

BVGer C-3143/2015 vom 13. Oktober 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-10-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3143_2015

FR: TAF C-3143/2015 du 13 octobre 2016

IT: TAF C-3143/2015 del 13 ottobre 2016

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). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 18. Mai 2015 (Posteingang: 19. Mai 2015) ist demnach einzutreten (Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). 2.1 Gemäss Art. 40 Abs. 3 IVV bleibt die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle unter Vorbehalt der Absätze 2bis - 2quater erhalten. Verlegt eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz im Ausland hat, während des Verfahrens ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz in die Schweiz, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle über, in deren Tätigkeitsgebiet die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort oder ihren Wohnsitz nach Art. 40 Abs. 1 lit. a IVV hat (Art. 40 Abs. 2ter IVV). 2.2 Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz spätestens am 13. April 2015, das heisst nach Erlass des Vorbescheides vom 17. März 2015 (act. 9), aber noch vor Erlass der Verfügung vom 30. April 2015 (act. 12), in die Schweiz verlegt hat (act. 10). Bei einer ausschliesslich auf den Wortlaut von Art. 40 Abs. 2ter IVV gestützten Auslegung wäre an sich die kantonale IV-Stelle am gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnsitz für den Erlass der Verfügung zuständig. Vorliegend war indes das Abklärungsverfahren im Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz vollumfänglich abgeschlossen. Bei dieser Sachlage sprechen insbesondere prozessökonomische Gründe für die Zuständigkeit der IVSTA, zumal diese am besten in der Lage war, aufgrund ihrer Erhebungen den Sachverhalt materiell zu prüfen (vgl. dazu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007 Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] I 232/03 vom 22. Januar 2004 [SVR 2005 IV Nr. 39] E. 3.3.1). Der Erlass der Verfügung durch die Vorinstanz ist daher nicht zu beanstanden. 3.1 Mit Blick auf die Rechtsanwendung von Amtes wegen ist unter dem Aspekt des rechtlichen Gehörs vorab festzuhalten, dass der per Einschreiben versandte Vorbescheid vom 17. März 2015 dem Beschwerdeführer nicht zugestellt werden konnte und am 28. April 2015 ein erneuter Versand an die vom Beschwerdeführer bezeichnete schweizerische Adresse erfolgte (act. 10, S. 1 und act. 11). Der Vorbescheid erging alsdann bereits am 30. April 2015, ohne dass die Vorinstanz die 30-tägige Frist zur Erhebung eines Einwandes abgewartet hätte (act. 12). 3.2 Nach Art. 57a Abs. 1 IVG teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen

Entscheidung über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheid mit (Satz 1). Die versicherte Person hat Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 42 ATSG (Satz 2). Die Versicherten können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Einwände zum Vorbescheid machen (Art. 73ter Abs. 1 IVV). Der Vorbescheid ist insbesondere der versicherten Person zuzustellen (Art. 73bis Abs. 2 Bst. a IVV) 3.3 3.3.1 Eine Frist beginnt an dem auf die Zustellung folgenden Tag zu laufen (Art. 38 ASTG, auch Art. 20 Abs. 1 VwVG). Für den Nachweis der Tatsache sowie des Zeitpunktes der Zustellung einer Verfügung ist der Absender - somit die Behörde - in dem Sinn objektiv beweibelastet, als dass diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfolgt sein müssen (BGE 136 V 295 E. 5.9 S. 309; Urteil des Bundesgerichts 8C_679/2012 vom 12. Dezember 2012; Alfred Kölz/Isabelle Häner/Martin Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. Aufl. 2013, Rz. 577 ff.). Die Auslösung einer Frist setzt demnach voraus, dass diese ordnungsgemäss mitgeteilt, die Verfügung mithin ordnungsgemäss zugestellt wurde. Ob eine Verfügung, welche der betroffenen Partei in Verletzung der Vorschrift von Art. 49 Abs. 1 ATSG nicht schriftlich eröffnet wird, anfechtbar oder nichtig ist, ist nicht restlos geklärt. Die Frage kann indes vorliegend - wie zu zeigen sein wird - offengelassen werden. Aus einer mangelhaften Eröffnung darf den Parteien nämlich jedenfalls kein Nachteil erwachsen (Art. 49 Abs. 3 ATSG; Ueli Kieser, *ATSG-Kommentar*, 3. Aufl. 2015, Art. 49 N. 40 ff.; vgl. Urs Peter Cavelti, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], *Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG]*, 2008, Art. 20 N. 21). 3.3.2 Aufgrund des völkerrechtlichen Prinzips der Souveränität ist ein Staat nicht berechtigt, auf dem Gebiet eines anderen Staates Hoheitsakte vorzunehmen. Die Zustellung von Verfügungen und Entscheiden ins Ausland wird als Amtshandlung beziehungsweise als Hoheitsakt qualifiziert (vgl. dazu Jürg Stadelwieser, *Die Eröffnung von Verfügungen*, St. Gallen 1994, S. 196 f.) und hat daher grundsätzlich auf dem diplomatischen oder konsularischen Weg zu erfolgen (Urteile des BVerfG C-947/2011 vom 27. November 2012 E. 7.2 und A-1529/2008 vom 5. Mai 2008 E. 2.3). Die direkte postalische Zustellung eines amtlichen Schriftstücks ins Ausland ist ein Hoheitsakt auf fremdem Staatsgebiet, der nicht ohne Zustimmung des fremden Staats vorgenommen werden darf (BGE 105 Ia 307 E. 3b und 103 III 1 E. 2b). Eine direkte Postzustellung ist einzig zulässig, wenn die Schweiz mit dem entsprechenden Staat ein derlei erlaubendes Abkommen abgeschlossen hat (vgl. Cavelti, a.a.O., Art. 20 N. 20). 3.3.3 Eine staatsvertragliche Regelung, welche die direkte Zustellung des Vorbescheids nach Thailand erlauben würde, besteht derzeit nicht. Dementsprechend hätte die Vorinstanz den Vorbescheid entweder an eine vom Versicherten zu bezeichnende Zustelladresse in der Schweiz (Art. 11b Abs. 1 VwVG) oder auf dem diplomatischem respektive konsularischem Weg zustellen müssen. Überdies hat es die IVSTA unterlassen, nach Kenntnisnahme des erfolglosen Zustellungsversuchs nach Thailand und zweiter Zustellung an die neu bekannt gegebene Adresse in der Schweiz (act. 10 + 11) den Ablauf der 30tägigen Frist für die Erhebung eines Einwandes abzuwarten. Dadurch hat sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf die Wahrung des rechtlichen Gehörs verletzt. 3.4 Ob die Verletzung des Gehörsanspruchs im Beschwerdeverfahren geheilt werden kann, braucht vorliegend nicht entschieden zu werden, da die Streitsache - wie nachfolgend (E. 5.2 sowie E. 6.1 - E. 6.5) darzulegen ist - bereits aus materiell-rechtlichen Gründen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. 4.1 Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger und lebte im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2015 wieder in der Schweiz (vgl. E. 2.2 hievore). Der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der

schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich demnach sowohl in materiell-rechtlicher als auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht nach schweizerischem Recht, insbesondere dem IVG, der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201), dem ATSG sowie der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11).

4.2 Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenige Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2015 in Kraft standen.

4.3 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 (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N. 2 f.). Laut den entsprechenden Abklärungen der Vorinstanz hat der Beschwerdeführer während 417 Monaten, das heisst während mehr als 34 Jahren, Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (act. 6); er erfüllt mithin ohne Weiteres die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente.

4.4 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).

4.5 Nach ständiger Rechtsprechung vermag ein Alkoholismus eine Invalidität im Sinne des Gesetzes nicht zu begründen. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c S. 268). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen

Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (Urteil des BGer 8C_906/2013 vom 22. Mai 2014 E. 2.2 mit Hinweisen).

4.6 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).

4.7 4.7.1 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).

4.7.2 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).

4.7.3 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).

4.7.4 Die regionalen ärztlichen Dienste 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 praxisgemässen 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.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, zu denen die RAD-Berichte gehören, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweis; Urteile des BGer 8C_588/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 2 und 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 5

Nachfolgend ist in erster Linie zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist.

E. 5.1

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2015 liegen die folgenden ärztlichen Berichte und Stellungnahmen vor: - Nach durchgeführter Thoraxsonografie vom 20. Februar 2013 diagnostizierten die Pneumologen des Kantonsspitals St. Gallen beim Beschwerdeführer eine biventrikulär dekompenzierte Herzinsuffizienz, am ehesten im Rahmen einer hypertensiven Krise bei Verdacht auf hypertensive Kardiopathie (IV-act. 11, S. 20). Ferner befundeten die Radiologen, Dres. med. D. _____ und E. _____, mit Bericht vom 20. Februar 2013 einen grossvolumigen Pleuraerguss (Flüssigkeitsansammlung in der Pleurahöhle; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2014, S. 1653) rechts mit Teilatektase (teilweise nicht entfalteter oder kollabierter Alveolarraum der Lunge; Pschyrembel, a.a.O., S. 190 f.) der rechten Lunge sowie einen kleinvolumigen Pleuraerguss links, eine geringe hilomediastinale Lymphadenopathie, kortikale Nierenzysten beidseits sowie eine dekonfigurierte Leber mit Vergrösserung des Segments I, eine Cholecystolithiasis (Gallenblasenstein; Pschyrembel, a.a.O., S. 374), eine kleine axiale Hiathushernie (Verlagerung von Magenanteilen und ggf. weiteren Baucheingeweiden durch eine Lücke im Zwerchfell; Pschyrembel, a.a.O., 889) sowie degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule. Gestützt auf diese Befunde kamen sie zum Schluss, dass kein Nachweis einer Lungenembolie bestehe. Es lägen ein grossvolumiger Pleuraerguss rechts, ein kleiner Pleuraerguss links sowie eine gering dekonfigurierte Leber bei C2-Abusus vor (IV-act. 11, S. 19). - Gestützt auf eine ebenfalls am 20. Februar 2013 im Kantonsspital St. Gallen durchgeführte Echokardiografie kam Dr. med. F. _____ zum Schluss, dass eine schwergradig eingeschränkte LVEF (linksventrikuläre Ejektionsfunktion) bei deutlich konzentrisch hypertrophiertem LV (Linker Ventrikel) sowie relevanter pulmonaler Drucksteigerung vorliege (IV-act. 11, S. 15). - Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt vom 20. Februar bis 1. März 2013 im Kreisspital für das Freiamt Muri diagnostizierten Dres. med. G. _____ und prakt. med. H. _____ beim Beschwerdeführer mit Austrittsbericht vom 11. März 2013 eine hypertrophe Kardiopathie mit akuter biventrikulärer Herzinsuffizienz (NYHA IV), einen Diabetes mellitus Typ 2, eine chronische diabetische Nephropathie (KDOQI II), eine Depression (Status nach Suizidversuch) sowie einen regelmässigen C2-Konsum

(Alkoholkonsum). In ihrer Beurteilung führten sie aus, nach Durchführung der Pleurapunktion im Kantonsspital St. Gallen und einer diuretischen Therapie mit dem Medikament Lasix habe sich die Dyspnoe deutlich gebessert. Als Folge der diuretischen Therapie mit dem Arzneimittel Torasemid habe sich das Gewicht des Beschwerdeführers während des Aufenthaltes um 6.5 kg vermindert. Wegen der depressiven Problematik habe man mit der Verabreichung des Medikaments Cipralext begonnen (IV-act. 11, S. 8 - 12), - Mit Bericht vom 19. April 2013 kam Dr. med. I. _____ zum Schluss, dass eine mässiggradige diabetische Retinopathie (durch Diabetes mellitus hervorgerufene Erkrankung der Netzhaut des Auges) vorliege; bei guter Zuckereinstellung könne mit einem stabilen Verlauf oder gar einer Besserung der Retinopathie gerechnet werden (IV-act. 11, S. 7). - Mit Bericht vom 19. Februar 2014 hielt die behandelnde Hausärztin, med. prakt. C. _____, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine weiterhin bestehende Herzinsuffizienz (bei Status nach Aszites, nach grossvolumigem Pleuraerguss rechts, nach Pleuraerguss links, nach dekonfigurierter Leber bei Status nach C2-Abusus, nach biventrikulärer Herzdekompensation), einen Diabetes mellitus Typ 2, eine chronische diabetische Nephropathie, depressive Episoden, einen Status nach regelmässigem C2-Konsum, ein chronisches spondylogenes LWS-Schmerzsyndrom bei degenerativen LWS-Erkrankungen, eine mässige diabetische Retinopathie sowie einen Astigmatismus (Hornhautverkrümmung) beidseits fest. Darüber hinaus wies sie darauf hin, dass aufgrund der massiven Herzerkrankung medizinische Massnahmen nutzlos seien. Nach ihrer Einschätzung könne der Beschwerdeführer für leichtere Tätigkeiten ohne körperliche Anstrengung sowie unter stabilen Wettereinflüssen im Umfang von schätzungsweise 50 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen (IV-act. 11, S. 2 - 5). - Auf entsprechendes Ersuchen der IV-Stelle um Erstellung eines Verlaufsberichts hin teilte med. prakt. C. _____ der Behörde am 1. September 2014 mit, dass sie den Beschwerdeführer letztmals am 31. Januar 2014 gesehen habe und deshalb nicht zum Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung Stellung nehmen könne (IV-act. 15, S. 5). - Mit Schlussbericht vom 18. Februar 2015 hielt der RAD-Arzt, Dr. med. B. _____, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine hypertrophe Kardiopathie mit akuter Herzinsuffizienz (nach ICD-10: I11.0), einen Diabetes mellitus Typ 2 mit Dekompensation, sowie eine Nephropathie Stadium II und mässige Retinopathie (ICD-10: E11.2) fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine Depression (Status nach Suizidversuch; ICD-10: F32.9), einen regelmässigen Alkoholkonsum mit Hepatopathie (ICD-10: F10.1) sowie eine Cholelithiasis (ICD-10: K80.5) an. Für die bisherige Tätigkeit als Berufschaffeur attestierte er dem Beschwerdeführer ab 20. Februar 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; demgegenüber ging er in einer angepassten Tätigkeit ab 20. April 2013 bis auf Weiteres von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % aus. Im Rahmen des medizinischen Zumutbarkeitsprofils sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer keine Gewichte von mehr als 10 kg heben dürfe. Ferner seien mittelschwere und schwere Arbeiten, Tätigkeiten unter Einfluss von Schlechtwetter, Feuchtigkeit, Kälte und Hitze zu vermeiden. Zu beachten sei überdies die (verminderte) Stressresistenz; sodann dürfe er keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten durchführen und keine gewerblichen Fahrzeuge führen. Mit der von der Hausärztin, med. prakt. M. C. _____, attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Verweistätigkeit sei er nicht einverstanden, da diese am 7. Februar 2014 einen kardial kompensierten Versicherten in gutem Allgemeinzustand schildere. Deshalb sei dem Versicherten nach seiner Beurteilung unter Beachtung der genannten Limitationen medizinisch eine vollschichtige Verweistätigkeit zumutbar (act. 7, S. 1 - 5).

E. 5.2

Die Vorinstanz stützte ihre Beurteilung in der angefochtenen Verfügung auf die dargelegten medizinischen Berichte und Stellungnahmen. Nachfolgend gilt es objektiv zu prüfen, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis) gestatten.

E. 5.2.1

Die Vorinstanz stützte ihre Leistungsfähigkeitsbeurteilung in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die Stellungnahmen von Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Medizin beim RAD der IVSTA, vom 18. Februar 2015 ab (act. 7, S. 1 - 5). Der Arzt kam darin zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Verweistätigkeit, welche den durch die genannten Diagnosen bedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen Rechnung trage, zu 100 % möglich und zumutbar sei. Allerdings kann aus dem Hinweis allein, dass Dr. med. C._____ dem Beschwerdeführer einen guten Allgemeinzustand attestiert hat, nicht ohne Weiteres auf eine 100%ige Leistungsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit geschlossen werden.

E. 5.2.2

Beim Schlussbericht von Dr. med. B._____ handelt es sich um einen versicherungsinternen Bericht im Sinn von Art. 59 Abs. 2bis IVG, welchem der Beweiswert auch bei einem Verzicht auf eine persönliche Untersuchung nicht per se abzusprechen ist, sofern er die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten erfüllt (vgl. E. 4.7.1 und 4.7.2 hiavor). Dazu gehört namentlich, dass der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, 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 einleuchten und dass die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V. 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Diese Anforderungen sind vorliegend aus folgenden Gründen nicht erfüllt:

E. 5.2.3

Den versicherungsinternen Berichten mangelt es zunächst an der für eine verlässliche Beurteilung erforderlichen Vollständigkeit. Zwar hat Dr. med. B._____ in seiner Stellungnahme die Diagnose der hypertrophen akuten Herzinsuffizienz (ICD-10: I11.0) gestellt. Auf die Tatsache, dass gestützt auf die Beurteilung von med. prakt. C._____ eine biventrikuläre Herzinsuffizienz mit schwergradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion besteht (IV-act. 11, S. 2 - 5), geht der RAD-Arzt allerdings nicht ein. Damit bleibt ungeklärt, weshalb trotz dieser massiven kardiologischen Einschränkung eine volle Leistungsfähigkeit für eine angepasste Verweistätigkeit anzunehmen sein soll. In diesem Zusammenhang gilt es zu beachten, dass den konkretisierenden Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften - als Ausdruck des medizinischen Grundkonsenses innerhalb des jeweiligen Fachgebietes - rechtsprechungsgemäss eine hohe Bedeutung zukommt (BGE 141 V 281 E. 5.1.2 m.w.H.). Im Bereich der Kardiologie können die (deutschen) Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzkrankheit herangezogen werden (vgl. dazu Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzkrankheit, Deutsche Rentenversicherung, November 2015, S. 40; <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208324/publication>

File/61534/leitlinien_rehabeduerftigkeit_khk_langfassung_pdf.pdf >, abgerufen am 08.09.2016). Diese sehen für die Einschätzung der Ejektionsfraktion mittels Echokardiografie die folgenden Werte vor: Tabelle 11: Einschätzung der Ejektionsfraktion mittels Echokardiographie Geschlecht LV EF (%) Einschätzung Männer 52 - 72 normal 41 - 51 leichtgradig reduziert 30 - 40 mittelgradig reduziert < 30 schwergradig reduziert Daraus erhellt, dass laut der einhelligen medizinischen Fachmeinung bei einer Ejektionsfraktion (EF) von weniger als 30 % - wie im vorliegenden Fall mit einer LV EF von 25 % (vgl. dazu act. 7, S. 1) - eine massive Einschränkung ausgewiesen ist.

E. 5.2.4

Nicht geklärt wurde bis dato auch, welchen Einfluss die von med. prakt. C. _____ gestellten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, wie insbesondere die depressiven Episoden, der regelmässige Alkoholkonsum, das chronische spondylogene LWS-Schmerzsyndrom, die diabetische Retinopathie sowie der beidseitige Astigmatismus (IV-act. 11, S. 2 - 5), auf die Leistungsfähigkeit haben. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die genannten Diagnosen vom RAD-Arzt nur teilweise aufgeführt wurden (act. 7, S. 1), sodass es auch in dieser Hinsicht an einer umfassenden medizinischen Beurteilung fehlt. Im Hinblick auf die verlässliche Abklärung der Folgen der depressiven Episoden auf die Arbeitsfähigkeit sind weitere Abklärungen bei einem psychiatrischen Gutachter angezeigt. Dies ist auch mit Blick auf die verminderte Stressresistenz geboten. Das chronische spondylogene Schmerzsyndrom ist sodann durch einen Rheumatologen zu begutachten.

E. 5.2.5

Hinzu kommt, dass sich in den Akten mehrere klare Hinweise auf eine Alkoholerkrankung finden (vgl. dazu IV-act. 11, S. 3, 8, 11, 13 und 19). So wurde bereits im Austrittsbericht des Kreisspitals Muri vom 11. März 2013 sinngemäss ausgeführt, es sei eine Alkoholabstinenz anzustreben. Die im Recht liegenden ärztlichen Berichte und Stellungnahmen setzen sich nicht mit den zwingend zu beantwortenden Fragen auseinander, ob nach wie vor eine Suchtabhängigkeit besteht, ob dieser gegebenenfalls Krankheitswert zukommt und welche Wechselwirkung allenfalls zwischen der Sucht und der Depression besteht. Zu klären ist insbesondere, ob der übermässige Alkoholkonsum einen körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden bewirkt hat oder ob er selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist (vgl. dazu E. 4.5 hievor). Die ungeklärt gebliebenen Fragen, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass durch den Alkoholkonsum Organschäden verursacht wurden, sowie die chronische Niereninsuffizienz im Stadium 2 bedürfen einer ergänzenden spezialärztlichen Begutachtung durch einen Internisten.

E. 5.2.6

In formeller Hinsicht erfüllt der Bericht von Dr. med. B. _____ die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten nicht. Zum einen fehlt eine Zusammenfassung der relevanten anamnestischen Akten mit Hinweis auf die entsprechenden Befunde, Diagnosen und Beurteilungen. Unter dem Aspekt der Vollständigkeit ist deshalb zu verlangen, dass der Gutachter die Anknüpfungstatsachen, das heisst die tatsächlichen Grundlagen des Gutachtens, die er nicht selber beschafft hat, einzeln und mit ihrem wesentlichen Inhalt rekapituliert (vgl. Alfred Bühler, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten unter Berücksichtigung der jüngsten Lehre und

Rechtsprechung, in: Jusletter vom 21. Juni 2010, S.18; Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.1). Zum anderen fällt die eigentliche versicherungsmedizinische Beurteilung zu kurz respektive zu oberflächlich aus (vgl. dazu Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 2. Aufl. 2012, S. 57 f.). Es ist insbesondere nicht nachvollziehbar begründet, weshalb trotz der aktenmässig ausgewiesenen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit keinerlei Einschränkungen bestehen sollen.

E. 5.2.7

Zudem gilt es zu beachten, dass Dr. med. B._____ als Allgemeinmediziner nicht über die für die zuverlässige Beurteilung der Herzkrankheit erforderliche Fachausbildung als Kardiologe verfügt. Dieser Mangel kann durch die blossе Würdigung kardiologischer Berichte nicht geheilt werden.

E. 5.2.8

Überdies findet sich in der erwähnten versicherungsinternen Beurteilungen auch keine Auseinandersetzung mit dem hausärztlichen Bericht, welcher von der Beurteilung von Dr. med. B._____ erheblich abweicht. Damit bleibt in kardiologischer Hinsicht der Widerspruch bestehen zwischen der von Dr. med. B._____ angenommenen vollen Leistungsfähigkeit in einer Verweistätigkeit einerseits und der von med. prakt. C._____ attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit andererseits. 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 9C_986/2009 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352). Im vorliegenden Fall bestehen erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, weshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind.

E. 5.2.9

Der Gesundheitszustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit lassen sich allein unter Berücksichtigung der bis zum massgeblichen Verfügungszeitpunkt vom 30. April 2015 erstellten medizinischen Berichte nicht schlüssig beurteilen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb). 6.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz den Gehörsanspruch des Beschwerdeführers verletzt hat, indem sie eine Verfügung erlassen hat, ohne den Ablauf der 30tägigen Frist für die Erhebung eines Einwandes abzuwarten. Darüber hinaus steht fest, 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. Die vorliegenden Arztberichte wie auch die versicherungsinterne medizinische Stellungnahme erfüllen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten nicht. Vorliegend sind ergänzende Expertisen in den Fachbereichen Kardiologie, Rheumatologie, Psychiatrie und Innere Medizin sowie eine fachübergreifende Würdigung dieser Disziplinen 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.

6.2 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.).

6.3 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 Fragen 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, konnte der RAD-Arzt 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 zur Einholung eines Administrativgutachtens hätte führen müssen. Würde eine derart 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. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als Aktenbeurteilungen durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die nicht selten (so auch hier) weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis sämtlicher Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Daher und aufgrund dessen, dass aufgrund der Aktenlage nur eine sehr rudimentäre Beurteilung des Gesundheitszustands und der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Vorinstanz wird mit Blick auf die Zuständigkeitsregelung in Art. 40 Abs. 2ter IVV die gebotenen weiteren Abklärungen an die zuständige IV-Stelle übertragen können, sofern der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz weiterhin in der Schweiz beibehält.

6.4 Nachdem der Beschwerdeführer inzwischen wieder in der Schweiz Wohnsitz hat, wird die zuständige IV-Stelle nach Vorliegen des polydisziplinären Gutachtens auch die Durchführung von beruflichen Massnahmen im Sinne von Art. 15 ff. IVG zu prüfen haben.

6.5 Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 30. April 2015 aufzuheben ist und die

Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne von E. 6.1 - E. 6.4 und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung respektive Übertragung der Streitsache an die zuständige IV-Stelle zurückzuweisen sind.

E. 7

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

E. 7.1

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. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

Dem obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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