 10.2.08 (CAG am 13.2.08: LAD-Verschluss mit PCI und DES-Implantation, 80 % Intermediäraststenose mit PCI und DES am 13.2.08; RCA-Plaqueruptur, PCI zweizeitig geplant; CAG am 18.2.08: RCA Plaque PCI + Stent [DES]) - Mässig diffuse Koronarsklerose - Semental gestörte LV Funktion - Hyperlipidämie - Nikotinabusus

#### **E. 7.2**

Der behandelnde Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Additivfacharzt für Gefässmedizin und internistische Intensivmedizin, hielt in seinem Bericht vom 1. August 2012 als Diagnose eine Linksherzinsuffizienz NYHA II bei Zustand nach Vorderwandinfarkt 2/08 (EF 35-40 %, CAG 3-Gefässerkrankung [LAD 100 %, DES; Interm. Ast 80 %, DES, RCA Plaqueruptur, DES] fest. Als Verdachtsdiagnose nannte er einen flachen apikalen Thrombus. Als vaskuläre Risikofaktoren erwähnte er einen Nikotinabusus, eine kombinierte Hyperlipidämie sowie eine Schweisneigung (act. 29).

#### **E. 7.3**

Im auf eigenen Untersuchungen beruhenden, zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt Vorarlberg erstellten ärztlichen Gesamtgutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 29. Januar 2013 wurde als Diagnose eine Durchblutungsstörung der Herzkranzgefässe mit Zustand nach subakutem Vorderwandinfarkt 2008 bei Mehrgefässerkrankung sowie eine mittelgradig eingeschränkte Linksventrikelfunktion (ICD-10 I25.1) festgehalten. Der Gutachter erachtete Arbeiten gemäss folgenden Leistungskalkül als vollschichtig zumutbar: ständig sitzende und stehende sowie fallweise gehende Arbeitshaltung, ständig leichte und fallweise mittlere körperliche Belastung, ständig in geschlossenen Räumen, im Freien und unter starker Lärmeinwirkung, überwiegend Lenken eines KFZ (berufsbedingt), höhenexponiert und allgemein exponiert (z.B. offenlaufende Maschine), überwiegend leichte und fallweise mittelschwere Hebe- und Trageleistung, überwiegend alle möglichen Zwangshaltungen (überkopf, vorgebeugt, gebückt, kniend und hockend), überwiegend Exposition gegenüber Kälte, Nässe, Hitze und Staub, überwiegend Feinarbeiten, Grobarbeiten, Fingerfertigkeit und Gebrauchshand, jeweils links wie rechts, Nacharbeit, Schichtarbeit und Kundenkontakt, fallweise besonderer Zeitdruck, Anmarschweg von mindestens 500 m möglich, übliche Pausen ausreichend (act. 6).

#### **E. 7.4**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 15. November 2013 als Diagnose eine chronische Lumbalgie bei Osteochondrose L2/L3 fest. Als Nebendiagnosen nannte er einen Zustand nach Herzinfarkt 2008 mit 30 % Herzleistung, eine arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie und einen Nikotinabusus. Zudem äusserte er den Verdacht auf das Vorliegen einer Depression (act. 31).

#### **E. 7.5**

In einem weiteren Bericht vom 24. November 2013 nannte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ als Diagnose eine Linksherzinsuffizienz NYHA II bei Zustand nach Vorderwandinfarkt 2/08 (EF 35 %, CAG 3-Gefässerkrankung [LAD 100 %, DES; Interm. Ast 80 %, DES, RCA Plaqueruptur, DES]) sowie als Verdachtsdiagnose einen flachen apikalen Thrombus. Er hielt fest, dass aufgrund der kardialen Befunde eine körperlich belastende Arbeit sicherlich nicht zuzumuten sei. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit äusserte sich Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht (act. 32).

#### **E. 7.6**

Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt nach Durchführung eines 24 Stunden-EKG in seinem Bericht vom 2. Dezember 2013 als Diagnose unverändert eine Linksherzinsuffizienz NYHA II bei Zustand nach Vorderwandinfarkt 2/08 (EF 35 %, CAG 3-Gefässerkrankung [LAD 100 %, DES; Interm. Ast 80 %, DES, RCA Plaqueruptur, DES]) fest (act. 33).

#### **E. 7.7**

Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 3. September 2014 als Hauptdiagnosen eine Herzinsuffizienz NYHA II und einen Status nach einem Vorderwand-Myokardinfarkt am 10. Februar 2008 (I25) fest. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Lumbalgien. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit ab dem 10. Februar 2008 und von 0 % in einer adaptierten Tätigkeit ab dem 10. März 2008. Er hielt fest, dass das Herzleiden die Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit als Hilfsarbeiter rechtfertige. Da keine anderen Erkrankungen vorlägen, seien dem Beschwerdeführer allerdings alle adaptierten Tätigkeiten zumutbar. Der RAD-Arzt hat folgende funktionellen Einschränkungen festgelegt (Zumutbarkeitsprofil): keine schweren Arbeiten, gelegentliches Tragen von Gewichten bis max. 15 kg, eingeschränktes Bergaufgehen, verminderte Stressresistenz. Als zumutbare Verweistätigkeiten bezeichnete er folgende Tätigkeiten: Museums- und Parkwärter sowie Lagerist/Materialverwalter (act. 42).

#### **E. 8**

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz die anspruchsverneinende Verfügung zu Recht auf die Beurteilung des RAD abgestellt hat beziehungsweise ob sich aufgrund der Aktenlage der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

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

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Auf die Stellungnahme eines versicherungsinternen Arztes kann aber nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügt. Vorliegend hat der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ keine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist nicht an sich ein Grund, um einen versicherungsinternen ärztlichen Bericht in Frage zu stellen (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich

auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteil des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2). Soweit IV-Ärzte wie hier nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des medizinischen Dienstes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD erlauben, sich ein einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des RAD nachvollziehbar und schlüssig sind.

### **E. 8.2**

Aus den oben dargestellten ärztlichen Berichten und Gutachten wird ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer neben dem im Vordergrund stehenden Herzleiden auch ein Rückenleiden vorliegt, das gemäss der Einschätzung des RAD vom 20. Mai 2015 ebenfalls Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Die Lumbalgie wird vom RAD-Arzt zwar einerseits als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt, andererseits erwähnt er dieses Leiden im Rahmen seiner Beurteilung aber ausdrücklich als limitierend und als im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt (BVer-act. 6). Treffen verschiedene (anspruchsrelevante) Gesundheitsbeeinträchtigungen zusammen, ist in der Regel eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2), und der Grad der Arbeitsunfähigkeit ist grundsätzlich in einer sämtliche Behinderungen umfassenden medizinischen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (vgl. Urteil des BGer 9C\_948/2012 vom 22. Juli 2013 E. 4.3). In den Akten befindet sich jedoch keine in diesem Sinn zuverlässige und schlüssige interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, auf die sich der RAD hätte stützen können.

### **E. 8.3**

Aus der Stellungnahme des RAD-Arztes vom 3. September 2014 ist nicht klar ersichtlich, auf welche Berichte er sich bei seiner Schlussfolgerung abstützt, wonach der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig sei. Ausdrücklich erwähnt er lediglich den fachärztlichen Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 24. November 2013 (siehe E. 7.5), dessen Diagnose der RAD-Arzt im Wesentlichen übernommen hat. Was das Herzleiden des Beschwerdeführers anbelangt, so kann in diagnostischer Hinsicht von einem feststehenden Sachverhalt ausgegangen werden, deckt sich doch die von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ am 24. November 2013 gestellte Diagnose im Wesentlichen mit seiner früheren Einschätzung vom 1. August 2012 (act. 29). Auch im ärztlichen Gesamtgutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2013 wurde als Diagnose eine Durchblutungsstörung der Herzkranzgefässe mit Zustand nach subakutem Vorderwandinfarkt 2008 bei Mehrgefässerkrankung sowie eine mittelgradig eingeschränkte Linksventrikelfunktion festgehalten (ICD-10 I25.1). Angesichts der von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ gestützt auf einen Belastungstest (Ergometrie) und einem Elektrokardiogramm (EKG) erhobenen Befunde, lag dem RAD-Arzt für seine Beurteilung auch ein lückenloser

kardiologischer Befund vor, der es ihm erlaubte, Rückschlüsse auf die Belastungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ziehen. Es ist daher davon auszugehen, dass sich der RAD-Arzt ein vollständiges und aktuelles Bild über das Herzleiden und dessen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers machen konnte.

#### **E. 8.4**

Der RAD-Arzt hat im Rahmen seiner Beurteilung berücksichtigt, dass die Herzfunktion bei einer Ejektionsfraktion (EF) von 35 % eingeschränkt ist. Er geht aber davon aus, dass aktuell keine myokardiale Ischämie und keine Herzrhythmusstörungen bestünden. Diese Einschätzung deckt sich mit den Ausführungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 24. November 2013, wonach eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit bestehe, durchgehend niedrige RR-Werte vorlägen und keine sicheren Ischämie Hinweise vorhanden seien. Im Bericht vom 2. Dezember 2013 hielt er zudem gestützt auf ein 24-Stunden-EKG fest, dass keine höhergradigen Rhythmusstörungen vorlägen und bis auf vereinzelte VES und SVES ein unauffälliger Befund vorliege. Das vom RAD festgelegte Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt, dass dem Beschwerdeführer laut Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ körperlich schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar sind. Überdies deckt sich das vom RAD-Arzt festgelegte Zumutbarkeitsprofil im Wesentlichen mit demjenigen, welches Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im ärztlichen Gesamtgutachten vom 29. Januar 2013 festgelegt hat. Insgesamt ist damit die Einschätzung der durch das Herzleiden verursachten funktionellen Einschränkungen und der daraus gezogenen Schlussfolgerung, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, durch den RAD nachvollziehbar und schlüssig. Angesichts des Umstandes, dass die Berichte der untersuchenden Fachärzte betreffend Diagnosen und Gesundheitsbeeinträchtigung hinreichend klar und nicht widersprüchlich sind, schmälert das Fehlen der einschlägigen Facharztqualifikation (Kardiologie) des RAD-Arztes den Beweiswert seiner Beurteilung in diesem Fall nicht (vgl. Urteil des BGer 9C\_635/2015 vom 16. Oktober 2015 E. 3.2 und 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.2).

#### **E. 8.5**

Im Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer einen zusätzlichen Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 14. November 2014 eingereicht (Beilage 1 zu BVGer-act. 1). Dieser Bericht, in dem die bereits bekannte Diagnose festgehalten wird, ist nicht geeignet, Zweifel an der Einschätzung des RAD zu begründen. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hat diesen Bericht geprüft und hat in seiner Stellungnahmen vom 20. Mai 2015 nachvollziehbar dargelegt, dass ein Zustand beschrieben werde, wie er bereits bei Erstellung der Stellungnahme vom 3. September 2014 bekannt gewesen sei und dass sich die die Situation aus kardiologischer Sicht stabilisiert habe. Es bestehe keine Dekompensation der behandelten Insuffizienz. Die Ergometrie habe keine Hinweise auf eine myokardiale Ischämie geliefert. Es bestünden auch keine Herzrhythmusstörungen. Aus dem ebenfalls erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2015 (BVGer-act. 9) lässt sich ebenfalls nichts anderes ableiten, zumal aus rechtlicher Sicht grundsätzlich der Sachverhalt bis zum Erlass der Verfügung (hier: 9. Januar 2015) massgebend ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220; 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Der erst vier Monate später erstellte Arztbericht vermag keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu geben, so dass dieser aus diesem Grund im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden kann. Das Gleiche gilt grundsätzlich auch für das im Beschwerdeverfahren eingereichte ärztliche Gesamtgutachten vom 16. März 2015 von Dr.

med. G. \_\_\_\_\_, soweit sich die Aussagen nicht auf den Beurteilungszeitraum beziehen (Beilage zu BVGer-act. 1).

#### **E. 8.6**

Was das Rückenleiden des Beschwerdeführers anbelangt, so findet sich diesbezüglich lediglich ein Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2013 in den Akten. Der RAD hat in seiner nur wenige Zeilen umfassenden Aktenbeurteilung vom 3. September 2014 im Zusammenhang mit dem Rückenleiden zwar die Lumbalgie als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten, er hat den Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ jedoch nicht erwähnt und sich auch nicht erkennbar damit auseinandergesetzt. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb der RAD zur Einschätzung gelangte, dass das Rückenleiden die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht beeinflusst. Vor diesem Hintergrund erscheint es auch widersprüchlich, dass der RAD-Arzt in der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens abgegebenen Stellungnahme vom 20. Mai 2015 ohne Begründung von der ursprünglichen Auffassung abweicht, und dem Rückenleiden einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuschreibt, was jedoch bei der Einschätzung insofern bereits berücksichtigt worden sei, als dem Beschwerdeführer keine schweren Arbeiten und kein Heben von Gewichten über 15 kg zugemutet würden.

#### **E. 8.7**

Gerade bei Gesundheitsschädigungen im Bereich der Orthopädie ist nicht bloss die Diagnose, sondern eine schlüssige qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen von zentraler Bedeutung. Eine eingehende (fachärztliche) klinische Erhebung in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen des Bewegungsapparates ist hier aber nicht ersichtlich (vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2). Im Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2013 werden zwar die Ergebnisse einer klinischen Untersuchung beschrieben und Befunde aufgrund der vorgelegten Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule unbekanntes Datum erhoben, zur funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserte sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_ jedoch nicht. Fehlt es wie hier an einer fachärztlichen Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens aufgrund einer aktuellen klinischen Untersuchung, kann aus orthopädischer Sicht nicht von einem feststehenden Sachverhalt - allenfalls abgesehen von der der Diagnosestellung - ausgegangen werden (vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2). Darauf wird im Übrigen auch im rund zwei Monate nach Verfügungserlass erstellten ärztlichen Gesamtgutachten vom österreichischen Amtsarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 16. März 2015 hingewiesen. Dieser hielt fest, dass die bestehende Lumbalgie noch nicht vollständig abgeklärt worden sei (Beilage zu BVGer-act. 1).

#### **E. 8.8**

Im Lichte der eingangs erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Aktenbeurteilungen versicherungsinterner Ärzte kann demzufolge nicht auf die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ abgestellt werden. Da auch auf die Berichte der Amtsärzte aus Österreich und die Stellungnahmen der in die Behandlung involvierten Ärzte nicht abgestellt werden kann, zumal diese keine sämtliche Leiden berücksichtigende, den Beweisanforderungen genügende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit enthalten, lässt sich der Invaliditätsgrad aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht mit

dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Vorinstanz hätte sich unter diesen Umständen nicht mit einer Aktenbeurteilung des RAD begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich hinsichtlich des vom Orthopäden Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 15. November 2013 geäusserten Verdachts auf eine Depression aus den Akten keine Anhaltspunkte auf eine rentenrelevante Gesundheitsbeeinträchtigung ergeben, weshalb es nicht zu beanstanden ist, dass die Vorinstanz diesbezüglich keine weiteren einschlägigen Untersuchungen des Beschwerdeführers angeordnet hat.

## **E. 9**

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es an einer Gesamtbeurteilung fehlt und bisher noch keine gutachterliche Abklärung des Rückenleidens und dessen funktionellen Einschränkungen vorgenommen wurde, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers sowie von dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

## **E. 10.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 401.12 ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

## **E. 10.2**

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. 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)).

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