

# **BVGer C-2980/2015 vom 6. Februar 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-02-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2980\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2980_2015)

FR: TAF C-2980/2015 du 6 février 2017

IT: TAF C-2980/2015 del 6 febbraio 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 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. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 8. Mai 2015 einzutreten (Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. a ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft 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; Kognition, vgl. Benjamin Schindler in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2008, Art. 49 N. 1 ff.).

### **E. 2.2**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Demnach ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 25. März 2015) eingetretenen Sachverhalt abzustellen. 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. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204). 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).

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1.1**

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) zu beachten ist. Das FZA setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

#### **E. 3.1.2**

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

### **E. 3.2**

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (25. März 2015) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: VO 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11; nachfolgend: VO 987/2009) Anwendung. Gemäss Art. 4 VO 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 VO Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. VO

883/2004. Die Beurteilung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.; Basile Cardinaux, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23). Leistungen bei Invalidität sind im System der europäischen Sozialrechtskoordinierung in den Art. 44 - 49 VO Nr. 883/2004 geregelt. Analog zur früheren Verordnung (Nr. 1408/71) werden dabei zwei unterschiedliche Koordinierungssysteme unterschieden. Ein erster Systemtyp gilt für Personen, die ausschliesslich unter gesetzlichen Regelungen versichert gewesen sind, nach denen die Invalidenrente von der Dauer der Versicherungszeit unabhängig ist und ausschliesslich auf dem Umstand beruht, dass die betreffende Person bei Eintritt des Leistungsfalls versichert war ("Typ A"). Davon zu unterscheiden ist der zweite Koordinationstyp, bei welchem die versicherte Person einem Leistungssystem unterliegt, das die Leistungsansprüche in Abhängigkeit von der Dauer der Versicherung einräumt ("Typ B"). Bei diesem Koordinationstyp werden die Leistungen "pro rata temporis" bestimmt, sodass jeder Mitgliedstaat, in dem die Person versichert war, nach Massgabe der bei ihm zurückgelegten Versicherungszeiten zur Ausrichtung einer Invalidenrente verpflichtet ist (Art. 44 Abs. 1 VO Nr. 883/2004; Bernd Schulte, Die neue Europäische Sozialrechtskoordinierung in Gestalt der Verordnungen [EG] Nrn. 883/04 und 987/09, SZS 01/2012 S. 44 ff. und S. 143 ff., insbesondere S. 159 f.). Nach Art. 46 Abs. 1 VO 883/04 erhält eine Person, für die nacheinander oder abwechselnd die Rechtsvorschriften mindestens einer dieser Staaten nicht Rechtsvorschriften des "Typs A" galten, Leistungen nach Kapitel 5 (Art. 50 - 60: Alters- und Hinterlassenenrenten), das unter Berücksichtigung von Abs. 3 entsprechend gilt. Österreich und die Schweiz sehen Rechtsvorschriften nach dem Koordinationstyp B vor, das heisst sie gewähren Leistungsansprüche bzw. Teilrenten in Abhängigkeit von der Dauer der Versicherung (Art. 44 Abs. 1 VO 883/04 i.V.m. Anhang VI e contrario).

### **E. 3.3**

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 Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat laut den Feststellungen der Vorinstanz während 254 Monaten, mithin während mehr als 21 Jahren, Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (act. 16); er erfüllt demnach ohne Weiteres die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente.

### **E. 3.4**

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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). 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. 3.5**

Nach der Rechtsprechung sind leichte depressive Episoden mit somatischen Symptomen grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des BGer 9C\_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2). Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten zudem grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des BGer 8C\_759/2013 vom 4. März 2014 E. 3.6.1).

Rechtsprechungsgemäss ist zwar eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen, indessen bedingt deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt und dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (Urteil des BGer 9C\_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2). Liegt eine rezidivierende depressive Störung im Sinne einer länger andauernden Störung und nicht eine depressive Episode im Sinne einer vorübergehenden, zeitlich begrenzten Depression vor, so kann auch diese Diagnose rechtsprechungsgemäss eine invalidisierende Wirkung haben (Urteil des BGer 9C\_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.1.2).

### **E. 3.6**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die 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 ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

#### **E. 3.7.1**

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 125 V 256 E. 4; 115 V 133 E. 2).

#### **E. 3.7.2**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist,

in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

### **E. 3.7.3**

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 (Satz 1). 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) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

### **E. 3.7.4**

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). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C\_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C\_385/2014 E. 4.2.2).

### **E. 3.8**

Nach Art. 46 Abs. 3 VO Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen Österreich und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch unter dem Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. hierzu auch BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Die Feststellungen der aus

dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 4.1**

Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist. -Der behandelnde Psychiater, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Arzt für Psychosoziale und Psychosomatische Medizin sowie Psychotherapeut, kam mit Bericht vom 25. Februar 2013 zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine höhergradige depressive Erschöpfung vorliege. Aufgrund der diversen somatischen Erkrankungen und des mittlerweile ausgeprägten depressiven Erschöpfungssyndroms sei eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben (act. 14). -In einem Bericht vom 28. März 2013 hielt die Ärztin der Sozialversicherungsanstalt, Dr. med. K.\_\_\_\_\_, als Diagnosen eine höhergradige depressive Erschöpfung, einen Diabetes mellitus (Typ II), einen Zustand nach Myokardinfarkt im Jahr 2010 (koronare Zweigefässerkrankung, PTCA [perkutane transluminale coronare Angioplastie bzw. Herzkrankgefässerweiterung] einer RTX-Stenose mit Implantation eines Stents) sowie eine Adipositas fest. In Bezug auf die Beschwerden führte sie ferner aus, dass eine Luftnot beim Bergaufgehen angegeben werde; ferner berichte der Explorand über ein bei Aufregung immer wieder auftretendes präkardiales Druckgefühl, das sich in Ruhe ohne Therapie wieder bessere. In ihrer Leistungsbeurteilung kam die Ärztin zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer nach entsprechender fachärztlicher und psychotherapeutischer Therapie innerhalb von drei Monaten geistige sowie leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung ganztätig zumutbar seien. Mittelschwere körperliche Tätigkeiten seien eingeschränkt und schwere körperliche Tätigkeiten gar nicht zumutbar (act. 5, S. 1 - 6). -Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, kam in einem zuhanden der Sozialversicherungsanstalt erstellten Bericht vom 22. Mai 2013 insbesondere zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer reaktiven depressiven Entwicklung in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sei. Aktuell biete der Beschwerdeführer ein leicht depressives Beschwerdebild. Ob eine Besserung des Gesundheitszustandes möglich sei, könne derzeit nicht beantwortet werden (act. 6, S. 1 - 5). -In einem Bericht vom 6. Mai 2013 führte Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, namentlich aus, derzeit bestünden bei mässiger Leistungsfähigkeit keine Hinweise für eine Belastungsischämie. Die Echokardiografie habe einen Hinweis für eine diastolische linksventrikuläre Funktionsstörung ergeben. Auf dem Fachgebiet der Inneren Medizin liege eine asymptomatische koronare Herzkrankheit vor. Die verminderte Leistungsfähigkeit von 137 Watt sei vorwiegend durch das Trainingsdefizit bedingt (act. 7 und act. 9). -Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, kam in seinem zuhanden der Taggeldversicherung (Zürich Versicherungsgesellschaft AG) erstatteten Gutachten vom 4. Juli 2013 zum Schluss, es lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er einen Status nach vermuteter akuter Belastungsreaktion (ICD-10 F43.01) respektive eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23/25), bei psychosozialen Belastungen (Kündigung der Arbeitsstelle vor Weihnachten) und im Hintergrund stehender Burnout-Entwicklung (ICD-10: Z73.0), sowie einen Status nach Myokardinfarkt 2010, bei arterieller Hypertonie,

Hypercholesterinämie, Adipositas II und Diabetes mellitus II, fest. Es sei zu vermuten, dass weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit aus Verständnis für seine schwierige eheliche Lage und aus Entgegenkommen attestiert worden sei. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit spätestens ab dem Zeitpunkt der Untersuchung vom 24. Juni 2013 vollumfänglich gegeben (Beilage 7 zu BVGer act. 16). -Gestützt auf die eingereichten medizinischen Berichte hielt der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ mit Schlussbericht vom 19. September 2013 als Hauptdiagnose eine anfänglich hochgradige - nun leichtgradige - depressive Erschöpfung bei psychosozialer und beruflicher Belastung (ICD-10 F32.0) sowie als Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Myokardinfarkt mit PTCA (percutaneous transluminalcoronary angioplasty; interventionelles Verfahren zur koronaren Reperfusion; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2013, S. 1585 und S. 1732) und Stent der RTX-Stenose bei 2-Gefässerkrankung (60 %-Stenose der LAD [left anterior descending coronary artery; Pschyrembel, a.a.O., S. 1153] mit konservativer Behandlung; ICD-10 I25.2) sowie eine Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.9) fest. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine Adipositas (ICD-10 E66.9), eine Hypertonie (ICD-10 I10.0), eine Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0) sowie einen Status nach Operation einer Nabelhernie 2011 (ICD-10 K42) an. Gestützt darauf attestierte der RAD-Arzt dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. Februar 2013 bis 21. September 2013 für die bisherige und für eine angepasste Verweistätigkeit (act. 23, S. 1 - 5). -Mit Bericht vom 21. November 2013 führte der behandelnde Psychiater, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, insbesondere aus, der Beschwerdeführer leide an einer depressiven Erkrankung höheren Grades. Neben der gedrückten Stimmung und den bekannten Losigkeitssymptomen sowie einer Verminderung des Antriebes sei bei ihm das Ausmass der Erschöpfung und Müdigkeit in den letzten Monaten ständig stärker geworden. Seine Konzentration und Aufmerksamkeit würden deutliche Einbussen aufweisen. Aufgrund seines schlechten psychischen Zustandes sei er vom 4. Februar bis 31. Juli 2013 arbeitsunfähig gewesen. Ein in der Folge durchgeführter Arbeitsversuch sei gescheitert, weshalb er für die Zeit vom 20. August bis 22. September 2013 und ab dem 25. Oktober 2013 wieder arbeitsunfähig gewesen sei (act. 31). -Sodann diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 23. Januar 2014 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwerer Erschöpfungszustand (ICD-10 F33.2), bei bekanntem Diabetes mellitus Typ II, arterieller Hypertonie, Adipositas, Hyperlipidämie und Zustand nach Herzinfarkt vom August 2010. Aus seiner Sicht sei er dringend stationär behandlungsbedürftig, könne aber in keine Klinik gehen, da er sich um die Versorgung seiner Frau - bei welcher eine bipolare affektive Störung diagnostiziert worden sei - und um den Haushalt kümmern müsse (act. 57). -Nach Prüfung des vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichtes von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 21. November 2013 hielt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA, am 13. März 2014 fest, dass der neu eingereichte Bericht nichts an der bisherigen Beurteilung zu ändern vermöge. Die von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ angeführten Befunde würden eine höchstens mittelgradige depressive Episode erklären. Diese sei mit 10 mg Escitalopram pro Tag nicht optimal behandelt, und es bestehe ein Verbesserungspotenzial (Dosiserhöhung bzw. Substanzwechsel). Es sei nicht ausgewiesen, wie oft der Beschwerdeführer zur psychiatrischen Behandlung gehe und welche Psychotherapiemethode gegebenenfalls angewendet werde (act. 48). -Die Neuropsychologin, Dr. N.\_\_\_\_\_, kam gestützt auf die am 15. April 2014 durchgeführten neuropsychologischen Testverfahren zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer Defizite in

den Aufmerksamkeitsleistungen, eine reduzierte Belastbarkeit, eine psychomotorische Verlangsamung, eine Gedächtnisstörung, eine Beeinträchtigung der kognitiven Flexibilität wie auch eine Beeinträchtigung des logisch-schlussfolgenden Denkens vorliege. Gestützt auf die angeführten Befunde könne es im beruflichen Alltag sehr rasch zu einer Überforderungssituation kommen. Das kognitive Leistungsprofil sei mit der bestehenden depressiven Symptomatik gut vereinbar (act. 56, S. 1 - 7). -Mit Privatgutachten vom 22. April 2014 nahm Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, zu den Ausführungen von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, dahingehend Stellung, dass letzterer den behandelnden Psychiater und Psychotherapeuten, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, zu Unrecht sachlich abgewertet habe. Der Blutspiegelwert für das Medikament Cipralext sei nunmehr jedenfalls im Normbereich. Die Neuropsychologin beschreibe in ihrem Befund vom 15. April 2014 kognitive Beeinträchtigungen, wie insbesondere Aufmerksamkeitsdefizite, eine Gedächtnisstörung, eine Beeinträchtigung der kognitiven Flexibilität sowie eine psychomotorische Verlangsamung. Insbesondere führe die Neuropsychologin auch an, dass in den Testverfahren eine reduzierte Belastbarkeit feststellbar gewesen sei; dies führe im beruflichen Alltag sehr rasch zu einer Überforderungssituation. Ferner habe Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in seinem Befund vom 13. Januar 2014 eine rezidivierende depressive Störung (nach ICD-10 F33.2) angeführt, welche einer zu diesem Zeitpunkt vorliegenden schweren depressiven Episode entspreche. Er selber habe in seinen persönlichen Untersuchungen am 25. Februar und 11. April 2014 eine vom Schweregrad her mittelgradige depressive Episode festgestellt. Diese sei in klinischer Hinsicht gekennzeichnet durch die hier vorhandene typische depressive Kernsymptomatik (Veränderung der Stimmungslage, Antrieb und Interessenneigung, Lebensfreude und Energie mit entsprechender Aktivitätseinschränkung, erhöhter Ermüdbarkeit bei Biorhythmusstörungen und mit kognitiver Beeinträchtigung). In Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ liege hier in jedem Fall eine affektive Erkrankung mit Krankheitswert vor, und die psychiatrische Diagnose habe sehr wohl eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Nach seiner Beurteilung bestehe in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Ingenieur eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %. Die Prognose müsse als tendenziell ungünstig bewertet werden; dies insbesondere mit Blick auf die neben der chronifizierten psychischen Erkrankung bestehenden somatischen Beschwerden. Aufgrund des im Jahr 2010 erlittenen Myokardinfarktes müsse davon ausgegangen werden, dass die gesamte Belastbarkeit noch weiter herabgesetzt werde (Beilage 6 zu BVGer act. 16). - Mit nervenärztlichem Befund vom 15. September 2014 führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aus, dass eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwerer Erschöpfungszustand (ICD-10 F33.2), zu diagnostizieren sei. Ferner fügte er hinzu, dass der Beschwerdeführer in seiner Bewältigung der anstehenden Probleme immer erschöpfter und depressiv eingengter wirke. Das gehe so weit, dass er bilanzierend phasenweise lebensmüde geworden sei und eine Entwicklung im Sinne eines präsuizidalen Syndroms nach Ringel erkennbar werde. In der bestehenden Lebenssituation und unter Berücksichtigung seiner eigenen körperlichen Erkrankungen sei er nicht mehr in der Lage, eine berufliche Tätigkeit ohne weiteren Schaden für seine Gesundheit auszuüben (Beilage 3 zu BVGer act. 1). -Mit Bericht vom 19. September 2014 nahm Dr. med. I.\_\_\_\_\_ zu den neu eingereichten Berichten dahingehend Stellung, dass seines Erachtens auch in den neu eingereichten Arztberichten die entsprechenden Befunde fehlen würden, um die gestellte Diagnose zu belegen. Nach wie vor sei er vom Schweregrad der angegebenen Depression nicht überzeugt, da die zwingend notwendigen Symptome nicht beschrieben würden. Aufgrund der unklaren klinischen Situation (Diskrepanz zwischen Befunden und

Diagnosen) empfehle er eine psychiatrische Begutachtung (act. 65). -Mit IV-Gutachten vom 8. März 2015 hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ als Diagnosen eine leichte anhaltende Depression (ICD-10 F32.0), bei metabolischem Syndrom mit Übergewicht, Hypertonie, koronarer Herzkrankheit und Diabetes mellitus Typ II, fest. Zusammenfassend führte er sodann aus, es liege aus seiner Sicht aktuell eine leichte depressive Störung vor. Der depressive Zusammenbruch sei wenige Wochen nach Kündigung der Arbeitsstelle des damals 58-Jährigen erfolgt. Der Beschwerdeführer sei sowohl psychopharmakologisch als auch vor allem psychotherapeutisch ungenügend behandelt. Befremdend sei, dass er ihm zwei offenbar vorliegende Gutachten vorenthalte. Die seit Januar 2013 bestehende depressive Erkrankung habe zweifellos gewisse Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit. Der Arbeitsversuch sei misslungen; über die Anlage und den Ablauf dieses Versuches gebe es allerdings keine Auskünfte. Bis heute sei alsdann weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % angenommen worden, und die österreichische Sozialversicherungsanstalt habe eine Berufsunfähigkeitsrente ausgesprochen. Zum zeitlichen Verlauf des Schweregrades der Depression könne nicht Stellung genommen werden. Die therapeutischen Optionen seien nicht ausgeschöpft, und eine Psychotherapie im engeren Sinn habe bisher nicht stattgefunden. Auch die medikamentös antidepressiven Optionen seien nicht ausgeschöpft. Beide therapeutischen Massnahmen seien zumutbar und würden mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer namhaften Besserung sowohl des psychischen als auch des physischen Gesundheitszustandes führen. Er habe in den beiden jeweils 2 Stunden dauernden Gesprächen keine Ermüdung des Beschwerdeführers feststellen können; immerhin sei er auch in der Lage gewesen, mit seinem Personenwagen den Fahrweg von seinem Wohnort nach Zürich (ca. 150 km, in weniger als 2 Stunden) und wieder zurück zurückzulegen. Dies dürfte leistungsmässig vergleichbar sein mit einer etwa gleich langen, das heisst 6 Stunden dauernden Arbeit. Zusammenfassend sei dem Beschwerdeführer eine berufliche Tätigkeit von vorerst 5 - 6 Stunden täglich, mithin rund 60 %, im angestammten Bereich zumutbar. Die Arbeit sei über den ganzen Tag zu verteilen, mit vermehrten Pausen. Es bestünden gute Chancen, dass sich der Gesundheitszustand mit einer begleitenden ambulanten Psychotherapie verbessern würde. Auch für die psychopharmakologische Medikation bestehe Optimierungsbedarf. Gestützt darauf kam er zum Schluss, dass eine Leistungsfähigkeit von 60 % über den ganzen Tag verteilt mit vermehrten Pausen, diese genutzt auch zur vermehrten körperlichen Aktivität, bestehe (act. 74, S. 14 ff.). -Am 17. März 2015 hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ fest, die gemäss ICD geforderten Kriterien der vom Gutachter angeführten "leichten depressiven Episode (ICD F 32.0)" würden nur knapp erfüllt, da (lediglich) eine depressive Stimmung, ein Interesse- und Freudeverlust sowie Klagen über vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen und Schlafprobleme zu befunden seien; keine Beeinträchtigung bestehe demgegenüber hinsichtlich Antrieb und Ermüdbarkeit. Das psychiatrische IV-Gutachten sei insbesondere deshalb zu kritisieren, weil im Abschnitt "Befunde" (S. 11 - 13) eindeutig Anekdotisches mit klaren Fakten vermischt werde. Mit Recht weise der Gutachter auf die immer noch nicht optimale Behandlung hin; hier bestehe Verbesserungspotenzial. Eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit sei medizinisch nicht begründbar, weil einerseits die Kriterien der gestellten Diagnose kaum erfüllt seien, und weil andererseits laut dem Gutachter ein erhebliches Verbesserungspotenzial bestehe (act. 76). -In einer ergänzenden Stellungnahme vom 29. Juni 2016 zu den (im Beschwerdeverfahren eingereichten) Gutachten K. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ insbesondere aus, die Befunde von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ führten zum Schluss, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Bezüglich des Gutachtens I. \_\_\_\_\_ müsse er feststellen, dass auch er die gemäss ICD-10 F31.1 geforderten Kriterien für eine mittelgradige Depression nicht beschreibe. Er halte deshalb auch unter Berücksichtigung der neuen Akten an seiner Beurteilung vom 17. März 2015 fest (Beilage 2 zu BVGer act. 18).

#### **E. 4.2**

Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob die vorstehend aufgeführten medizinischen Berichte und Stellungnahmen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis) zu erfüllen vermögen.

##### **E. 4.2.1**

Die Vorinstanz stütze ihre Leistungsfähigkeitsbeurteilung in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die medizinische Stellungnahmen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 17. März 2015 (act. 76, S. 1 - 5) sowie teilweise auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 8. März 2015 (act. 74, S. 1 - 21):

##### **E. 4.2.2**

Die Prüfung des psychiatrischen Gutachtens ergibt, dass dieses den Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise aus folgenden Gründen nicht zu genügen vermag:

##### **E. 4.2.2.1**

Vorab fällt auf, dass das Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ nicht auf einer vollständigen Aktenlage beruht. So war dem IV-Gutachter aufgrund eines Hinweises des Beschwerdeführers bewusst, dass jedenfalls noch ein Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ besteht (act. 74, S. 17). Nichtsdestotrotz unterliess es der Gutachter, die ihm offensichtlich fehlenden Gutachten über die IVSTA einfordern zu lassen. Zudem sah in der Folge auch die Vorinstanz davon ab, den Beschwerdeführer zur Nachreichung der dem Beschwerdeführer (anerkanntermassen) vorliegenden Gutachten aufzufordern. Ein auf einer unvollständigen Aktenlage beruhendes Gutachten genügt indes den genannten rechtsprechungsgemässen Anforderungen (vgl. E. 3.7.2 hievore) nicht.

##### **E. 4.2.2.2**

Es geht zudem nicht an, es in das Belieben eines Anspruchstellers zu stellen, ob bereits vorhandene Gutachten einem Administrativgutachter zur Verfügung gestellt werden oder nicht. Die Vorinstanz hätte diesbezüglich in Anwendung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 43 Abs. 3 ATSG auf die Mitwirkungspflichten des Beschwerdeführers hinweisen und entsprechende Rechtsnachteile androhen müssen.

##### **E. 4.2.2.3**

Hinzu kommt, dass Dr. med. F. \_\_\_\_\_ am 23. Januar 2014 unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwerer Erschöpfungszustand (ICD-10 F 33.2), diagnostiziert hatte (act. 57). Von dieser Diagnose wich Dr. med. H. \_\_\_\_\_ am 8. März 2015 ab, indem er eine nur leichte anhaltende Depression (nach ICD-10 F32.0) festhielt (act. 74, S. 14). Eine Begründung für diese Abweichung in der ICD-10-Kodierung wurde indes nicht geliefert. Rechtsprechungsgemäss hat der Gutachter indes zwingend zu abweichenden Beurteilungen Stellung zu nehmen. Dabei müssen die Ausführungen umso ausführlicher ausfallen, je grösser allfällige Divergenzen sind und je unmittelbarer sie für

die zu klärenden Belange bedeutsam sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.4 S. 270; Urteil des BGer 8C\_706/2009 vom 30. März 2010 E. 5.1). Die Unterlassung weckt vor allem deshalb Zweifel der Gutachtensqualität, weil in den Akten klare Hinweise für eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) und teilweise erhebliche Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit bestehen (act. 14, 31 und 56, S. 1 - 7); dabei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist (vgl. dazu Dilling/Monbour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 7. Aufl. 2010, S. 155 ff.). Soweit der IV-Gutachter seine abweichende Beurteilung (leichte anhaltende Depression nach ICD-10 F32.0), insbesondere in Bezug auf den Diagnosecode, nicht hinreichend begründet, sondern vielmehr lediglich auf eine Diskrepanz zwischen den berichteten Beschwerden und dem klinischen Befund hingewiesen hat (vgl. act. 74, S. 14), erweist sich die Expertise als nicht nachvollziehbar (vgl. dazu Urteile des BGer 9C\_165/2015 vom 12. November 2015 E. 4.3), weshalb nicht abschliessend darauf abgestellt werden darf. Gleiches gilt auch in Bezug auf die Schwere der Depression und die daraus abgeleitete Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit.

#### **E. 4.2.2.4**

Die Frage, wie der Umstand zu bewerten ist, dass der zu begutachtende Beschwerdeführer mit dem Fahrzeug an den Begutachtungsort gefahren ist, steht im pflichtgemässen Ermessen des medizinischen Experten. Ein Fahrzeugführer muss im Zeitpunkt der gesamten Fahrt in der Lage sein, das Fahrzeug sicher zu führen. Die Gesamtleistungsfähigkeit setzt sich zusammen aus Grundleistung und Leistungsreserve, die notwendig ist für das Bewältigen von schwierigen Verkehrs-, Strassen- und Umweltsituationen (vgl. René Schaffhauser, Grundriss des Schweizerischen Strassenverkehrsrechts, Bd. I, Bern 2002, Rz. 501; Urteil des BVGer C-5792/2012 vom 24. November 2014 E. 7.5.4). Der Beschwerdeführer hat sich selbst als fahrfähig eingestuft, um die Fahrt an den Begutachtungsort in Angriff zu nehmen. Dies spricht gegen das Vorliegen erheblicher Konzentrationsdefizite.

#### **E. 4.2.2.5**

Dr. med. H.\_\_\_\_\_ hat im Ergebnis die Dauer der Begutachtung und jene der Hin- und Rückfahrt zur Begutachtung mit dem Personenwagen ([...]/AT - Zürich retour) mit der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers an seinem angestammten Arbeitsplatz als Maschinenbauingenieur verglichen und gestützt auf diesen Vergleich auf eine etwa gleich lange, das heisst rund 6-stündige Leistungsfähigkeit im angestammten Berufsbereich geschlossen. Dieser Vergleich ist für den hier zur Beurteilung stehenden Zweck zu rudimentär und nicht überzeugend ausgefallen. Der Gutachter durfte auf eine noch vorhandene Leistungsfähigkeit für eine konzentrierte Tätigkeit schliessen, er durfte aber die beiden Tätigkeiten nicht einfach gleichsetzen. Dies zumal die beruflichen Anforderungen im Zusammenhang mit der Tätigkeit eines Maschinenbauingenieurs nicht mit jenen eines Chauffeurs eines Personenwagens vergleichbar sind.

#### **E. 4.2.2.6**

Aus internistischer Optik ist darauf hinzuweisen, die aktenkundigen Diagnosen Adipositas und Diabetes nach der Rechtsprechung grundsätzlich keine Invalidität zu begründen vermögen, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist (Urteil des BGer 8C\_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3 mit

Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 8 [9C\_48/2009] E. 2.3). Selbst wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, muss eine Adipositas unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles dennoch als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit respektive der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (Urteil des BGer 8C\_496/2012 vom 19. September 2012 E. 2.2). Vorliegend geht aus den medizinischen Akten nicht hervor, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die Adipositas durch geeignete Behandlung oder durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit hat. Diese Frage ist im Rahmen einer ergänzenden Begutachtung durch einen Internisten abzuklären.

#### **E. 4.2.2.7**

Der Gutachter hat überdies in detaillierter Weise zur medizinischen Zumutbarkeit der bisherigen wie auch einer angepassten Verweistätigkeit Stellung zu nehmen. Gerade bei psychischen Beeinträchtigungen ist detailliert auf die zur Diskussion stehenden Beschwerden wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Ermüdbarkeit oder auch eingeschränkte Kompetenzen der sozialen Kontaktaufnahme einzugehen und aufzuzeigen, in welchem Ausmass diese sich auf die funktionelle Leistungsfähigkeit auswirken (vgl. dazu Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 2. Aufl. 2012, S. 58 f.; Ulrich Meyer-Blaser, Arbeitsunfähigkeit, in: Schaffhauser/Schlauri, Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, S. 48 f.). Vorliegend erweist sich das IV-Gutachten mithin auch deshalb als nicht verwertbar, weil darin mit keinem Wort zu Art und Ausmass einer allfälligen angepassten Verweistätigkeit Stellung bezogen wird.

#### **E. 4.2.2.8**

Damit steht fest, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit allein gestützt auf das IV-Gutachten nicht abschliessend und schlüssig beurteilen lassen.

#### **E. 4.2.3**

Zu prüfen bleibt, ob die medizinischen Stellungnahmen der Ärzte des medizinischen Dienstes (vgl. act. 23, S. 1 - 5; act. 48, S. 1 f.; act. 65, S. 1 - 3; act. 76 und Beilage 2 zu BVGer act. 18) die bei der Erhebung des medizinischen Sachverhaltes festgestellten Lücken zu schliessen vermögen.

#### **E. 4.2.3.1**

Vorab ist festzuhalten, dass Aktenbeurteilungen rechtsprechungsgemäss zulässig sind, wenn es sich nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes 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 mit Hinweisen). Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.7.4 hievore), sind in solchen Fällen allerdings 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 (Urteil 9C\_28/2015 E. 3.3).

#### **E. 4.2.3.2**

In Bezug auf den Schlussbericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 19. September 2013 gilt es zu beachten, dass dieser als Allgemeinmediziner nicht über die für die zuverlässige Beurteilung der psychischen und der kardiologischen Krankheit erforderliche Fachausbildung verfügt. In diesem Zusammenhang fällt sodann auf, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ den kardiologischen Beschwerden (Status nach Myokardinfarkt mit PTCA und Stent der RTX-Stenose bei 2-Gefässerkrankung, 60 %-Stenose) zwar einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zubilligt (act. 23, S. 1). Wie sich diese Herzbeschwerden auf die Leistungsfähigkeit auswirken, wird indes in diesem Schlussbericht nicht näher erläutert. Damit fehlt es auch insoweit an einer nachvollziehbaren Begründung. Ob als Folge des Myokardinfarktes im Jahre 2010 eine Einschränkung der Belastbarkeit und damit der Leistungsfähigkeit resultiert, wie dies jedenfalls von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ angenommen wird (vgl. BVGer act. 16, Beilage 6, S. 8), wurde im vorinstanzlichen Verfahren nicht abschliessend untersucht. Nachdem diese Frage ungeklärt geblieben ist und die fachliche Qualifikation des Experten überdies für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle spielt (vgl. dazu Urteil des BGer I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3), bedarf es zur verlässlichen Beurteilung einer ergänzenden Begutachtung durch einen Kardiologen. Dieser vermag als Spezialist für die Behördenmitglieder und Richter verlässliche und aktuelle Aussagen darüber zu machen, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass ein erkrankter Herzmuskel künftig weiterhin welcher Belastung ausgesetzt werden darf, welche Konsequenzen sich daraus für die funktionelle Leistungsfähigkeit ergeben und ob der aktuelle (kardiologische) Gesundheitszustand allenfalls durch wirksame Therapien erhalten oder gar noch verbessert werden kann.

#### **E. 4.2.3.3**

Auch in psychiatrischer Hinsicht vermögen die medizinischen Stellungnahmen des RAD den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten nicht zu genügen. Zum einen sind diesbezüglich die Voraussetzungen für eine reine Aktenbeurteilung nicht gegeben. Von einem an sich bereits feststehenden medizinischen Sachverhalt kann vorliegend mit Blick auf die nicht geklärten Diskrepanzen zwischen behandelnden Ärzten und Dr. med. H. \_\_\_\_\_ nicht die Rede sein. Zum andern hat auch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ explizit beanstandet, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Bereich der Befunderhebung "eindeutig Anekdotisches mit klaren Fakten vermischt" habe (act. 76, S. 3). Bei dieser Sachlage hätte die Vorinstanz auch in psychiatrischer Hinsicht weitere Abklärungen veranlassen müssen. Die blossе Tatsache, dass laut dem psychologischen Testverfahren (Mini-ICF-APP; vgl. hierzu SVR 2015 IV Nr. 10 S. 27, 8C\_398/2014 E. 4.3.2 und Urteil des BGer 8C\_340/2015 vom 1. September 2015 E. 4.3) gewisse Fähigkeiten nicht eingeschränkt sind (vgl. dazu act. 56, S. 6 unten), genügt für die Annahme der geltend gemachten vollen Leistungsfähigkeit nicht, zumal Dr. med. I. \_\_\_\_\_ die Ergebnisse des psychologischen Testverfahrens nur unvollständig wiedergegeben hat (vgl. dazu act. 56, S. 6 oben und act. 76, S. 4). Hinzu kommt, dass die Begründung von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ für seine vom Gutachten Dr. med. H. \_\_\_\_\_ abweichende Leistungsbeurteilung nicht stichhaltig ist. Insbesondere genügt die Schlussfolgerung, dass eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit nicht begründbar sei, weil die Kriterien der gestellten Diagnose "kaum erfüllt" seien (act. 76, S. 4), in diesem Zusammenhang nicht. Es ist namentlich zu fordern, dass der Arzt detailliert und nachvollziehbar begründet, weshalb er eine Diagnose als unrichtig einstuft und aus welchen Gründen er zu einer abweichenden Leistungsfähigkeitsbeurteilung gelangt ist. Die

Auseinandersetzung mit Berichten und Expertisen, welche von den der Verfügung zugrunde gelegten versicherungsinternen Stellungnahmen abweichen, ist deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (vgl. Urteil des BGer 9C\_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352). Überdies schliesst die Feststellung, dass mittels geeigneter Therapien noch ein Verbesserungspotenzial besteht, für sich allein die Annahme einer invalidisierenden Wirkung der Depression nicht aus. Schliesslich vermag auch der Hinweis von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in der ergänzenden Stellungnahme vom 29. Juni 2016 (Beilage 2 zu BVGer act. 18), dass Dr. med. I. \_\_\_\_\_ die gemäss ICD-10 F31.1 geforderten Kriterien für eine mittelgradige Depression nicht beschreibe, die bestehenden Widersprüche nicht auszuräumen.

#### **E. 4.2.4**

Damit steht fest, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der bis zum massgeblichen Verfügungszeitpunkt vom 25. März 2015 erstellten medizinischen Berichte und Gutachten nicht schlüssig beurteilen lassen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

#### **E. 5.1**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der relevante medizinische Sachverhalt nicht allseitig und zudem auch nicht vollständig abgeklärt wurde, sodass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Das IV-Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und die versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA erfüllen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage nicht. Vorliegend sind ergänzende Expertisen in den Fachbereichen Psychiatrie, Kardiologie und Innere Medizin geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann auch sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Nach dem Gesagten kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Eine antizipierte Beweiswürdigung fällt demnach ausser Betracht.

#### **E. 5.2**

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Dem Beschwerdeführer ist dazu

das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.).

### **E. 5.3**

Es sind zudem keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

### **E. 5.4**

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Wie vorstehend dargelegt, konnten die Ärzte des medizinischen Dienstes weder auf ein vollständiges medizinisches Dossier noch auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine reine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen unzulässig, was zwangsläufig zu weiteren Abklärungen hätte führen müssen. Würde eine mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhaltes auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen. Dies gilt insbesondere in Fällen wie dem vorliegenden, bei welchen die gebotene interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu Unrecht unterlassen worden und die Beurteilung nicht in Kenntnis sämtlicher Vorakten erfolgt ist. Daher und aufgrund dessen, dass aufgrund der Aktenlage nur eine ungenügende Beurteilung des Gesundheitszustands und der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **E. 5.5**

Nachdem der Beschwerdeführer am 4. Februar 2017 bereits sein 62. Altersjahr vollendet hat, wird die Vorinstanz nach Vorliegen des polydisziplinären Gutachtens zu prüfen haben, ob und gegebenenfalls inwiefern ihm die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit noch zumutbar ist. Denn rechtsprechungsgemäss wird das fortgeschrittene Alter, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist dabei auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462; Urteil des BGer 9C\_134/2016 vom 12. April 2016 E. 3.1).

### **E. 5.6**

Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz mit der Staatsangehörigkeit eines EU-Landes, welche in der Schweiz ohne Wohnsitz zu haben eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben und dem IVG nicht mehr unterliegen, weil sie ihre Erwerbstätigkeit infolge Krankheit oder Unfall aufgeben mussten, gelten hinsichtlich des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen als versichert (vgl. dazu Anhang Anhang XI der VO 883/2004 [Schweiz, Ziff. 8]; vgl. auch Kreisschreiben über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV [KSBIL; gültig ab 1. Juni 2002, Stand 1. Januar 2015], Rz. 1011.2). Für den Fall, dass die Vorinstanz nach Vorliegen des beweiskräftigen Gutachtens eine Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit bejahen sollte, wird sie mithin die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zu prüfen haben, da aufgrund der vorliegenden Aktenlage davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer seine Erwerbstätigkeit in der Schweiz infolge Krankheit aufgeben musste; denn im Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 4. Juli 2013 wird explizit auf eine seit rund 2 Jahren bestehende Burnout-Entwicklung hingewiesen (BVGer act. 16, Beilage 7, S. 9; vgl. dazu auch Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2013, S. 2; act. 5, S. 1 - 6). Bei dieser Sachlage hat der Beschwerdeführer als österreichischer Staatsangehöriger (auch mit Wohnsitz in Österreich) grundsätzlich Anspruch auf die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen.

#### **E. 5.7**

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 25. März 2015 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne von E. 5.1 - E. 5.6 und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

#### **E. 6**

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

#### **E. 6.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. 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. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

#### **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Die Mehrwertsteuer ist dabei nur für Dienstleistungen geschuldet, die im Inland gegen Entgelt erbracht werden, nicht jedoch im vorliegenden Fall, in dem die Dienstleistung für den Beschwerdeführer mit Wohnsitz im Ausland erbracht worden ist (vgl. Urteil des BVGer C-6983/2009 vom 12. April 2010 E. 3.2). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt) auf Fr. 2'500.- festgelegt (Art. 10 VGKE).

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