

# **BVGer C-4796/2017 vom 25. Juli 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-07-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4796\\_2017\\_d20170725](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4796_2017_d20170725)

FR: TAF C-4796/2017 du 25 juillet 2017

IT: TAF C-4796/2017 del 25 luglio 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch | Invalidenversicherung (IV), Rentenanspruch; (Verfügung vom 25. Juli 2017)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (BVGer-act. 4), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 25. Juli 2017, mit der die Vorinstanz den vom Beschwerdeführer mit Gesuch vom 16. Januar 2015 geltend gemachten Anspruch verneint hat. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung

C-4796/2017 Seite 9 und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die vom Bundesverwaltungsgericht im Entscheid C-317/2016 vom 28. April 2016 angeordnete polydisziplinäre Expertise nunmehr eine rechtsgenügeliche Grundlage für die Prüfung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers bildet und damit der Sachverhalt vollständig abgeklärt ist.

#### **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).

#### **E. 2.2**

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahr- scheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tat- sache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des BGer 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist portugiesischer Staatsangehöriger und wohnt in Portugal, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getre- tene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einer- seits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügig- keit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Best- immungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bi- lateralен 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 ins- besondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (25. Juli 2017) finden

C-4796/2017 Seite 10 vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen und per 1. Januar 2015 revidierten Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parla- ments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1, inkl. Änderungen per 1. Ja- nuar 2015) 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, inkl. Änderun- gen per 1. Januar 2015) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvor- schriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und An- hang VII der Verordnung (EG) Nr. 883/2004).

### **E. 3.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- geblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 25. Juli 2017 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeit- punkt bereits ausser Kraft

getreten waren, die aber für die Beurteilung allerfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 3.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 25. Juli 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verän- dert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsver- fügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 4**

Zunächst sind nachfolgend die gesetzlichen Grundlagen sowie die mass- gebenden Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen.

C-4796/2017 Seite 11

#### **E. 4.1**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG; vgl. E. 4.2 hier- nach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehe- nen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversiche- rung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (IVSTA-act. 105), so dass die Vorausset- zung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt ist.

#### **E. 4.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidi- tät kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körper- lichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zu- mutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teil- weise 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 Erwerbsunfä- higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Un- fähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem ande- ren Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 4.3**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungs- massnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min- destens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG

sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf

C-4796/2017 Seite 12 eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

#### **E. 4.4.1**

Bei einer Neuanmeldung (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) der versicherten Person nach früherer Leistungsverweigerung sind die Revisionsregeln analog anwendbar (BGE 134 V 131 E. 3; 117 V 198 E. 3a). Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des BGer 8C\_104/2017 vom 13. Juni 2017 E. 3). Dabei sind bei der materiellen Prüfung (der Rentenrevision) zwei Schritte zu unterscheiden: Zunächst ist zu untersuchen, ob ein Revisionsgrund in Form einer für den Anspruch erheblichen Veränderung des Sachverhaltes vorliegt. Trifft dies nicht zu, so bleibt es beim bisherigen Rechtszustand, und eine neue Invaliditätsbemessung ist nicht notwendig. Ist demgegenüber ein Revisionsgrund ausgewiesen, hat eine aktuelle Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen, welche sich an den im Revisionszeitpunkt geltenden Regeln und Massstäben orientiert (vgl. dazu BGE 141 V 9 E. 2.3; THOMAS FLÜCKIGER, in: Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 17 N. 18 f.). Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Veränderung muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein (Urteil des BGer 9C\_698/2012 vom 3. Mai 2013 E. 2.3). Ist in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist dagegen eine anspruch-

C-4796/2017 Seite 13 erhebliche Änderung des Sachverhaltes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteile des BGer 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1; 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1.).

#### **E. 4.4.2**

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

#### **E. 4.4.3**

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3).

#### **E. 4.5.1**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung

C-4796/2017 Seite 14 als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 4.5.2**

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. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte

ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Der RAD hat die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Ergänzende Abklärungen sind auch bei nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5. 2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

### **E. 4.5.3**

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).

C-4796/2017 Seite 15

### **E. 5**

Mit Blick auf den portugiesischen Rentenbescheid des portugiesischen Rentenministeriums («Ministério da Saúde») vom 12. Mai 2016 (IVSTA-act. 89 = 119 = Beilage 3 zu BVGer-act. 1), mit welchem dem Beschwerdeführer eine ganze Rente (Invaliditätsgrad: 72 %) zugesprochen wurde, ist vorab festzuhalten, dass der Versicherte daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten kann, denn sein allfälliger Rentenanspruch bestimmt sich alleine aufgrund der schweizerischen Bestimmungen. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2), und aus dem Ausland stammende Beweismittel unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des BVGer C-3377/2016 vom 28. März 2017 E. 4 mit Hinweisen; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 6**

Nachfolgend ist zu prüfen, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist; die dafür massgeblichen zeitlichen Referenzpunkte (vgl. E. 4.4.3 hievor) sind einerseits der 9. Januar 2014 (IVSTA-act. 30; Datum der letzten rechtskräftigen Verfügung, welcher eine rechtsgenügeliche materielle Beurteilung zu Grunde lag) und andererseits der 25. Juli 2017 (IVSTA-act. 127; Datum der vorliegend angefochtenen Verfügung).

### **E. 7.1**

Die Verfügung vom 9. Januar 2014 beruht auf der Annahme, dass beim Beschwerdeführer keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres bestanden habe. Trotz den bestehenden Gesundheitsschäden sei ihm die Ausübung der Erwerbstätigkeit noch in einem Umfang zumutbar, der einen Anspruch auf Rente ausschliesse (IVSTA-act. 30). Sie basiert im Wesentlichen auf folgenden ärztlichen Einschätzungen (in chronologischer Reihenfolge): – Im Bericht des Spital F.\_\_\_\_\_, Thoraxchirurgie, unterzeichnet von G.\_\_\_\_\_, Krankenhausassistent, wird eine koronare Dreifässerkrankheit diagnostiziert. In der Folge sei am 3. August 2007 eine koronare Bypass-Operation durchgeführt worden (IVSTA-act. 3 = 34 = 77).

C-4796/2017 Seite 16 – In den Arztberichten vom 8. Mai 2012 (IVSTA-act. 11) und vom 10. September 2012 (IVSTA-act. 9) führte die Kardiologin E.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer toleriere die für seinen Beruf nötige körperliche Anstrengung nicht, weshalb er berentet werden müsse, und stellte jeweils folgende Diagnosen: – Revaskularisations-Chirurgie Myokard 2007 zur Behandlung der atherosklerotischen koronaren Dreifässerkrankung – Arterielle Hypertonie – Dyslipidämie – Diabetes mellitus (10. September 2012 ergänzend: nicht insulinbehandelt) – Dr. H.\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, diagnostiziert in seinem Attest vom 18. Mai 2012 einen Diabetes mellitus Grad 1, Hypertonie, ischämische Kardiopathie operiert (IVSTA-act. 2). – Im Formular E 213 P hielt die Ärztin des P.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_, am 22. Januar 2013 folgende Diagnosen fest: Diabetes Grad 2, eine Dyslipidämie, Status nach dreifacher Bypassoperation am 3. August 2007, depressive Stimmungslage, Müdigkeit, sowie einen negativen Belastungstest 2012, worauf sie dem Beschwerdeführer eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit attestierte (IVSTA-act. 8). – Gemäss einem Bericht des J.\_\_\_\_\_ wurde am 11. März 2013 ein Belastungs-EKG durchgeführt. Dabei sei dieser Test negativ betreffend Ischämie ausgefallen. Es zeige sich eine gute Toleranz bei Anstrengungen (IVSTA-act. 22). – Der RAD-Arzt, Dr. K.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 10. September 2013 fest, der Diabetes mellitus Typ II und die erfolgreich behandelte koronare Herzkrankheit hätten keine funktionellen Auswirkungen. Aus einem gesundheitlichen Standpunkt könne der Versicherte seinen bisherigen Beruf weiterhin uneingeschränkt ausüben (IVSTA-act. 25).

## **E. 7.2**

Mit Neuanmeldung des Beschwerdeführers am 16. Januar 2015 (IVSTA-act. 32) gelangten weitere medizinische Unterlagen zu den Akten (in chronologischer Reihenfolge): – Im Arztbericht vom 14. Oktober 2013 stellt die Kardiologin E.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (IVSTA-act. 40): – Chirurgische Myokardrevaskularisation 2007 zur Behandlung der atherosklerotischen koronaren Dreifässerkrankung – Arterielle Hypertonie

C-4796/2017 Seite 17 – Dyslipidämie – Diabetes mellitus nicht insulinbehandelt Obwohl sich die klinische Situation stabilisiert habe dürfe der Patient keinen intensiven körperlichen Anstrengungen ausgesetzt sein, welche für seinen Beruf erforderlich seien. Diese Einschränkung sei dauerhaft, sodass sie von einer Genesung unbeeinflusst bleibe. Der Patient solle deshalb in den Ruhestand treten und müsse berentet werden. – Dr. H.\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, führte in seinem Bericht vom 15. Oktober 2013 aus, der Beschwerdeführer leide seit dem kardiovaskulären Eingriff trotz Poly-medikation an einer Dyspnoe. Seine klinische Situation sei mit seinem Beruf als Schuhmacher unvereinbar. Dabei stellte er folgende Diagnosen (IVSTA-act. 37): – Ischämische hypertensive

Kardiopathie nach Revaskularisation (chirurgisch kardio-vaskulär) 2007 zur Behandlung der Dreifesselkrankung – Diabetes mellitus Typ II – Gemischte Dyslipidämie – Anstrengungsdyspnoe mit Angor – In einem Bericht zu einem am 23. Oktober 2013 durchgeführten Echokardiogramm hielt Prof. Dr. L. \_\_\_\_\_ fest, dass der durchgeführte ischämische Rhinokardietest nicht schlüssig sei. Es zeige sich eine angemessene Belastungstoleranz. Angesichts der Symptome werde ein Ischämietest mit Bild empfohlen (IVSTA-act. 43). – Dr. M. \_\_\_\_\_ des J. \_\_\_\_\_ hielt mit Arztbericht vom 25. November 2013 fest, dass der Beschwerdeführer als Diabetiker Typ II derzeit mit gemischten Therapien behandelt werde, zu denen eine Insulintherapie gehöre, und eine klinische und pädagogische Begleitung erfordere, dies in einer Diabetes-Sprechstunde und in Zusammenarbeit mit den anderen Fachgebieten, namentlich der Kardiologie aufgrund der bestehenden ischämischen Herzerkrankungen nach der am 28. Juni 2007 erfolgten Bypass-Operation. Es bestünden zudem eine Hypertonie und Dyslipidämie als zusätzliche Risikofaktoren (IVSTA-act. 38). – Dr. H. \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, hielt mit Attest vom 12. Februar 2014 fest, die klinische Situation des Beschwerdeführers sei mit der Ausübung seines Berufs als Schuhmacher inkompatibel. Dabei stellte er folgende Diagnosen (IVSTA-act. 39 = 56): – Arterielle Hypertonie mit operierter ischämischer Herzinsuffizienz – Kontrollierter Diabetes mellitus Typ II

C-4796/2017 Seite 18 – Coxarthrose beidseits mit häufiger invalidisierender Coxalgie – Belastungsdyspnoe – Angor mit kürzlicher Verstärkung – Aus dem Arztbericht vom 14. Juli 2014 des N. \_\_\_\_\_, unterzeichnet von Dr. O. \_\_\_\_\_, geht hervor, dass eine degenerative Gelenkerkrankung des Ellenbogens mit unregelmässiger Reduktion des Gelenkspalts, Rand-Osteophyten und freie intraartikuläre Kalkkörper bestehen würden, hingegen keine Weichteilverkalkungen. Die degenerativen Aspekte seien dabei sekundär, von posttraumatischer oder mikrokristalliner Ätiologie, wobei erstere Hypothese aufgrund der verfügbaren klinischen Informationen die wahrscheinlichere sei. Die Auswertung des periartikulären Weichteilgewebes habe keine durch die verwendete Bildgebungstechnik erkennbaren Veränderungen gezeigt mit Ausnahme eines leichten Gelenkergusses (IVSTA-act. 35 = 55). – Dem Attest von Dr. H. \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, vom 18. September 2014 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IVSTA-act. 36 = 57): – Arterielle Hypertonie mit operierter Ischämie (anhaltende Belastungsdyspnoe) – Kontrollierter Diabetes mellitus Typ I – Gemischte Dyslipidämie – Schmerzhaftes Schultersyndrom links – Degenerative Radikulalgie der Lendenwirbelsäule – Iatrogene Gastritis mit gelegentlichen Krampfanfällen – Der RAD-Arzt, Dr. C. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 28. Februar 2015 aus, dass er dem Kardiologen nicht zustimme, wonach die Arbeit eines Schuhmachers regelmässig intensive körperliche Anstrengungen erfordere, sodass er aus kardiologischer Sicht noch immer keine signifikante Arbeitsunfähigkeit feststellen könne. Anders könnte die Situation aus orthopädischer Sicht sein, wo jetzt mehrere degenerative Veränderungen genannt würden (linke Schulter, Ellenbogen, Wirbelsäule), dies jedoch ohne eine zuverlässige klinische Untersuchung (IVSTA-act. 45). – Im Formular E 213 P hielt die Ärztin des P. \_\_\_\_\_, I. \_\_\_\_\_, am 9. Juni 2016 gestützt auf eine Untersuchung des Beschwerdeführers sowie den Vorakten fest, die Ausübung seines Berufs als Schuhmachers sei diesem nicht mehr zumutbar und es bestehe eine vollständige, unbefristete Arbeitsunfähigkeit ab dem 17. Juli 2012, aufgrund der folgenden Diagnosen (IVSTA-act. 52): – Ischämische Herzerkrankung

C-4796/2017 Seite 19 – Arterielle Hypertonie – Diabetes Typ II, insulinbehandelt – Degenerative Ellenbogenveränderung posttraumatischer Ätiologie – Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule und des Hüftgelenks – Dr. Q.\_\_\_\_\_, Radiologe, R.\_\_\_\_\_, führte in seinem Bericht vom 26. Mai 2015 aus, es seien Anzeichen einer Arthrose im linken Ellenbogen mit einer geringfügigen reaktiven Osteophytose der Apophyse des Koronoid der Elle und des Olecranon sowie Verkalkungen des Gewebes erkennbar, welche auf der äusseren Ebene des speichseitigen Humerusgelenkspaltes hervorstünden. Ebenfalls zeigten sich Verkalkungen am den Epikondylus umliegenden Gewebe, was bereits das Vorliegen einer Epicondylitis in einem chronischen Stadium bedeute. Rechts bestehe eine Coxarthrose mit marginaler acetabulärer Osteophytose des Femurkopfes sowie einer Verkleinerung der Gelenkeinlage entsprechend der übergeordneten Ebene durch eine knorpelartige Verbindung (IVSTA-act. 53). – Dr. S.\_\_\_\_\_, Orthopädin, diagnostizierte am 5. Juni 2015 Folgendes (IVSTA-act. 54): – Arthrose am linken Ellenbogen (Grad IV). Bewegungsfeld: 5-120 – Coxarthrose nach rechts (Grad IV). Bewegungsfeld: Verminderung der Innenrotation (minus 20 Grad von der linken Hüfte) – Der RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_\_ nahm am 11. Juli 2015 erneut zu den eingereichten Unterlagen Stellung und hielt folgende Diagnosen fest (IVSTA-act. 59): – Rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom (M47.8) – Posttraumatische und degenerative Veränderungen des linken Ellenbogens – Einschränkung der Beweglichkeit – Chronisch ischämische Kardiopathie (I25) – Status nach Koronararterien-Bypass – Nicht schlüssiges Belastungs-EKG bezüglich residueller Ischämie Aufgrund dieser Diagnosen würden funktionelle Einschränkungen für allgemeine körperliche Anstrengungen mit einer mittel bis schweren Behinderung bestehen. Der Beschwerdeführer leide an einer ischämischen Herzkrankheit mit einem Status nach einem koronaren Bypass, an degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, des linken Ellenbogens und der rechten Hüfte. Trotz der mangelhaf-

C-4796/2017 Seite 20 ten Qualität oder auch des Fehlens (orthopädische Untersuchung) sei er der Ansicht, dass insgesamt diese Pathologien auf der einen Seite zu einer geringeren körperlichen Belastbarkeit im Allgemeinen führen (berichtet als subjektive Beschwerden wie z.B. leichte Ermüdung) und andererseits die betroffenen Stellen übermässig oder wiederholt belasten. Es sei von einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in dessen angestammter Tätigkeit von 50 % ab dem 12. Februar 2014 auszugehen, während ihm leichte Tätigkeiten unbeschränkt zumutbar seien. Er stimme denn auch dem Kardiologen nicht zu, dass die Tätigkeit des Schuhmachers regelmässige intensive körperliche Anstrengungen erfordert.

### **E. 7.3**

Der Beschwerdeführer reichte der Vorinstanz im Oktober 2015 folgende medizinische Unterlagen zur Dossier-Ergänzung ein (vgl. IVSTA-act. 72; in chronologischer Reihenfolge): – Aus dem Bericht des J.\_\_\_\_\_, unterzeichnet von Dr. T.\_\_\_\_\_, vom 15. Juni 2015 geht hervor, dass der Beschwerdeführer wegen Angina pectoris ins Spital eingetreten war. Der Patient zeige ein Krankheitsbild und die Indikation zur Angioplastie der Koronararterie mit perkutaner ad hoc Angina pectoris. Die vollständige Revaskularisierung sei mit dem Zugang eines Gefässbandes durchgeführt worden. Die Angioplastie der Arteria circumflexa sei mit der Platzierung eines coated Stents mit Erfolg und ohne klinische oder angiographische Komplikationen erfolgt. Ein Stent sei ohne die Verwendung von Glykoprotein-IIb/IIIa-Hemmer platziert worden. Koronare Angioplastie

mit funktionell adäquater Revaskularisation (IV- STA-act. 75). – Aus einem weiteren Bericht des J. \_\_\_\_\_ vom 14. September 2015, unterzeichnet von Dr. U. \_\_\_\_\_ und V. \_\_\_\_\_, wird festgehalten, es sei eine einjährige Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmer durchzuführen und unter keinen Umständen zu unterbrechen. Es wurden folgende Diagnosen gestellt (IVSTA- act. 78): – Angina pectoris (Hauptdiagnose) – Atherosklerose der Koronararterie; Dreifässerkrankung PTCA (Anm.: Perkutane transluminale Koronarangioplastie) bis OM1 – Diabetes mellitus (Nebendiagnose) – Unspezifische Störung des Fettstoffwechsels (Nebendiagnose) – Essentielle Hypertonie (Nebendiagnose) – Atherosklerose bei autologem venösem Koronarbypass (Nebendiagnose) – Dem Arztbericht von Dr. W. \_\_\_\_\_, Orthopädie und Traumatologie, vom 16. September 2015 ist zu entnehmen, dass bei der durchgeführten Untersuchung

C-4796/2017 Seite 21 Schwierigkeiten bei der Mobilisation der Lendenwirbelsäule, vor allem bei Flexion und Rotation, Schmerzen bei der Mobilisation beider Beine und des linken Ellenbogens festgestellt worden seien. Es wurden folgende Erkrankungen, aufgrund welcher der Beschwerdeführer unfähig sei seinen Beruf auszuüben, diagnostiziert (IVSTA-act. 74): – Herzerkrankung – Coxarthrose rechts – Arthrose linker Ellenbogen – Lumbalgie – Tensinitis supraspianus – In ihrem ärztlichen Attest vom 28. September 2015 diagnostizierte die Kardiologin E. \_\_\_\_\_ folgende Erkrankungen (IVSTA-act. 76): – Dreifässerkrankung; 2007 Revaskulations-Chirurgie zur Behandlung der atherosklerotischen koronaren Dreifässerkrankung (Arteria mammaria interna links descendens, Safena auf Obtusa marginal und interventricular post. Coro wiederholt 2015 Mai und Sept. wegen Angor Klasse III: Verschluss venöser Bypass auf OM (Obtusa marginal); PTCA (Perkutane transluminale Koronarangioplastie) Arteria circumflexa proximal im Mai; PTCA bis OM1 im September wegen erneuter Verstärkung der Symptome) – Anstrengungs-Angina – Arterielle Hypertonie – Dislipidämie – Diabetes mellitus insulin-behandelt Obschon sich die klinische Situation stabilisiert habe, dürfe der Patient keinen intensiven körperlichen Anstrengungen ausgesetzt sein, welche für seinen Beruf erforderlich seien. Diese Einschränkung sei dauerhaft, sodass sie von einer Genesung unbeeinflusst bleibe. Der Patient solle deshalb in den Ruhestand treten und müsse berentet werden. – Dr. H. \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, stellte in seinem Attest vom 12. Oktober 2015 fest, der Beschwerdeführer leider unter folgenden chronischen, invalidisierenden Erkrankungen (IVSTA-act. 73): – Arterielle Hypertonie mit operierter ischämischer Herzinsuffizienz (Dreifässerkrankung) mit Angor-Beschwerden und Dyspnoe – Diabetes mellitus Typ I, gelegentlich dekompensiert wegen Angst-Krisen – Gemischte Dyslipidämie

C-4796/2017 Seite 22 – «Syndrom des schmerzhaften Humerus» und Periarthritis humeroscapularis – Arthrose rechter Ellenbogen, teilweise invalidisierend – Degenerative Diskopathie lumbosacral mit häufigen Krisen einer «Lumbo-Radiculalgie» – «Funktionelle Inkompetenz» des rechten Beins – Chronische Gastritis mit gelegentlichen iatrogenen Exazerbationen – Auf Rückfrage der IVSTA nahm Dr. C. \_\_\_\_\_ am 17. November 2015 erneut zu den eingereichten Unterlagen Stellung. Dabei hielt der RAD-Arzt folgende Diagnosen fest (IVSTA-act. 81): – Rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom (M47.8) – Posttraumatische und degenerative Veränderungen des linken Ellenbogens – Einschränkung der Beweglichkeit – Chronisch ischämische Kardiopathie (I25) – Status nach Koronararterien-Bypass – Nicht schlüssiges Belastungs-EKG bezüglich residueller

Ischämie Daraus würden sich funktionelle Einschränkungen für allgemeine körperliche Anstrengungen mit Behinderung mittlerer bis schwerer Art ergeben. Die orthopädischen Probleme des Beschwerdeführers seien offenbar ausgedehnter als bisher gedacht. Die Arbeitsfähigkeit sei auf 80 % ab dem 12. Februar 2014 festzusetzen (degenerative Veränderungen an der linken Schulter und am Ellenbogen, an den Hüften und dem Hüftgelenk). Diese funktionellen Einschränkungen würden jegliche Belastung an diesen Stellen verunmöglichen wie Gewichte tragen, Arbeiten mit repetitiven Bewegungen der oberen Gliedmassen, langes Stehen. Zusätzlich zu den orthopädischen Problemen seien neue Verschlüsse der Koronararterien hinzugekommen, weswegen sich der Beschwerdeführer einer neuen Angioplastie mit Stent-Einlage unterziehen müssen. Die Funktion der linken Herzkammer sei erhalten, aber klinisch sei die Toleranz gegenüber Stress und körperlichen Anstrengungen reduziert, so dass auch für leichte Arbeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % ab diesem Datum bestehe.

#### **E. 7.4**

Im Beschwerdeverfahren C-317/2016 reichte der Beschwerdeführer bereits bekannte Unterlagen erneut ein (vgl. IVSTA-act. 3 = 34 = 77, 73, 74, 75, 76, 78, 54).

C-4796/2017 Seite 23

#### **E. 7.5**

Die Vorinstanz liess die im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen ihrem ärztlichen Dienst zukommen (vgl. IVSTA-act. 85): – Mit Stellungnahme vom 5. März 2016 hielt Dr. C. \_\_\_\_\_ fest, dass in den eingereichten Unterlagen zwar keine neuen Pathologien dokumentiert würden, sich dennoch die teilweise widersprechenden Aussagen nicht zweifelsfrei beurteilen liessen. Die funktionellen Beeinträchtigungen würden einen grossen Teil der üblichen Arbeit verunmöglichen, Tätigkeiten ohne Beteiligung der betroffenen Körperteile könnten jedoch noch ausgeübt werden. Die Informationen aus dem Ausland könnten die Behinderung jedoch nicht genügend erklären (bspw. werde eine Angina pectoris bei Anstrengungen genannt, jedoch würde der Beschwerdeführer keine Anstrengungen unternehmen). Die Kenntnis des Tagesablaufs wäre eventuell hilfreich, auch wenn dieser sehr subjektiv sei. Es würden jedoch keine Informationen vorliegen, welche die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit verändern würden (IVSTA-act. 86).

#### **E. 7.6**

Mit rechtskräftigem Urteil des BVGer C-317/2016 vom 28. April 2016 wurde festgestellt, dass aufgrund der Aktenlage von einem polymorbiden Krankheitsgeschehen auszugehen sei, das bisher nicht in einer interdisziplinären Beurteilung gewürdigt wurde, und die verschiedenen fachärztlichen Berichte aus Portugal gemäss Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. C. \_\_\_\_\_ keine abschliessende Beurteilung zuliesse. Die Vorinstanz müsse deshalb eine entsprechende Abklärung interdisziplinärer Art in die Wege leiten (vgl. Urteil des BVGer C-317/2016 vom 28. April 2016).

#### **E. 7.7**

Der Beschwerdeführer liess der Vorinstanz in der Folge weitere medizinische Unterlagen zukommen (in chronologischer Reihenfolge): – Dr. O. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_, hielt in seinem Bericht vom 21. Oktober 2016 fest, es bestehe eine leichte Osteoarthrose femoro-patellar und femoro-tibial intern. Es seien keine weiteren Veränderungen in Struktur, Dichte oder

Knochenkonturen beobachtet worden. Chirurgische Clips und oberflächliche Varikositäten im subkutanen Zellgewebe der Knieinnenseite. Leichter Gelenkerguss. Kleine Baker-Zyste. Die Auswertung der peri- und intraartikulären Weichteile hätten keine weiteren Veränderungen ergeben, welche mit der verwendeten Bildtechnik erkennbar seien (IVSTA-act. 100). – Dr. X.\_\_\_\_\_, Direktorin des N.\_\_\_\_\_, führte mit Bericht vom 6. Mai 2016 unter anderem aus, dass zunächst ein Dreifachscan der supra-aortalen Stämme durch-

C-4796/2017 Seite 24 geführt worden sei. Die Karotis-, Wirbel- und Subclavia-Achsen hätten einen üblichen Verlauf. Es werde eine diffuse atheromatöse Infiltration mittleren Grades in die Arterienwände der supra-aortalen Stämme beobachtet. Im rechten Carotis-Bulbus bedingten sie eine 50 %ige Reduktion des arteriellen Lumens und im linken Carotis-Bulbus eine 39 %ige Reduktion. Es habe sich keine hämodynamisch signifikante Stenose ergeben. Die maximalen systolischen Geschwindigkeiten, die in den Segmenten aufgezeichnet worden seien, hätten Werte im Normbereich. Schliesslich sei ein Dreifachscan durchgeführt worden, um die Venen der unteren Gliedmassen bei Dekubitus zu scannen. Das tiefe Venensystem sei durchlässig, ohne Veränderungen in der endoluminalen Echogenität oder Anzeichen von Avalvulation, die auf Phlebothrombosefolgen zurückzuführen seien. Die inneren und äusseren Saphena-Venen hätten den Fluss aufrechterhalten ohne Anzeichen von Rückstrom (IVSTA-act. 101). – Am 19. Oktober 2016 wurde ein Echokardiogramm durchgeführt. Im entsprechenden Bericht führt Dr. Y.\_\_\_\_\_, Kardiologin, aus, dass eine septale Hypokinese (post-operativ ?) sowie eine Verkalkung der Mitralklappe und in geringem Masse der Aorta ohne hämodynamische Bedeutung festgestellt worden seien (IVSTA-act. 102).

## **E. 7.8**

Die Vorinstanz stütze sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2017 auf das in Nachachtung des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts C-317/216 vom 28. April 2016 bei der B.\_\_\_\_\_ GmbH eingeholte polydisziplinäre Gutachten sowie die sich darauf beziehende Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes. In diesen Unterlagen werden der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit wie folgt beurteilt:

### **E. 7.8.1**

Das polydisziplinäre (internistische, orthopädische, kardiologische und psychiatrische) Gutachten der B.\_\_\_\_\_ vom 3. Februar 2017 enthält die nachstehenden polydisziplinären Diagnosen (IVSTA-act. 104, S. 20): Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit als selbstständiger Schuhmacher): – Keine Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: – Koronare Dreifässerkrankung – St.n. Stent 14.09.2015 (DES der Circumflexa / OM 1) – St.n. diagnostischem Katheterismus 15.05.2015, fraglich mit Stent

C-4796/2017 Seite 25 – St.n. Bypass-Operation 03.08.2007 – Diabetes mellitus Typ II (ED vor 2012, insulinpflichtig) – Zustand nach Anpassungsstörung, remittiert – Geringe bis mässiggradige AC-Gelenkarthrose rechts und Omarthrose rechts – Arthrose beider Ellenbogengelenke mit geringer Epicondylitis humeri radialis – Wiederkehrende Lumbalgien – Rechtsbetonte Coxarthrose Grad 1 nach Tönnis – Beginnende Gonarthrose beidseits mit linksbetontem Varusfehler an den Kniegelenken – Knick-Senk-Spreizfuss beidseits mit Hallux valgus linksbetont

### **E. 7.8.1.1**

Dr. med. Z.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, Vertrauensarzt SGV und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, hielt in seinem internistischen Teilgutachten (IVSTA-act. 104, S. 9-15) fest, es bestehe ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2. Der Blutdruck sei aktuell gut eingestellt. Ein Diabetes mellitus – auch ein insulinpflichtiger und allenfalls schlecht eingestellter – habe keine unmittelbaren medizinischen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aufgrund der schweizerischen arbeitsmedizinischen Richtlinien bestehe jedoch bei Diabetes mellitus keine Eignung für Nacht- und Schichtarbeit; somit könnten diese nicht als zumutbar betrachtet werden; mit der angestammten Tätigkeit sei diese Anforderung jedoch nicht verbunden gewesen. Beim Lenken von Fahrzeugen und Bedienen von Maschinen seien besondere Vorsichtsmassnahmen einzuhalten, was auf die angestammte Tätigkeit ebenfalls nicht zutreffe. Bei Diabetes mellitus sei ein regelmässiger strukturierter Tagesablauf anzustreben, was durch eine Erwerbstätigkeit unterstützt werde. Bei der beschriebenen koronaren Herzkrankheit mit Anlage von Stents berichte der Versicherte aktuell nicht über typische Symptome, die auf eine erneute relevante Verengung der Herzkranzgefässe hindeuten würden (bei den Rhythmusstörungen des Thorax handle es sich um Beschwerden, die aus der Bypassoperation im Jahre 2007 resultierten). Auch würden sich weder aus der Anamnese noch aus den klinischen Angaben gegenwärtig Hinweise auf eine stärkere Herzinsuffizienz oder Herzrhythmusstörungen ergeben. Der Versicherte stehe in regelmässiger kardiologischer Betreuung und nehme dauerhaft blutverdünnende Medikamente ein. Die Angaben im vorliegenden internistischen/kardiologischen Bericht aus Portugal seien allgemeiner Art, jedoch würden sie keinerlei Auskunft darüber geben, dass sich beim Versicherten derzeit eine objektivierbare Verschlechterung der kardialen Situation ergeben würde. Für die Stentimplantation würden die gleichen Verhaltensregeln in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wie für den Diabe-

C-4796/2017 Seite 26 tes mellitus Typ 2 gelten. Bei der angestammten Tätigkeit eines Schuhmachers handle es sich um eine sehr leichte, vorwiegend sitzende (bis 5 kg) zu verrichtende Tätigkeit, allenfalls leichter Tätigkeit mit Gewichten von 5-

### **E. 7.8.1.2**

Der orthopädische Gutachter, Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie zertifizierter Gutachter SIM, führte in seiner Beurteilung aus, die aktuell im Rahmen dieser Begutachtung veranlasste Röntgen-Becken-Übersichtsaufnahme und Röntgenaufnahme der rechten Hüfte, axial angefertigt am 8. Dezember 2016, zeigten eine initiale Coxarthrose Grad 1 nach Tönnis mit Rechtsseitenbetonung. Hinweise auf eine Femurkopfnekrose fänden sich auf den Aufnahmen nicht. Eine zu sehende Gelenkkapselverkalkung femoroacetabulär rechts könnte differenzialdiagnostisch auch einem freien Gelenkkörper entsprechen, wobei hierzu eine entsprechende Klinik vom Versicherten nicht angegeben werde. Die mitabgebildeten ISG (Iliosakralgelenk) zeigten keine bedeutsamen degenerativen Veränderungen. Die zur Begutachtung mitgebrachten Röntgen- und CT-Aufnahmen aus dem Jahre 2015 und 2016 zeigten eine beginnende AC-Gelenkarthrose (Schultergelenkarthrose) rechts, beginnende Omarthrose rechts, Ellenbogenarthrose links und beginnende Gonarthrose rechts. Das aufgrund der CT-Aufnahmen anzunehmende Vorliegen freier Gelenkkörper im linken Ellenbogen finde anamnestisch und klinisch bei der aktuellen Untersuchung keine Entsprechung. Passend zu den erhobenen Befunden komme der

C-4796/2017 Seite 27 Versicherte nach eigenen Angaben weitgehend ohne den Einsatz von Schmerzmedikamenten aus. Die letzte Schmerztablette (Palexia 50) habe er vor einer Woche eingenommen. Die von dem Versicherten beschriebenen wiederkehrend auftretenden, einem Ameisenlauten ähnlichen, Missempfindungen an den Händen seien von orthopädischer Seite nicht zu objektivieren. Differenzialdiagnostisch sei hier an ein Karpaltunnelsyndrom zu denken, welches, bestünde es, gut behandelbar wäre und keine bedeutungsvolle Funktionseinschränkung von Dauer bedingen würde. Hinweise auf das Vorliegen einer rheumatischen Systemerkrankung oder einer Fibromyalgie fänden sich im Rahmen der aktuellen Begutachtung nicht. Die bestehende Fussfehlstatik bedinge keine Gesundheitsstörung von IV-Relevanz. Zusammenfassend seien also in der Beurteilung des objektivierbaren medizinischen Sachverhaltes auf orthopädischem Fachgebiet Funktionseinschränkungen betreffend die rechte Schulter, die Ellenbogengelenke, die rechte Hüfte und das rechte Kniegelenk des Versicherten zu nennen, welche einer versicherungsmedizinischen Beurteilung der Funktion, Arbeitsfähigkeit und Ressourcen bedürften. An diesen genannten Gelenken bestehe jeweils Arthrose geringer bis mässiggradiger Ausprägung mit hieraus resultierender Minderbelastbarkeit. Leichtes und gelegentliches mittelschweres Arbeiten gehöre für den Versicherten, so lange bei der Arbeit ein Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen möglich ist, zum positiven Fähigkeitsprofil. Dabei könne die zu verrichtende Arbeit durchaus überwiegend im Sitzen erfolgen, müsse dies aber nicht. Nicht zugemutet werden sollen Tätigkeiten verbunden mit dem mehr als gelegentlichen Heben von Lasten über 25 kg, regelmässige mittelschweren und alle schweren körperlichen Arbeiten. Für die angestammte Tätigkeit eines selbständig erwerbenden oder angestellten Schuhmachers würden sich aus orthopädischer Sicht somit keine Einschränkungen der Belastbarkeit ergeben. Für die Tätigkeit eines angelernten Bauarbeiters/Maschinisten bestünde eine je nach Jobprofil zu beziffernde Leistungsminderung von 30-50 % bei uneingeschränkter möglicher täglicher Arbeitszeitpräsenz (dabei handle es sich jedoch nicht um die angestammte Tätigkeit, somit seien diese Angaben aktuell nicht versicherungsmedizinisch relevant). Für ideal dem Leiden angepasste Verweistätigkeiten bestünden wiederum keine Minderungen der Leistungsfähigkeit und der möglichen Zeitpräsenz (IVSTA-act. 104, S. 27-36).

### **E. 7.8.1.3**

Dr. med. Bb. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zertifizierte Gutachterin SIM, kam in ihrem psychiatrischen Teilgutachten zum Schluss, der aktuell erhobene psychiatri-

C-4796/2017 Seite 28 sche Befund sei im Wesentlichen unauffällig. Retrospektiv könne man davon ausgehen, dass es in der Vergangenheit, ausgelöst durch belastende Lebensereignisse, zu vorübergehenden depressiven Verstimmungen gekommen sei, leicht bis allenfalls mittelschwer, die diagnostisch im Sinne einer Anpassungsstörung zu interpretieren seien. Ein relevantes psychiatrisches Krankheitsbild lasse sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht diagnostizieren. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in der Lage, sich an Regeln und Routinen anzupassen, Aufgaben zu strukturieren und zu planen. Er verfüge über die notwendige fachliche Kompetenz, aber auch über die notwendige Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Die Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit und die Fähigkeit familiäre Beziehungen aufzunehmen seien nicht beeinträchtigt. Es fände sich ebenfalls keine Beeinträchtigung der Fähigkeit, Spontanaktivitäten zu initiieren, der

Fähigkeit zur Selbst- pflege oder der Wegefähigkeit. Im Dossier seien keine relevanten medizi- nischen Unterlagen das psychiatrische Fachgebiet betreffend vorhanden. Dabei werde im Bericht aus dem Ministério da Saúde vom 12. Oktober 2015 eine «gelegentliche Dekompensation wegen Angst-Krisen» erwähnt. Die Angaben seien sehr unpräzise, es sei zu vermuten, dass es sich hier um die vom Versicherten gemachten Angaben zu Sorgen um die eigene Gesundheit wegen der Herzerkrankung oder Sorgen um Erkrankung der Kinder gehandelt habe. Der Versicherte verfüge über die notwendige Resi- lienz, dies aus eigenem Antrieb zu überwinden. Ein Krankheitsbild von Re- levanz für die Arbeitsfähigkeit lasse sich daraus nicht ableiten (IVSTA- act. 104, S. 37-43).

#### **E. 7.8.1.4**

Dr. med. Cc. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Kardi- ologie, hielt im kardiologischen Teilgutachten (IVSTA-act. 43-56) fest, beim Beschwerdeführer bestehe eine bekannte KHK (koronare Herzkrankheit) mit Status nach 3-fach-ACB-Operation im August 2007: Anlegen der linken Mammaria auf den RIVA, einer Vene auf den Marginalast der Arteria cir- cumflexa und einer Vene auf den Ramus interventricularis posterior der rechten Kranzarterie. Wegen zunehmender Angina pectoris Beschwerden sei zuletzt im September 2015 eine erneute Koronarografie durchgeführt worden. Man habe dort einen einwandfrei funktionierenden Mammaria- Graft, eine einwandfrei funktionierende Vene auf den Ramus interventricu- laris posterior der rechten Kranzarterie und eine verschlossene Vene auf den Marginalast der Arteria circumflexa gefunden. Es sei deshalb eine Ka- theterintervention am Marginalast der Arteria circumflexa mit Stentimplan- tation durchgeführt worden mit gutem Resultat. Subjektiv bestünden atypi- C-4796/2017 Seite 29 sche Thoraxbeschwerden und eine Anstrengungsdyspnoe. Aufgrund sei- ner Untersuchung sei der Versicherte aus rein kardialer Sicht 100 % ar- beitsfähig.

#### **E. 7.8.1.5**

In ihrer Konsensbeurteilung (IVSTA-act. 104, S. 16-21) wurden die in den Teilgutachten gestellten Diagnosen wiederholt und hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zusammenfassend ausgeführt, das Fähig- keitsprofil werde lediglich qualitativ eingeschränkt durch orthopädische Be- funde. Nicht zumutbar seien regelmässige mittelschwere und alle schwe- ren körperlichen Arbeiten, das mehr als gelegentliche Heben von Lasten über 25 kg, das Arbeiten unter Exposition gegenüber Nässe, Kälte und Zugluft. Wegen juristischer Einschränkungen infolge des Diabetes mellitus wären in der Schweiz Nacht und Schichtarbeit sowie berufsmässiges Füh- ren von Fahrzeugen nicht zulässig. Im positiven Fähigkeitsprofil lägen für den Versicherten leichte und gelegentliche mittelschwere körperliche Ar- beiten, zu erbringen im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Gearbeitet werden könne dabei durchaus auch überwiegend im Sit- zen. Die Leistungsfähigkeit sei voll (Zeitpensum 8,5 Stunden, fünf Tage pro Woche). Damit bestehe in der angestammten Tätigkeit als (angelernter) Schuhmacher volle Arbeitsfähigkeit ohne Reduktion der Leistungsfähig- keit; dies, sofern das Fähigkeitsprofil eingehalten werde. Auch in denkba- ren Verweisungstätigkeiten bestehe volle Arbeitsfähigkeit ohne Reduktion der Leistungsfähigkeit, sofern das Fähigkeitsprofil eingehalten werde. Da- bei würden die Einschätzungen aller Fachbereiche uneingeschränkt auch retrospektiv gelten, abgesehen von interkurrenten Perioden während Hos- pitalisationen und Rekonvaleszenzzeiten. Empfohlen werde die regelmäs- sige selbständige Durchführung von Gymnastik. Eine OP-Indikation be- stehe aus orthopädischer Sicht

aktuell nicht.

#### **E. 7.8.1.6**

Die gutachterlichen Fragen und Zusatzfragen werden im Gutachten der B. \_\_\_\_\_ zusammengefasst wie folgt beantwortet (IVSTA-act. 104, S. 22-26): Die objektivierbaren Befunde seien allenfalls leichtgradig. Es bestünden Einschränkungen bezüglich der rechten Schulter, der Ellenbogengelenke, der rechten Hüfte und dem rechten Kniegelenk, an den genannten Gelenken bestünden jeweils Arthrose gering- bis mässiggradiger Ausprägung mit hieraus resultierender Minderbelastbarkeit. Der Diabetes mellitus habe in erster Linie juristisch-arbeitsrechtliche Auswirkungen; für die zur Diskussion stehenden Tätigkeiten habe er nach Erkenntnis der Gutachter keine

C-4796/2017 Seite 30 Auswirkungen. Dies gelte gleichermassen für den Zustand nach der Bypass-Operation im Jahr 2007 und die Stent-Implantation im Jahr 2015. Anlässlich der interdisziplinären Begutachtung hätten lediglich qualitative Einschränkungen festgestellt werden können (vgl. E. 7.9.1.5 hiervor). Für die angestammte Tätigkeit eines Schuhmachers würden sich somit keine Einschränkungen ergeben. Für ideal dem Leiden angepasste Verweistätigkeiten bestünden wiederum keine Minderungen der Leistungsfähigkeit und der möglichen Zeitpräsenz. Die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit sei am 04.01.2010 (Verlust des Arbeitsplatzes durch Konkurs des letzten Arbeitgebers) bzw. seit 17.07.2012 (durch Teilberentung in Portugal) erfolgt. Seit her bestehe eine Arbeitslosigkeit für die Restarbeitsfähigkeit von 50 % mit gelegentlicher Beschäftigung mangels einer geeigneten Dauerarbeitsstelle, jedoch nicht aus nachvollziehbaren gesundheitlichen/medizinischen Gründen. Eine eigentliche Aggravation liege nicht vor. Es bestünden sodann keine Hinweise für ein Suchtleiden. Zur Persönlichkeit würden sich aus psychiatrischer Sicht keine Auffälligkeiten ergeben und es bestünden keine Einschränkungen oder Beeinträchtigungen der persönlichen Ressourcen. Beim Versicherten würden anscheinend Probleme in Bezug auf die Arbeitssuche zu bestehen, denn nach 2012 sei er nicht mehr in der Lage gewesen, eine Teilzeittätigkeit zu finden. Es bestehe eine gute Unterstützung des Versicherten durch sein soziales Umfeld, ein gutes soziales Netzwerk, die Kommunikation sei nicht beeinträchtigt. In Bezug auf die Motivation bestünden leichte Einschränkungen, teilweise iatrogen, bedingt durch die Aussagen der behandelnden Ärzte. Die Therapieadhärenz sei unauffällig. Versicherungsmedizinisch gebe es keine Wechselwirkungen der erhobenen Diagnosen und die bisherigen Therapien seien lege artis und erfolgreich durchgeführt worden. Auch sei die Kooperation soweit beurteilbar bisher gut. Es seien keine Eingliederungsbemühungen bekannt, wobei offensichtlich bisher entsprechende Beschäftigungsprogramme in Portugal fehlten. Solche wären dem Versicherten aus medizinischer Sicht zumutbar. Es bestünden keine relevanten Einschränkungen, weder im Beruf, noch in der Freizeit und in sozialen Aktivitäten. Es bestünden sodann keine Hinweise auf unzureichende Inanspruchnahme oder Vernachlässigung von therapeutischen Optionen und auch keine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz. Auch retrospektiv sei keine reduzierte Arbeitsfähigkeit zu definieren, abgesehen von Zeiten der stationären Aufnahme, der Reha-Massnahmen und Rekonvaleszenzphasen. In diesen Zeiten habe eine medizinisch begründete, zeitlich befristete Arbeitsunfähigkeit bestanden, jedoch keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Invalidenversicherung. Die globale Prognose sei gut, wobei degenerative Verände-

C-4796/2017 Seite 31 rungen des Bewegungsapparates generell eine gewisse Tendenz zur Progredienz hätten. Das gleiche gelte für den Diabetes und das Herzleiden; der bisherige

Verlauf lasse eine weiterhin allenfalls niedrige Progredienz erwarten. Hinsichtlich des Fähigkeitsprofils seien für die leichten qualitativen Einschränkungen medizinische Massnahmen zu empfehlen. Sinnvoll und dem Versicherten auch zumutbar sei die Durchführung täglicher selbstständiger Gymnastik. Allgemein würden zur Förderung der Compliance und zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten strukturierte ambulante Langzeitprogramme empfohlen (Einleitung eines angepassten körperlichen Trainings, respiratorisches Training, Teilnahme an einer Herzgruppe, optimale medikamentöse Einstellung).

### **E. 7.8.2**

Die IVSTA holte nach Eingang des Gutachtens der B. \_\_\_\_\_ weitere Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes ein (vgl. IVSTA-act. 106; 109; 115): – Der Allgemeinmediziner Dr. C. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz beurteilt in seiner medizinischen Stellungnahme vom 13. Februar 2017 die neu eingereichten Unterlagen sowie insbesondere das B. \_\_\_\_\_-Gutachten wie folgt (IVSTA-act. 107): Die aktuellen Berichte seien teilweise wenig aussagekräftig, da sie auf eine lange Zeit ohne Arbeitstätigkeit, ohne jegliche Anstrengung und ohne Umweltfaktoren oder Stress zurückzuführen seien, so dass er insgesamt an seiner Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit festhalte. – Am 23. Februar 2017 führte Dr. C. \_\_\_\_\_ auf Rückfrage der IVSTA in seiner Stellungnahme präzisierend aus, dass die erhobenen Diagnosen des B. \_\_\_\_\_- Gutachtens mit denjenigen aus dem Ausland übereinstimmen würden, jedoch stehe die Wertung des Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit der Beurteilung der ausländischen Ärzte diametral entgegen. Aus orthopädischer Sicht seien im Oktober 2015 noch deutliche Behinderungen attestiert worden, so schienen diese nunmehr eher subjektive Empfindungen ohne objektivierbare Befunde darzustellen, weshalb [Anm.: im Gutachten] letztlich keine signifikante Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. In diesem Sinne müsse er feststellen, dass die Arztberichte aus dem Ausland ein erheblich verzerrtes Bild abgeben würden, was dazu führe, dass er den entsprechenden Berichten aus dem Ausland eine Aggravationstendenz vorwerfen müsse. Er erlaube sich auch zum psychiatrischen Teilgutachten Stellung zu nehmen, da aus diesem Fachgebiet nie Angaben erfolgt seien, die auf eine signifikante Arbeitsunfähigkeit hindeuteten. Trotzdem sei die Bestätigung wiederholter Angststörungen im Rahmen der Sorgen um die eigene Gesundheit ein Hinweis, dass somatisch Beschwerden einer gewissen Intensität vorliegen könnten, dies

C-4796/2017 Seite 32 selbst nach Arbeitsaufgabe. Kardiologisch würden die Diagnosen keine Veränderung erfahren und auch die aus dem Ausland vorgelegten Untersuchungen in diesem Fachgebiet entsprächen denjenigen der Abklärungen, wie sie im Rahmen des Gutachtens durchgeführt worden seien. Allerdings sei auch hier die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit diametral entgegengesetzt, da eine normale Arbeitsfähigkeit als Schumacher attestiert werde. Er sei in seiner Beurteilung davon ausgegangen, dass speziell die orthopädischen Beschwerden nach Arbeitsaufgabe eine Verbesserung erfahren hätten (was das Gehvermögen sowie die Belastbarkeit der Wirbelsäule, der Schultern und Ellenbogen betreffe), der die Gutachter in ihrer Bewertung nicht Rechnung getragen hätten. Zudem würden die Gutachter davon ausgehen, dass die angestammte Tätigkeit als leicht einzustufen sei, was aus seiner Sicht nicht genügend abgeklärt worden sei. Aufgrund des Bildmaterials im Internet sowie den Angaben der Ärzte aus dem Ausland sei er auch heute noch der Meinung, dass es sich um eine Tätigkeit handle, wo wiederholte Belastungen in Schulter- sowie Ellenbogengelenken stattfänden sowie Zwangshaltungen

mit der Wirbelsäule eingenommen würden. Dass die Tätigkeit teil im Stehen, teils im Sitzen ausgeübt werde, könne ein Vorteil sein, müsse aber nicht. Aus kardiologischer sowie psychiatrischer Sicht könne effektiv keine signifikante Arbeitskraftreduktion attestiert werden, weshalb er nach erneuter Durcharbeitung der Dossiers einzig seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ändere und sie auf 0 % ab 12.2.2014 festlege, was korrekterweise den aktuellen objektiven sowie erhobenen Befunde entspreche (IVSTA-act. 113). – Der RAD-Arzt, Dr. D.\_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 26. April 2017 in Bezug auf den psychiatrischen Teil des B.\_\_\_\_\_-Gutachtens fest, dieser sei von Frau Dr. Bb.\_\_\_\_\_- verfasst worden, umfasse die Seiten 37-43 und sei gemäss den dafür vorgesehenen Qualitätsleitlinien verfasst worden. Es sei vorzuschicken, dass der Versicherte nie in regulärer psychiatrischer Behandlung gestanden habe. Ausser remittierten Anpassungsstörungen (anlässlich der Amputation eines Unterarmes beim jüngeren Sohn, seiner Herzoperation, einer Verbrennung seiner Ehefrau und einer Blutung an einem Bein seines Sohnes) habe die Gutachterin aufgrund der erhobenen Befunde keine psychiatrische, nennenswerte Pathologie gefunden. Entsprechend bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit, weder in bisheriger Tätigkeit, noch in Verweisungstätigkeit. Das Gutachten sei sorgfältig gemacht und in allen Punkten nachvollziehbar (IVSTA-act. 116).

#### **E. 7.9**

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (vgl. zum Vorbescheid: IVSTA-act. 117) gelangten weitere medizinische Unterlagen zu den Akten:

C-4796/2017 Seite 33 – Dr. Dd.\_\_\_\_\_ berichtete über eine am 16. Februar 2017 durchgeführte Elektromyografie. Dabei habe sich eine lumbosakrale Polyradikulopathie (besonderes deutlich am L4, L5, S1 und auf der rechten Seite) gezeigt. Im Weiteren eine moderate PNP (Polyneuropathie) als Folge des Diabetes (IVSTA-act. 121). – Im ärztlichen Bericht von Dr. Ee.\_\_\_\_\_, Arzt für Vaskularchirurgie, R.\_\_\_\_\_, vom 13. Juni 2017 (IVSTA-act. 122) berichtet dieser betreffend einer durchgeführten Angiodynografie. Er führte insbesondere aus, dass auf der Ebene der rechten Karotisgabel und bei ausgedehnter innerer Karotis das Vorhandensein einer verkalkten Platte dokumentiert worden sei, was eine Stenose von 50 % bedinge; die Stenose habe keine signifikanten hämodynamischen Auswirkungen. – Der RAD-Arzt, Dr. C.\_\_\_\_\_, führte in seiner Stellungnahme vom 22. Juli 2017 aus, er verstehe die Einwände des Versicherten. Im vorliegenden Fall handle es sich nicht um eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit verglichen mit dem Ausland. Er sei weiterhin der Meinung, dass sie bei 80 % der angestammten Tätigkeit liege. Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen werde die Zumutbarkeit einer angepassten Verweisungstätigkeit in die Beurteilung einbezogen. Dies sei kein medizinisches, sondern ein juristisches Problem. Die neuen medizinischen Unterlagen bestätigten die bisherigen Pathologien mit einer diabetischen Polyneuropathie sowie chronischen Ischialgie und einer Stenose von 50 % der Aorta carotis interna. Diese Befunde seien nicht derart ausgeprägt, dass dadurch eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entstehe. Persönlich habe er den Eindruck, dass es korrekt sei, eine Reduktion des Rendements auch in einer leichten Tätigkeit zu attestieren, dies aufgrund der nötigen Therapien und reduzierten Belastungsfähigkeit von orthopädischer Seite, was allerdings von Seiten der Experten negiert worden sei (IVSTA-act. 126).

#### **E. 7.10**

Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer in Bezug auf seinen Gesundheitszustand neu die folgenden medizinischen Dokumente ein (BVGer-act. 6): – Im Arztbericht von E.\_\_\_\_\_, Kardiologin, vom 30. Oktober 2017 werden folgende Erkrankungen diagnostiziert (Beilage 1 zu BVGer-act. 6): – Atherosklerotische Dreifässerkrankung der Koronararterien. Koronararterien Bypass-Operation 2007 zur Behandlung der Dreifässerkrankung – Angina Grad III CCS – Hypertonie – Dyslipidämie

C-4796/2017 Seite 34 – Diabetes mellitus insulin-behandelt – Chronische venöse Insuffizienz – Erkrankung der Carotis. Eine 50%ige Läsion der rechten Carotis

### **E. 7.11**

Seitens der Vorinstanz wurden im Beschwerdeverfahren die folgenden medizinischen Unterlagen eingereicht (BVGer-act. 10): – Mit Stellungnahme vom 5. Dezember 2017 hielt Dr. C.\_\_\_\_\_ fest, dass er nach nochmaliger Durchsicht der Unterlagen keine andere Würdigung abgeben könne als bisher. Er sei überzeugt, dass der Versicherte nach mehrjährigem Arbeitsunterbruch von orthopädischer Seite dieselben klinischen Befunde aufweise, als wenn er bis vor kurzem noch gearbeitet hätte. Aufgrund der vorliegenden Pathologien seien erschwert: längeres Stehen und Gehen, Zwangshaltungen mit dem Rücken sowie Kraftanwendungen im Bereich Schultern/Ellenbogen. Der neue Arztbericht vom 30. Oktober 2017 (Beilage 1 zu BVGer-act. 6) unterstreiche, dass auch aus kardiologischer Sicht der Versicherte seine angestammte Arbeit nicht mehr tätigen könne, da er körperlich und psychisch erheblich mehr herausgefordert war, als dies im Rahmen des Gutachtens gewürdigt worden sei. Er verbleibe aufgrund der vorliegenden Pathologien, bei folgender Einschätzung der Arbeitsfähigkeit: 80 % als Schuhmacher ab 12. Februar 2014 sowie 20 % (recte: 100 %) ab demselben Datum für eine leichte Verweisungstätigkeit. Es bestehe ein vermindertes Rendement durch vermehrt nötige Pausen, vermehrte Krankheitstage und verminderte Stresstoleranz. Er sei persönlich überzeugt, in korrekter Art die funktionellen Einschränkungen den Anforderungen des Arbeitsplatzes gegenüberzustellen zu haben und auch der erfolgten Erholung nach mehrjährigem Arbeitsunterbruch Rechnung getragen zu haben. Die Divergenz zum Gutachten entstehe dabei vor allem aus zwei Gründen: Differente Einschätzung der Anforderungen am Arbeitsplatz und verbesserte klinische Befunde und somit verfälschte Einschätzung der Belastbarkeit durch mehrjährige Arbeitspause (Beilage 1 zu BVGer-act. 10) 8. 8.1 8.1.1 Bei der B.\_\_\_\_\_ handelt es sich um eine vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) anerkannte Gutachterstelle. Gutachten der B.\_\_\_\_\_-Stellen, welche rechtsprechungsgemäss als unabhängig und unparteiisch gelten, sind als Gutachten versicherungsexterner Ärzte zu betrachten (vgl. BGE 132 V 376 E. 6.2; URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25 Rz. 1723). Mit Blick auf die Aktenlage ist zunächst festzuhalten, dass die polydisziplinäre B.\_\_\_\_\_ -

C-4796/2017 Seite 35 Expertise in formeller Hinsicht die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein polydisziplinäres Gutachten erfüllt (vgl. dazu Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Gutachten in der Versicherungsmedizin, Stand 04.12.2020, S. 5 f.; vgl. auch GABRIELA RIEMER-KAFKA, Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 37 - 44). Sie ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und steht mit den Teilgutachten in Übereinstimmung. 8.1.2 Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber vor,

bei der ambulanten Begutachtung im Dezember 2016 in (...) sei er durch eine Übersetzerin bei den Untersuchungen begleitet und in der Kommunikation unterstützt worden. Diese habe brasilianisch-portugiesisch gesprochen, wodurch es manchmal gewisse Unklarheiten gegeben habe. Beispielsweise hätte sie das portugiesische Wort für Herzinfarkt überhaupt nicht verstanden. Sie habe dieses am Abend zuhause «googeln» müssen. Fachwörter habe sie oft nicht übersetzen können (BVGer-act. 1). 8.1.3 In Bezug auf die Einwände des Beschwerdeführers gegen die Übersetzerin ist festzuhalten, dass Ablehnungsgründe grundsätzlich sofort nach deren Bekanntwerden geltend zu machen sind (BGE 132 V 112 E. 7.4.2; AHI 2001 S. 116 E. 4a/aa mit Hinweisen). Dagegen ist es prozessual unzulässig und rechtsmissbräuchlich, angebliche Ablehnungsgründe erst aufgrund der als ungünstig empfundenen Resultate der Begutachtung vorzubringen (Urteil des BGer 1P.787/2005 vom 6. Juni 2006). Der Beschwerdeführer hätte nach dem Gesagten zu Beginn der Begutachtung die Möglichkeit gehabt, die Dolmetscherin abzulehnen. Dies hat er indessen nicht getan. Die ausführlich dokumentierten Ergebnisse des Untersuchungsgesprächs deuten denn auch weder auf Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem Beschwerdeführer und dem Begutachter respektive der Dolmetscherin noch auf eine persönliche Unstimmigkeit zwischen der Dolmetscherin und dem Beschwerdeführer hin. Die erst nach Kenntnisnahme der Ergebnisse der Begutachtung vorgebrachten Einwände scheinen daher vielmehr der Absicht des Beschwerdeführers zu entspringen, ein für ihn ungünstiges Gutachten als unverwertbar erscheinen zu lassen. Unter diesen Umständen sind die erwähnten Einwände vorliegend nicht zu berücksichtigen. 8.2

C-4796/2017 Seite 36 8.2.1 Zu prüfen ist in einem weiteren Schritt, ob das B.\_\_\_\_\_ -Gutachten auch inhaltlich zu überzeugen vermag. Im Vordergrund steht die Frage nach einer eingetretenen Änderung des Gesundheitszustandes und deren Beurteilung durch die Gutachter hinsichtlich der verbleibenden Leistungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer führt dazu an, dass er seit Jahren kardiologisch begleitet werde. Er mache regelmässige Untersuchungen, die Medikation habe mehrmals angepasst und verändert werden müssen, beim Essen achte er sehr auf eine angepasste Diät und mache mehrmals am Tag eine Liegepause. Trotzdem hätten sich weitere Probleme in den Venen am Hals / in der Brustregion gezeigt und eine weitere Intervention werde thematisiert. Gemäss dem B.\_\_\_\_\_ -Gutachten sei er aus kardiologischer Sicht 100 % arbeitsfähig, womit er nicht einverstanden sei. Aus orthopädischer Sicht bestünden funktionellen Einschränkungen. Er lebe seit Jahren mit starken Gelenkschmerzen und Einschränkungen und nehme schmerzlindernde Medikamente ohne Erfolg. Aus psychiatrischer Sicht werde gemäss Gutachten keine signifikante Arbeitsreduktion festgestellt. Er pflege Routinen in seinem Alltag, um eine psychische Krankheit präventiv und aktiv zu verhindern. Dies würde ihm helfen, mit der Krankheit und seiner Arbeitsunfähigkeit besser umzugehen. Diese Krankheitssituation und die Arbeitsunfähigkeit erlebe er als sehr belastend (BVGer-act. 1). 8.2.2 Zunächst ist betreffend den psychischen Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, festzuhalten, dass sich gemäss dem – in Bezug auf die zeitlichen Referenzpunkte (vgl. E. 6 hiavor) – massgeblichen Gutachten kein Krankheitsbild mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zeigt und auch in den bisherigen medizinischen Unterlagen von keiner massgeblichen psychiatrischen Pathologie berichtet wurde. Wie die psychiatrische (Teil-) Gutachterin Dr. Bb.\_\_\_\_\_ sodann richtigerweise ausführt, wird im Bericht aus dem Ministério da Saúde vom

### **E. 8.1.1**

Bei der B.\_\_\_\_\_ handelt es sich um eine vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) anerkannte Gutachterstelle. Gutachten der B.\_\_\_\_\_ -Stellen, welche rechtsprechungsgemäss als unabhängig und unparteiisch gelten, sind als Gutachten versicherungsexterner Ärzte zu betrachten (vgl. BGE 132 V 376 E. 6.2; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25 Rz. 1723). Mit Blick auf die Aktenlage ist zunächst festzuhalten, dass die polydisziplinäre B.\_\_\_\_\_ -Expertise in formeller Hinsicht die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein polydisziplinäres Gutachten erfüllt (vgl. dazu Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Gutachten in der Versicherungsmedizin, Stand 04.12.2020, S. 5 f.; vgl. auch Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 37 - 44). Sie ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und steht mit den Teilgutachten in Übereinstimmung.

### **E. 8.1.2**

Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber vor, bei der ambulanten Begutachtung im Dezember 2016 in (...) sei er durch eine Übersetzerin bei den Untersuchungen begleitet und in der Kommunikation unterstützt worden. Diese habe brasilianisch-portugiesisch gesprochen, wodurch es manchmal gewisse Unklarheiten gegeben habe. Beispielsweise hätte sie das portugiesische Wort für Herzinfarkt überhaupt nicht verstanden. Sie habe dieses am Abend zuhause «googeln» müssen. Fachwörter habe sie oft nicht übersetzen können (BVGer-act. 1).

### **E. 8.1.3**

In Bezug auf die Einwände des Beschwerdeführers gegen die Übersetzerin ist festzuhalten, dass Ablehnungsgründe grundsätzlich sofort nach deren Bekanntwerden geltend zu machen sind (BGE 132 V 112 E. 7.4.2; AHI 2001 S. 116 E. 4a/aa mit Hinweisen). Dagegen ist es prozessual unzulässig und rechtsmissbräuchlich, angebliche Ablehnungsgründe erst aufgrund der als ungünstig empfundenen Resultate der Begutachtung vorzubringen (Urteil des BGer 1P.787/2005 vom 6. Juni 2006). Der Beschwerdeführer hätte nach dem Gesagten zu Beginn der Begutachtung die Möglichkeit gehabt, die Dolmetscherin abzulehnen. Dies hat er indessen nicht getan. Die ausführlich dokumentierten Ergebnisse des Untersuchungsgesprächs deuten denn auch weder auf Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem Beschwerdeführer und dem Begutachter respektive der Dolmetscherin noch auf eine persönliche Unstimmigkeit zwischen der Dolmetscherin und dem Beschwerdeführer hin. Die erst nach Kenntnisnahme der Ergebnisse der Begutachtung vorgebrachten Einwände scheinen daher vielmehr der Absicht des Beschwerdeführers zu entspringen, ein für ihn ungünstiges Gutachten als unverwertbar erscheinen zu lassen. Unter diesen Umständen sind die erwähnten Einwände vorliegend nicht zu berücksichtigen.

### **E. 8.2.1**

Zu prüfen ist in einem weiteren Schritt, ob das B.\_\_\_\_\_ -Gutachten auch inhaltlich zu überzeugen vermag. Im Vordergrund steht die Frage nach einer eingetretenen Änderung des Gesundheitszustandes und deren Beurteilung durch die Gutachter hinsichtlich der verbleibenden Leistungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer führt dazu an, dass er seit Jahren kardiologisch begleitet werde. Er mache regelmässige Untersuchungen, die Medikation habe mehrmals angepasst und verändert werden müssen, beim Essen achte er sehr auf eine

angepasste Diät und mache mehrmals am Tag eine Liegepause. Trotzdem hätten sich weitere Probleme in den Venen am Hals / in der Brustregion gezeigt und eine weitere Intervention werde thematisiert. Gemäss dem B. \_\_\_\_\_-Gutachten sei er aus kardiologischer Sicht 100 % arbeitsfähig, womit er nicht einverstanden sei. Aus orthopädischer Sicht bestünden funktionellen Einschränkungen. Er lebe seit Jahren mit starken Gelenkschmerzen und Einschränkungen und nehme schmerzlindernde Medikamente ohne Erfolg. Aus psychiatrischer Sicht werde gemäss Gutachten keine signifikante Arbeitsreduktion festgestellt. Er pflege Routinen in seinem Alltag, um eine psychische Krankheit präventiv und aktiv zu verhindern. Dies würde ihm helfen, mit der Krankheit und seiner Arbeitsunfähigkeit besser umzugehen. Diese Krankheitssituation und die Arbeitsunfähigkeit erlebe er als sehr belastend (BVGer-act. 1).

### **E. 8.2.2**

Zunächst ist betreffend den psychischen Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, festzuhalten, dass sich gemäss dem - in Bezug auf die zeitlichen Referenzpunkte (vgl. E. 6 hiervor) - massgeblichen Gutachten kein Krankheitsbild mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zeigt und auch in den bisherigen medizinischen Unterlagen von keiner massgeblichen psychiatrischen Pathologie berichtet wurde. Wie die psychiatrische (Teil-) Gutachterin Dr. Bb. \_\_\_\_\_ sodann richtigerweise ausführt, wird im Bericht aus dem Ministério da Saúde vom 12. Oktober 2015 (IVSTA-act. 73) eine «gelegentliche Dekompensation wegen Angstkrisen» erwähnt, ohne eine ICD-Klassifikation zu nennen oder den Befund nachvollziehbar und schlüssig zu begründen. Auch wenn seine gesundheitliche und erwerbliche Situation für den Beschwerdeführer verständlicherweise psychisch belastend ist, wie dieser beschwerdeweise vorbringt, so kann daraus kein psychiatrisches Krankheitsbild abgeleitet werden, wie dies auch im Gutachten nachvollziehbar dargelegt wurde (IVSTA-act. 104, S. 42). In psychiatrischer Hinsicht ist demnach von einem im Wesentlichen gleich gebliebenen psychiatrischen Gesundheitszustand auszugehen. Nichts Anderes wurde im Weiteren durch den RAD-Arzt, Dr. D. \_\_\_\_\_, in dessen Stellungnahme vom 25. April 2017 (IVSTA-act. 116) bestätigt.

### **E. 8.2.3**

In somatischer Hinsicht diagnostizieren die B. \_\_\_\_\_-Gutachter die folgende Pathologien: Koronare Dreifässerkrankung, Diabetes mellitus Typ II, geringe- bis mässiggradige AC-Gelenkarthrose rechts und Omarthrose rechts, Arthrose beider Ellenbogengelenke mit geringer Epicondylitis humeri radialis, wiederkehrende Lumbalgien, rechtsbetonte Coxarthrose Grad 1 nach Tönnis, beginnende Gonarthrose beidseits mit linksbetontem Varusfehler an den Kniegelenken sowie Knick-Senk-Spreizfuss beidseits mit Hallux valgus linksbetont (IVSTA-act. 104, S. 20 f.). Davon waren lediglich die koronare Dreifässerkrankung sowie der Diabetes mellitus Typ II im Verfügungszeitpunkt 2014 bereits vorbestehend respektive bekannt. Im Weiteren ist aus den Akten ersichtlich, dass zudem im Hinblick auf die vorbestehende koronare Dreifässerkrankung am 15. Mai 2015 und 14. September 2015 erneut operative Eingriffe erfolgt sind (vgl. IVSTA-act. 75 und 78). Damit ist grundsätzlich eine Veränderung des Gesundheitszustandes beim Versicherten seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 9. Januar 2014 eingetreten.

### **E. 8.2.4**

Zu den nachträglich eingereichten medizinischen Unterlagen (IVSTA-act. 121 und 122) ist zunächst anzumerken, dass nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine Expertise nicht allein deswegen entscheidend an Beweiskraft verliert, weil die Gutachter sich nicht mit nachträglich erstellten fachärztlichen Berichten auseinandersetzen konnten. Erst wenn in einem späteren ärztlichen Bericht objektive, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, drängt sich allenfalls eine andere Beurteilung auf oder besteht Anlass für weitere Abklärungen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_744/2009 vom 15. Dezember 2009 E. 6; 9C\_276/2009 vom 24. Juni 2009 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Im Vergleich der ärztlichen Berichte ist ersichtlich, dass damit keine Veränderungen des Gesundheitszustandes seit der B.\_\_\_\_\_-Begutachtung vom 6.-8. Dezember 2016 geltend gemacht werden, sondern die bisherigen Pathologien einer diabetischen Polyneuropathie und einer Stenose von 50 % der Aorta carotis interna bestätigt wurden. Die IVSTA hat sich deshalb zu Recht nicht veranlasst gesehen, aufgrund des Zeitablaufs eine neue Begutachtung anzuordnen. Dies gilt umso mehr, als der RAD umfassend und mehrfach zu den neu eingereichten medizinischen Unterlagen Stellungnahmen konnte (vgl. IVSTA-act. 126; E 8.3.3 nachfolgend).

#### **E. 8.2.5**

Betreffend die ebenfalls der freien Beweiswürdigung des Gerichts unterliegenden Berichte (vgl. Urteil des BVGer C-6471/2017 vom E. 5.3.2 mit Verweis auf C-6398/2009 vom 18. Mai 2012 E. 2.1; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a) der behandelnden Kardiologin, Dr. E.\_\_\_\_\_, (IVSTA-act. 40 und Beilage 1 zu BVGer-act. 6) ist einerseits darauf hinzuweisen, dass sich der Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärztin vom Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten unterscheidet (vgl. hierzu SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.3, SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Andererseits findet sich in den entsprechenden Berichten vom 14. Oktober 2013 und vom 28. September 2015 keine nachvollziehbare und schlüssige Begründung in Bezug auf die attestierten Pathologien (Atherosklerotische Dreifässerkrankung der Koronararterien, Angina Grad III, Hypertonie, Dyslipidämie, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz, Erkrankung der Carotis und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit. Auch den Berichten des Ministério da Saúde (IVSTA-act. 37, 39 = 56, 36 = 57, 73), die jeweils pauschal ausführen, die klinische Situation des Beschwerdeführers sei mit dessen Beruf als Schuhmacher unvereinbar, sind bloss rudimentäre und somit nicht rechtsgenügende Angaben zu entnehmen, weshalb der Beschwerdeführer auch aus diesen Berichten nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Hinzu kommt weiter, dass sich die B.\_\_\_\_\_-Gutachter, als auch Dr. C.\_\_\_\_\_ mit diesen Berichten auseinandergesetzt haben. Aus diesen Gründen vermögen diese ärztlichen Dokumente das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen.

#### **E. 8.3**

Im Weiteren ist die gutachterliche Einschätzung der Leistungsfähigkeit mit Blick auf den veränderten Gesundheitszustand bzw. die neu festgestellten Befunde zu prüfen:

##### **E. 8.3.1**

Die Gutachter führen in ihrer Konsensbeurteilung aus, dass das Fähigkeitsprofil durch die orthopädischen Befunde lediglich qualitativ eingeschränkt werde. Nicht zumutbar seien regelmässige mittelschwere und alle schweren körperlichen Arbeiten, das mehr als

gelegentliche Heben von Lasten über 25 kg, das Arbeiten unter Exposition gegenüber Nässe, Kälte und Zugluft. Infolge des Diabetes mellitus wären in der Schweiz Nacht und Schichtarbeit sowie berufsmässiges Führen von Fahrzeugen nicht zulässig. Im positiven Fähigkeitsprofil lägen für den Versicherten leichte und gelegentliche mittelschwere körperliche Arbeiten, zu erbringen im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Gearbeitet werden könne dabei durchaus auch überwiegend im Sitzen. Die Leistungsfähigkeit sei voll (Zeitpensum 8,5 Stunden, fünf Tage pro Woche). Damit bestehende in der angestammten Tätigkeit als (angelernter) Schuhmacher volle Arbeitsfähigkeit ohne Reduktion der Leistungsfähigkeit, sofern das Fähigkeitsprofil eingehalten werde. Auch in denkbaren Verweisungstätigkeiten bestehende volle Arbeitsfähigkeit ohne Reduktion der Leistungsfähigkeit unter derselben Bedingung (IVSTA-act. 104, S. 16 ff.). Auch wenn die exakten konkreten Anforderungen des Versicherten in der angestammten Tätigkeit als Schuhmacher nicht bekannt seien, handle es sich per definitionem um eine sehr leichte bis leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit (IVSTA-act. 104, S. 25).

### **E. 8.3.2**

Demgegenüber geht der RAD-Arzt, Dr. C. \_\_\_\_\_, davon aus, dass speziell die orthopädischen Beschwerden nach Arbeitsaufgabe eine Verbesserung erfahren hätten (was das Gehvermögen sowie die Belastbarkeit der Wirbelsäule, der Schultern und Ellenbogen betreffe). Die Einstufung der angestammten Tätigkeit des Versicherten durch die Gutachter als leicht sei aus seiner Sicht nicht genügend abgeklärt worden. Aufgrund des Bildmaterials im Internet sowie den Angaben der Ärzte aus dem Ausland sei er der Meinung, dass es sich um eine Tätigkeit handle, wo wiederholte Belastungen in Schulter- sowie Ellenbogengelenken stattfänden sowie Zwangshaltungen mit der Wirbelsäule eingenommen würden. Dass die Tätigkeit teils im Stehen, teils im Sitzen ausgeübt werde, könne ein Vorteil sein, müsse aber nicht. Aus kardiologischer sowie psychiatrischer Sicht könne effektiv keine signifikante Arbeitskraftreduktion attestiert werden, weshalb er nach erneuter Durcharbeitung der Dossiers einzig seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ändere und sie auf 0 % ab 12.02.2014 festlege, was korrekterweise den aktuellen objektivierbaren sowie erhobenen Befunde entspreche (IVSTA-act. 113). Im Beschwerdeverfahren präziserte Dr. C. \_\_\_\_\_ seine Stellungnahme zudem dahingehend, dass er überzeugt sei, dass der Versicherte nach mehrjährigem Arbeitsunterbruch von orthopädischer Seite dieselben klinischen Befunde aufweise, als wenn er bis vor kurzem noch gearbeitet hätte. Aufgrund der vorliegenden Pathologien seien erschwert: längeres Stehen und Gehen, Zwangshaltungen mit dem Rücken sowie Kraftanwendungen im Bereich Schultern / Ellenbogen. Zudem würde der neue Arztbericht vom 30. Oktober 2017 (Beilage 1 zu BVGer-act. 6) unterstreichen, dass auch aus kardiologischer Sicht der Versicherte seine angestammte Arbeit nicht mehr tätigen könne, da er körperlich und psychisch erheblich mehr herausgefordert war, als dies im Rahmen des Gutachtens gewürdigt worden sei. Es bestehende ein vermindertes Rendement durch vermehrt nötige Pausen, vermehrte Krankheitstage und verminderte Stresstoleranz. Die Divergenz zum Gutachten entstehe dabei vor allem aus zwei Gründen: Differente Einschätzung der Anforderungen am Arbeitsplatz und verbesserte klinische Befunde und somit verfälschte Einschätzung der Belastbarkeit durch mehrjährige Arbeitspause (Beilage 1 zu BVGer-act. 10)

### **E. 8.3.3**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist es nach den konkreten Umständen des Einzelfalls zulässig, dass die Vorinstanz einem ohne eigene Untersuchung zustande gekommenen RAD-Bericht und nicht einem in der Folgeabschätzung anderslautenden B. \_\_\_\_\_-Gutachten entspricht, ohne vorgängige Nachfrage bei der Abklärungsstelle (vgl. Urteil des BGer 9C\_342/2016 vom 8. August 2016 E. 5). Die Befunde stehen fest und der massgebliche medizinische Sachverhalt wurde von der Vorinstanz genügend abgeklärt. Vorliegend geht es einzig um die Folgenabschätzung der diagnostizierten Leiden hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter postulieren im B. \_\_\_\_\_-Gutachten für eine vollständige Arbeitsfähigkeit des Versicherten sowohl in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in sämtlichen Verweistätigkeiten, was sich mit Blick auf die gestellten Befunde insofern nicht schlüssig begründen lässt, als es an einer umfassenden Auseinandersetzung der Gutachter mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Versicherten als Schuhmacher fehlt. Die Aussage, wonach es sich bei der Tätigkeit als Schuhmacher «per definitionem» um eine sehr leichte Tätigkeit handle (vgl. IVSTA-act. 104, S. 25), überzeugt nicht. Demgegenüber genügt die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 23. Februar 2017 (IVSTA-act. 113) den beweisrechtlichen Anforderungen an medizinische Berichte. In kritischer Auseinandersetzung mit dem Gutachten der B. \_\_\_\_\_ sowie sämtlichen weiteren sich in den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen wird in nachvollziehbarer Weise dargelegt, weshalb die vorhandenen Befunde zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schuhmacher führen. Dass der RAD-Arzt nicht selbst eine klinische Untersuchung durchgeführt und diesbezüglich auf die Expertise mit den Untersuchungen vom 6.-8. Dezember 2016 (vgl. IVSTA-act. 104) abgestellt hat, schmälert den Beweiswert des Berichts vom 23. Februar 2017 nicht schon an sich und zwar umso weniger, als - wie bereits ausgeführt wurde - die somatischen Befunde als solche nie umstritten waren. Zudem stehen nach Art. 59 Abs. 2bis IVG i.V.m. Art. 49 IVV die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen gerade zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (vgl. dazu E. 4.5.2 hiervor). Vorliegend ist demnach die Vorinstanz zu Recht der abweichenden schlüssigen RAD-Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit gefolgt. Von einer zusätzlichen Rückfrage bei der B. \_\_\_\_\_ sind keine unbekannt gebliebenen objektiven, insbesondere auch keine neuen medizinischen Aspekte bezogen auf den Verfügungszeitpunkt zu erwarten, die eine abweichende Folgenabschätzung in die eine oder andere Richtung nahelegen oder gar gebieten würden, weshalb die Vorinstanz vorliegend auf die Rückfrage bei der B. \_\_\_\_\_ verzichten durfte.

#### **E. 8.4**

Hinsichtlich des im Verlaufe des Beschwerdeverfahrens vom Beschwerdeführer an das Bundesverwaltungsgericht übermittelten Berichts, welcher nach dem Datum der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2017 datiert (vgl. das Attest von E. \_\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2017 [Beilage 1 zu BVGer-act. 6]), ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass das Bundesverwaltungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2017 nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war, zu prüfen hat; Tatsachen, die diesen Sachverhalt verändert haben, haben Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung zu bilden (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Soweit der Beschwerdeführer davon ausgeht, mit diesem ärztlichen Dokument eine seit dem Erlass der

angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2017 eingetretene namhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft machen zu können, steht es ihm frei, sich erneut mit einem Leistungsbegehren an die Invalidenversicherung zu wenden.

### **E. 8.5**

Nach dem Gesagten steht angesichts der vorliegenden fachärztlichen Berichte fest, dass dem Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als selbstständig erwerbender Schuhmacher grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zumutbar ist sowie in einer seinem Gesundheitszustand angepassten Verweisungstätigkeit (ohne Heben von Gewichten von mehr als 25 kg, ohne Feuchtigkeit, Kälte und Zugluft, keine Belastungen in Schulter und Ellbogengelenken, keine Zwangshaltungen mit der Wirbelsäule, in wechselnder Arbeitsposition) eine solche von 100 %. Zu prüfen bleibt, wie sich diese ihm zumutbare Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

### **E. 9**

Die IVSTA lehnte mit Verfügung vom 27. Juli 2017 (IVSTA-act. 127) eine Rentenzusprache ausgehend von einer 100 % Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit bei einer Erwerbseinbusse von 20 % ab. In beruflich-erwerblicher Hinsicht hat die Vorinstanz den Beschwerdeführer als im hypothetischen Gesundheitsfall vollzeitlich Erwerbstätigen qualifiziert und entsprechend für die Berechnung des Invaliditätsgrads die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs angewendet.

### **E. 9.1**

Der Versicherte bringt beschwerdeweise vor, er verfüge lediglich über fachliche Kompetenzen als Schuhmacher und als Maschinist. Schuhmacher habe er bei seinem Vater (nur Praxis, keine Berufsschule) erlernt, Maschinist in einer Baufirma in der Schweiz. Sonst habe er nur fünf Jahre Primarschule besucht. Trotz seinen orthopädischen, funktionellen Einschränkungen, der Insulinabhängigkeit, der Diabetessymptomatik, der kardiologischen Problematik und seinen fachlichen Kompetenzen, bei einem Alter von 60 Jahren, ohne Umschulungsmöglichkeiten, soll gemäss dem B. \_\_\_\_\_-Gutachten eine angepasste Tätigkeit möglich sein. Mit einer IV- Rente gäbe es auf dem Arbeitsmarkt keine geschützte Integrationsmöglichkeit und auf dem normalen Arbeitsmarkt könne er nur ohne Invalidität arbeiten (BVGer-act. 1).

### **E. 9.1.1**

Im Bereich der Invalidenversicherung gilt die Fiktion des ausgeglichenen Arbeitsmarkts. Dabei handelt es sich um einen theoretischen und abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsanspruch der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Stellenangebot und der Nachfrage. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten. Für die Bemessung der Invalidität ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (vgl. BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 E. 3b und AHI 1998 S. 291 E. 2b).

An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind mithin keine übermässigen Anforderungen zu stellen (vgl. dazu im Einzelnen SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C\_830/2007 E. 5.1).

### **E. 9.1.2**

Unter der Bedingung eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen, dass sich der Beschwerdeführer trotz seiner funktionellen Einschränkung beruflich betätigen könnte und ihm dabei genügend adaptierte Möglichkeiten zur Erzielung eines anrechenbaren Invalideneinkommens offenstehen. Festzuhalten ist, dass auch die angestammte Tätigkeit als Schuhmacher zu 80 % zumutbar ist (vgl. IVSTA-act. 104, S. 2; 126). Das Alter des am (...) 1957 geborenen Beschwerdeführers von 60 Jahren (im Zeitpunkt der abschliessenden RAD-Stellungnahme vom 22. Juli 2017; IVSTA-act. 126; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3) spricht nicht gegen die wirtschaftliche Verwertbarkeit des verbliebenen Leistungsvermögens. Ebenso schliesst die mehrjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (seit dem letzten effektiven Arbeitstag am 15. Oktober 2012) die Wiederaufnahme einer adaptierten Erwerbstätigkeit nicht aus. Das Bundesgericht hat für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen generell relativ hohe Hürden entwickelt (vgl. Urteil des BGer 9C\_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 4.4 mit Hinweis auf Urteil des BGer 9C\_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.3). Der konkrete Arbeitsmarkt, auf dem stellensuchende Personen ab einem gewissen Alter erfahrungsgemäss oftmals benachteiligt sind, zumal wenn sie mit gesundheitlichen Einschränkungen zu kämpfen haben, ist im vorliegenden Kontext nicht relevant.

### **E. 9.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 S. 349; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

### **E. 9.3**

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des hypothetischen frühestmöglichen Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2 S. 223 f.; Urteile des BGer 8C\_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2; 8C\_49/2018 vom 8. November 2018 E. 6.1.1).

### **E. 9.4**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte.

Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f.; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1).

### **E. 9.5**

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.; 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 ff.; 135 V 297 E. 5.2 S. 301; Urteil BGer 9C\_532/2016 vom 25. November 2016 E. 4.1.1; vgl. auch BGE 142 V 178). Wird auf die LSE 2012 oder neuere abgestellt, ist die Tabelle TA1 Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen, wobei nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen ist (BGE 129 V 408 E. 3.1.2).

### **E. 9.6.1**

Weder die Vorinstanz, noch der Beschwerdeführer haben sich im Beschwerdeverfahren zur Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens geäußert. Aus den Akten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer als selbstständig erwerbender Schuhmacher zwischen dem 21. Mai 2015 und dem 16. Oktober 2012 tätig war und einen tatsächlichen Verdienst von EUR 850.- monatlich erzielte (vgl. IVSTA-act. 20; 49; 97; vgl. aber: EUR 629.- gemäss IVSTA-act. 23 bzw. EUR 628.- gemäss IVSTA-act. 108). Seit dem 17. Juli 2012 bezieht er eine ausländische Invalidenrente aus Portugal (vgl. IVSTA-act. 13; 23; 33; 52; 89). Für die Bemessung der Invalidität einer - wie hier - im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1). Folglich ist die Berechnung des Einkommensvergleichs aufgrund statistischer Werte in Form der LSE-Tabellenlöhne durch die Vorinstanz vorliegend nicht zu beanstanden. Festzustellen ist jedoch, dass vorliegend der Einkommensvergleich auf der Basis des Jahres 2012 (veröffentlicht am: 27.03.2015) erstellt wurde (vgl. IVSTA-act.). Die Vorinstanz übersah dabei, dass im Verfügungszeitpunkt bereits die Tabellen der LSE 2014 publiziert waren (Tabelle T1

veröffentlicht am: 15.04.2016). Dies ist zu korrigieren.

### **E. 9.6.2**

Ausgehend von der beim Beschwerdeführer ab dem 12. Februar 2014 bestehenden 80 % Arbeitsunfähigkeit ist das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Bst. b IVG im Februar 2015 abgelaufen. Allerdings entsteht nach Art. 29 Abs. 1 IVG der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG (vgl. E. 4.3 hiervor). Da die IV-Anmeldung des Beschwerdeführers erst am 16. Januar 2015 erfolgte, kann der Rentenanspruch somit frühestens im Juli 2015 entstehen. Der Beschwerdeführer hätte im hypothetischen Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schuhmacher in Portugal weitergeführt. Dabei ergibt sich ein massgebender Bruttolohn gemäss LSE-Tabelle 2014, TA1, Sektor 94-95 Erbringung von sonstigen Dienstleistungen, Reparatur von Gebrauchsgütern, Kompetenzniveau 1, Spalte Männer, von Fr. 6'598.00 bzw. umgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2014 im Abschnitt von Fr. 6'878.12. Dabei gilt es, den hochgerechneten Jahreslohn 2014 von Fr. 82'540.98 (Fr. 6'878.12 x 12) auf das Jahr 2015 zu indexieren. Gemäss Tabelle, Nominallohnindex, Männer, 2015, betrug die Veränderung des Nominallohns gegenüber dem Vorjahr im Sektor 3 Dienstleistungen «+ 0,3 %» im Jahr 2015. Dies ergibt ein Valideneinkommen für das Jahr 2015 von Fr. 82'788.60 (Fr. 82'540.98 + Fr. 247.62).

### **E. 9.6.3**

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung wird bei versicherten Personen, die nach Eintritt der Invalidität ihren angestammten Beruf nicht mehr ausüben können, in der Regel auf das (tiefste) Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art») abgestellt (Urteil des BGer 8C\_325/2018 vom 11. September 2018 E. 4.2 mit Hinweisen). Gestützt auf die LSE 2014, TA1, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Männer, ist von einem monatlichen Lohn von Fr. 5'312.- auszugehen. Angepasst an die in der Privatwirtschaft im Jahr 2015 übliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche») und unter Berücksichtigung der bis 2015 eingetretenen Nominallohnentwicklung (+0.3 %) ergibt sich ein Lohn von monatlich Fr. 5'554.38 (Fr. 5'312.- : 40 x 41.7 x 1.003) bzw. jährlich rund Fr. 66'652.50 (Fr. 5'554.38 x 12).

### **E. 9.7**

Es ist im Weiteren die Frage des leidensbedingten Abzugs im Rahmen der Berechnung des Invalideneinkommens zu prüfen.

#### **E. 9.7.1**

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne aus invaliditätsfremden Gründen herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei erlaubt ein Abzug vom statistischen Lohn von insgesamt höchstens 25 %, den verschiedenen Merkmalen, die das Erwerbseinkommen zu beeinflussen vermögen, Rechnung zu tragen (BGE 126 V 75 E. 5 S. 78 ff.). Ein Abzug soll nicht automatisch, sondern dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Versicherte wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale seine gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit

unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f.).

### **E. 9.7.2**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft, ob der Entscheid, den die IVSTA nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen müssen. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75 E. 6 S. 81).

### **E. 9.7.3**

Die Vorinstanz gewährte einen Abzug von 20 % angesichts der persönlichen und beruflichen Umstände des Falls, insbesondere der Funktionseinschränkungen verbunden mit dem Gesundheitsschaden und des Alters des Versicherten (57 Jahre [recte: 60 Jahre]) (IVSTA-act. 114).

### **E. 9.7.4**

Es ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer an zahlreichen Beschwerden (insbesondere: koronare Dreifässerkrankung, Diabetes mellitus Typ II, AC-Gelenkarthrose, Omarthrose, Arthrose beider Ellenbogengelenke, Coxarthrose, beginnende Gonarthrose) leidet und deshalb auch bei einer grundsätzlich zumutbaren Tätigkeit im genannten Leistungsumfang weiteren Einschränkungen unterliegt. Nicht zumutbar seien regelmässige mittelschwere und alle schweren körperlichen Arbeiten, das mehr als gelegentliche Heben von Lasten über 25 kg, das Arbeiten unter Exposition gegenüber Nässe, Kälte und Zugluft sowie in Nacht- und Schichtarbeit oder berufsmässiges Führen von Fahrzeugen. Zudem seien vermehrte Pause und Krankheitstage nötig und es bestehe eine verminderte Stresstoleranz (vgl. dazu IVSTA-act. 104; 113; vgl. auch: Beilage 1 zu BVGer-act. 10). Mit diesem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers muss davon ausgegangen werden, dass er nur noch einen neuen Arbeitgeber findet, der ihn zu einem tieferen Lohn anstellt (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_617/2010 vom 10. Februar 2011 E. 4.3). Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ist ein leidensbedingter Abzug von 20 % auch mit Blick auf das Ermessen der Vorinstanz im Ergebnis nicht zu beanstanden.

### **E. 9.8**

Für den Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns im Jahr 2015 resultiert, ausgehend von der LSE 2014, TA1, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Männer, angepasst an die übliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden und unter Berücksichtigung der bis 2015 eingetretenen Nominallohnentwicklung (+0.3 %) ein Lohn von monatlich Fr. 5'554.38 (Fr. 5'312.- : 40 x 41.7 x 1.003) bzw. jährlich rund Fr. 66'652.50 (Fr. 5'554.38 x 12). Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20 % ergibt sich damit ein Invalideneinkommen von Fr. 53'322.10 (= [Fr. 5'554.38 - Fr. 1'110.88] x 12). Ausgehend vom erwähnten Validenlohn Fr. 82'788.60 resultiert somit ein IV Grad von 35.59 % (= [Fr. 82'788.60 - Fr. 53'322.10] x 100 / Fr. 82'788.60), aufgerundet ergibt sich entsprechend ein rentenausschliessender IV-Grad von 36 % (zur Rundung beim IV-Grad vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 122 f.).

### **E. 10**

kg und gelegentlichem Gehen oder Stehen. In der offenbar wohl massgeblichen Tätigkeit als Schuhmacher sei der Versicherte aus allgemein-ärztlicher Sicht 100 % arbeitsfähig (volle Leistungsfähigkeit, Zeitsumme 8,5 Stunden, 5 Tage / Woche), ohne Nacht- und Schichtarbeit. Als Maschinist im Tiefbau könnten die Auflagen infolge des Diabetes zum Tragen kommen. Auch in Verweisungstätigkeiten sei der Versicherte aus allgemein-ärztlicher Sicht 100 % arbeitsfähig (volle Leistungsfähigkeit, Zeitsumme 8,5 Stunden, 5 Tage/Woche), ohne Nacht- und Schichtarbeit und ohne berufsmässiges Lenken von Fahrzeugen. Aus allgemein-ärztlicher Sicht hätten zu keinem Zeitpunkt Affektionen mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestanden, abgesehen von interkurrenten Perioden während Hospitalisationen und Rekonvaleszenzzeiten. Die Prognose sei gut, es gebe keine Empfehlungen für eine spezifische Therapie. Allgemein würden zur Förderung der Compliance und zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten strukturierte ambulante Langzeitprogramme empfohlen (Einleitung eines angepassten körperlichen Trainings, respiratorisches Training, Teilnahme an einer Herzgruppe, optimale medikamentöse Einstellung).

## **E. 11**

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

### **E. 11.1**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 800.- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis VwVG, Art. 69 Abs. 1bis IVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und dem am 30. September 2017 geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

### **E. 11.2**

Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen)

## **E. 12**

Oktober 2015 (IVSTA-act. 73) eine «gelegentliche Dekompensation wegen Angstkrisen» erwähnt, ohne eine ICD-Klassifikation zu nennen oder den Befund nachvollziehbar und schlüssig zu begründen. Auch wenn seine gesundheitliche und erwerbliche Situation für den Beschwerdeführer verständlicherweise psychisch belastend ist, wie dieser beschwerdeweise vorbringt, so kann daraus kein psychiatrisches Krankheitsbild abgeleitet werden, wie dies auch im Gutachten nachvollziehbar dargelegt wurde (IVSTA-act. 104, S. 42). In psychiatrischer Hinsicht ist demnach von einem im Wesentlichen gleich gebliebenen psychiatrischen Gesundheitszustand auszugehen. Nichts Anderes wurde im Weiteren durch den RAD-Arzt, Dr. D.\_\_\_\_\_, in dessen Stellungnahme vom 25. April 2017 (IVSTA-act. 116) bestätigt.

C-4796/2017 Seite 37 8.2.3 In somatischer Hinsicht diagnostizieren die B.\_\_\_\_\_-Gutachter die folgende Pathologien: Koronare Dreifässerkrankung, Diabetes mellitus Typ II, geringe- bis mässiggradige AC-Gelenkarthrose rechts und Omarthrose rechts, Arthrose beider Ellenbogengelenke mit geringer Epicondylitis humeri radialis,

wiederkehrende Lumbalgien, rechtsbetonte Coxarthrose Grad 1 nach Tönnis, beginnende Gonarthrose beidseits mit linksbetontem Varusfehler an den Kniegelenken sowie Knick-Senk-Spreizfuß beidseits mit Hallux valgus linksbetont (IVSTA-act. 104, S. 20 f.). Davon waren lediglich die koronare Dreifässerkrankung sowie der Diabetes mellitus Typ II im Verfügungszeitpunkt 2014 bereits vorbestehend respektive bekannt. Im Weiteren ist aus den Akten ersichtlich, dass zudem im Hinblick auf die vorbestehende koronare Dreifässerkrankung am 15. Mai 2015 und 14. September 2015 erneut operative Eingriffe erfolgt sind (vgl. IVSTA-act. 75 und 78). Damit ist grundsätzlich eine Veränderung des Gesundheitszustandes beim Versicherten seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 9. Januar 2014 eingetreten.

8.2.4 Zu den nachträglich eingereichten medizinischen Unterlagen (IVSTA-act. 121 und 122) ist zunächst anzumerken, dass nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine Expertise nicht allein deswegen entscheidend an Beweiskraft verliert, weil die Gutachter sich nicht mit nachträglich erstellten fachärztlichen Berichten auseinandersetzen konnten. Erst wenn in einem späteren ärztlichen Bericht objektive, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, drängt sich allenfalls eine andere Beurteilung auf oder besteht Anlass für weitere Abklärungen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_744/2009 vom 15. Dezember 2009 E. 6; 9C\_276/2009 vom 24. Juni 2009 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Im Vergleich der ärztlichen Berichte ist ersichtlich, dass damit keine Veränderungen des Gesundheitszustandes seit der B.\_\_\_\_\_-Begutachtung vom 6.-8. Dezember 2016 geltend gemacht werden, sondern die bisherigen Pathologien einer diabetischen Polyneuropathie und einer Stenose von 50 % der Aorta carotis interna bestätigt wurden. Die IVSTA hat sich deshalb zu Recht nicht veranlasst gesehen, aufgrund des Zeitablaufs eine neue Begutachtung anzuordnen. Dies gilt umso mehr, als der RAD umfassend und mehrfach zu den neu eingereichten medizinischen Unterlagen Stellung nehmen konnte (vgl. IVSTA-act. 126; E 8.3.3 nachfolgend).

8.2.5 Betreffend die ebenfalls der freien Beweiswürdigung des Gerichts unterliegenden Berichte (vgl. Urteil des BVGer C-6471/2017 vom E. 5.3.2 mit Verweis auf C-6398/2009 vom 18. Mai 2012 E. 2.1; zum Grundsatz der

C-4796/2017 Seite 38 freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a) der behandelnden Kardiologin, Dr. E.\_\_\_\_\_, (IVSTA-act. 40 und Beilage 1 zu BVGer-act. 6) ist einerseits darauf hinzuweisen, dass sich der Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärztin vom Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten unterscheidet (vgl. hierzu SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.3, SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Andererseits findet sich in den entsprechenden Berichten vom 14. Oktober 2013 und vom 28. September 2015 keine nachvollziehbare und schlüssige Begründung in Bezug auf die attestierten Pathologien (Atherosklerotische Dreifässerkrankung der Koronararterien, Angina Grad III, Hypertonie, Dyslipidämie, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz, Erkrankung der Carotis und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit. Auch den Berichten des Ministério da Saúde (IVSTA-act. 37, 39 = 56, 36 = 57, 73), die jeweils pauschal ausführen, die klinische Situation des Beschwerdeführers sei mit dessen Beruf als Schuhmacher unvereinbar, sind bloss rudimentäre und somit nicht rechtsgenügende Angaben zu entnehmen, weshalb der Beschwerdeführer auch aus diesen Berichten nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Hinzu kommt weiter, dass sich die B.\_\_\_\_\_-Gutachter, als auch Dr. C.\_\_\_\_\_ mit diesen Berichten auseinandergesetzt haben. Aus diesen Gründen vermögen diese ärztlichen Dokumente das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen.

8.3 Im

Weiteren ist die gutachterliche Einschätzung der Leistungsfähigkeit mit Blick auf den veränderten Gesundheitszustand bzw. die neu festgestellten Befunde zu prüfen: 8.3.1 Die Gutachter führen in ihrer Konsensbeurteilung aus, dass das Fähigkeitsprofil durch die orthopädischen Befunde lediglich qualitativ eingeschränkt werde. Nicht zumutbar seien regelmässige mittelschwere und alle schweren körperlichen Arbeiten, das mehr als gelegentliche Heben von Lasten über 25 kg, das Arbeiten unter Exposition gegenüber Nässe, Kälte und Zugluft. Infolge des Diabetes mellitus wären in der Schweiz Nacht und Schichtarbeit sowie berufsmässiges Führen von Fahrzeugen nicht zulässig. Im positiven Fähigkeitsprofil lägen für den Versicherten leichte und gelegentliche mittelschwere körperliche Arbeiten, zu erbringen im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Gearbeitet werden könne dabei durchaus auch überwiegend im Sitzen. Die Leistungsfähigkeit sei voll (Zeitpensum 8,5 Stunden, fünf Tage pro Woche). Damit bestehende in der angestammten Tätigkeit als (angelernter) Schuhmacher volle Arbeitsfähigkeit ohne Reduktion der Leistungsfähigkeit, sofern das Fähigkeitsprofil eingehalten werde. Auch in denkbaren Verweisungstätigkeiten bestehende volle

C-4796/2017 Seite 39 Arbeitsfähigkeit ohne Reduktion der Leistungsfähigkeit unter derselben Bedingung (IVSTA-act. 104, S. 16 ff.). Auch wenn die exakten konkreten Anforderungen des Versicherten in der angestammten Tätigkeit als Schuhmacher nicht bekannt seien, handle es sich per definitionem um eine sehr leichte bis leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit (IVSTA-act. 104, S. 25). 8.3.2 Demgegenüber geht der RAD-Arzt, Dr. C.\_\_\_\_\_, davon aus, dass speziell die orthopädischen Beschwerden nach Arbeitsaufgabe eine Verbesserung erfahren hätten (was das Gehvermögen sowie die Belastbarkeit der Wirbelsäule, der Schultern und Ellenbogen betreffe). Die Einstufung der angestammten Tätigkeit des Versicherten durch die Gutachter als leicht sei aus seiner Sicht nicht genügend abgeklärt worden. Aufgrund des Bildmaterials im Internet sowie den Angaben der Ärzte aus dem Ausland sei er der Meinung, dass es sich um eine Tätigkeit handle, wo wiederholte Belastungen in Schulter- sowie Ellenbogengelenken stattfänden sowie Zwangshaltungen mit der Wirbelsäule eingenommen würden. Dass die Tätigkeit teils im Stehen, teils im Sitzen ausgeübt werde, könne ein Vorteil sein, müsse aber nicht. Aus kardiologischer sowie psychiatrischer Sicht könne effektiv keine signifikante Arbeitskraftreduktion attestiert werden, weshalb er nach erneuter Durcharbeitung der Dossiers einzig seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ändere und sie auf 0 % ab 12.02.2014 festlege, was korrekterweise den aktuellen objektivierbaren sowie erhobenen Befunde entspreche (IVSTA-act. 113). Im Beschwerdeverfahren präzisierte Dr. C.\_\_\_\_\_, seine Stellungnahme zudem dahingehend, dass er überzeugt sei, dass der Versicherte nach mehrjährigem Arbeitsunterbruch von orthopädischer Seite dieselben klinischen Befunde aufweise, als wenn er bis vor kurzem noch gearbeitet hätte. Aufgrund der vorliegenden Pathologien seien erschwert: längeres Stehen und Gehen, Zwangshaltungen mit dem Rücken sowie Kraftanwendungen im Bereich Schultern / Ellenbogen. Zudem würde der neue Arztbericht vom 30. Oktober 2017 (Beilage 1 zu BVGer-act. 6) unterstreichen, dass auch aus kardiologischer Sicht der Versicherte seine angestammte Arbeit nicht mehr tätigen könne, da er körperlich und psychisch erheblich mehr herausgefordert war, als dies im Rahmen des Gutachtens gewürdigt worden sei. Es bestehende ein vermindertes Rendement durch vermehrt nötige Pausen, vermehrte Krankheitstage und verminderte Stresstoleranz. Die Divergenz zum Gutachten entstehe dabei vor allem aus zwei Gründen: Differente Einschätzung der Anforderungen am Arbeitsplatz und verbesserte klinische Befunde und somit verfälschte Einschätzung der Belastbarkeit durch mehrjährige Arbeitspause (Beilage 1 zu

BVGer-act. 10)

C-4796/2017 Seite 40 8.3.3 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist es nach den konkreten Umständen des Einzelfalls zulässig, dass die Vorinstanz einem ohne eigene Untersuchung zustande gekommenen RAD-Bericht und nicht einem in der Folgeabschätzung anderslautenden B.\_\_\_\_\_-Gutachten entspricht, ohne vorgängige Nachfrage bei der Abklärungsstelle (vgl. Urteil des BGer 9C\_342/2016 vom 8. August 2016 E. 5). Die Befunde stehen fest und der massgebliche medizinische Sachverhalt wurde von der Vorinstanz genügend abgeklärt. Vorliegend geht es einzig um die Folgenabschätzung der diagnostizierten Leiden hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter postulieren im B.\_\_\_\_\_-Gutachten für eine vollständige Arbeitsfähigkeit des Versicherten sowohl in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in sämtlichen Verweistätigkeiten, was sich mit Blick auf die gestellten Befunde insofern nicht schlüssig begründen lässt, als es an einer umfassenden Auseinandersetzung der Gutachter mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Versicherten als Schuhmacher fehlt. Die Aussage, wonach es sich bei der Tätigkeit als Schuhmacher «per definitionem» um eine sehr leichte Tätigkeit handle (vgl. IVSTA-act. 104, S. 25), überzeugt nicht. Demgegenüber genügt die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 23. Februar 2017 (IVSTA-act. 113) den beweisrechtlichen Anforderungen an medizinische Berichte. In kritischer Auseinandersetzung mit dem Gutachten der B.\_\_\_\_\_ sowie sämtlichen weiteren sich in den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen wird in nachvollziehbarer Weise dargelegt, weshalb die vorhandenen Befunde zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schuhmacher führen. Dass der RAD-Arzt nicht selbst eine klinische Untersuchung durchgeführt und diesbezüglich auf die Expertise mit den Untersuchungen vom 6.-8. Dezember 2016 (vgl. IVSTA-act. 104) abgestellt hat, schmälert den Beweiswert des Berichts vom 23. Februar 2017 nicht schon an sich und zwar umso weniger, als – wie bereits ausgeführt wurde – die somatischen Befunde als solche nie umstritten waren. Zudem stehen nach Art. 59 Abs. 2bis IVG i.V.m. Art. 49 IVV die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen gerade zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (vgl. dazu E. 4.5.2 hiervor). Vorliegend ist demnach die Vorinstanz zu Recht der abweichenden schlüssigen RAD-Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit gefolgt. Von einer zusätzlichen Rückfrage bei der B.\_\_\_\_\_ sind keine unbekannt gebliebenen objektiven, insbesondere auch keine neuen medizinischen Aspekte bezogen auf den Verfüngszeitpunkt zu erwarten, die eine abweichende Folgenabschätzung in

C-4796/2017 Seite 41 die eine oder andere Richtung nahelegen oder gar gebieten würden, weshalb die Vorinstanz vorliegend auf die Rückfrage bei der B.\_\_\_\_\_ verzichten durfte. 8.4 Hinsichtlich des im Verlaufe des Beschwerdeverfahrens vom Beschwerdeführer an das Bundesverwaltungsgericht übermittelten Berichts, welcher nach dem Datum der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2017 datiert (vgl. das Attest von E.\_\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2017 [Beilage 1 zu BVGer-act. 6]), ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass das Bundesverwaltungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2017 nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war, zu prüfen hat; Tatsachen, die diesen Sachverhalt verändert haben, haben

Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung zu bilden (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Soweit der Beschwerdeführer davon ausgeht, mit diesem ärztlichen Dokument eine seit dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2017 eingetretene namhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft machen zu können, steht es ihm frei, sich erneut mit einem Leistungsbegehren an die Invalidenversicherung zu wenden. 8.5 Nach dem Gesagten steht angesichts der vorliegenden fachärztlichen Berichte fest, dass dem Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als selbstständig erwerbender Schuhmacher grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zumutbar ist sowie in einer seinem Gesundheitszustand angepassten Verweistätigkeit (ohne Heben von Gewichten von mehr als 25 kg, ohne Feuchtigkeit, Kälte und Zugluft, keine Belastungen in Schulter und Ellbogengelenken, keine Zwangshaltungen mit der Wirbelsäule, in wechselnder Arbeitsposition) eine solche von 100 %. Zu prüfen bleibt, wie sich diese ihm zumutbare Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 9. Die IVSTA lehnte mit Verfügung vom 27. Juli 2017 (IVSTA-act. 127) eine Rentenzusprache ausgehend von einer 100 % Arbeitsfähigkeit in einer leistungsgerechten Verweistätigkeit bei einer Erwerbseinbusse von 20 % ab. In beruflich-erwerblicher Hinsicht hat die Vorinstanz den Beschwerdeführer als im hypothetischen Gesundheitsfall vollzeitlich Erwerbstätigen qualifiziert und entsprechend für die Berechnung des Invaliditätsgrads die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs angewendet.

C-4796/2017 Seite 42 9.1 Der Versicherte bringt beschwerdeweise vor, er verfüge lediglich über fachliche Kompetenzen als Schuhmacher und als Maschinist. Schuhmacher habe er bei seinem Vater (nur Praxis, keine Berufsschule) erlernt, Maschinist in einer Baufirma in der Schweiz. Sonst habe er nur fünf Jahre Primarschule besucht. Trotz seinen orthopädischen, funktionellen Einschränkungen, der Insulinabhängigkeit, der Diabetessymptomatik, der kardiologischen Problematik und seinen fachlichen Kompetenzen, bei einem Alter von 60 Jahren, ohne Umschulungsmöglichkeiten, soll gemäss dem B. \_\_\_\_\_-Gutachten eine angepasste Tätigkeit möglich sein. Mit einer IV-Rente gäbe es auf dem Arbeitsmarkt keine geschützte Integrationsmöglichkeit und auf dem normalen Arbeitsmarkt könne er nur ohne Invalidität arbeiten (BVGer-act. 1). 9.1.1 Im Bereich der Invalidenversicherung gilt die Fiktion des ausgeglichenen Arbeitsmarkts. Dabei handelt es sich um einen theoretischen und abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsanspruch der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Stellenangebot und der Nachfrage. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten. Für die Bemessung der Invalidität ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (vgl. BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 E. 3b und AHI 1998 S. 291 E. 2b). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind mithin keine übermässigen Anforderungen zu stellen (vgl. dazu im Einzelnen SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C\_830/2007 E. 5.1). 9.1.2 Unter der Bedingung eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist die Vorinstanz zu Recht davon

ausgegangen, dass sich der Beschwerdeführer trotz seiner funktionellen Einschränkung beruflich betätigen könnte und ihm dabei genügend adaptierte Möglichkeiten zur Erzielung eines anrechenbaren Invalideneinkommens offenstehen. Festzuhalten ist, dass auch die angestammte Tätigkeit als Schuhmacher zu 80 % zumutbar ist (vgl. IV-

C-4796/2017 Seite 43 STA-act. 104, S. 2; 126). Das Alter des am (...) 1957 geborenen Beschwerdeführers von 60 Jahren (im Zeitpunkt der abschliessenden RAD-Stellungnahme vom 22. Juli 2017; IVSTA-act. 126; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3) spricht nicht gegen die wirtschaftliche Verwertbarkeit des verbliebenen Leistungsvermögens. Ebenso schliesst die mehrjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (seit dem letzten effektiven Arbeitstag am 15. Oktober 2012) die Wiederaufnahme einer adaptierten Erwerbstätigkeit nicht aus. Das Bundesgericht hat für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen generell relativ hohe Hürden entwickelt (vgl. Urteil des BGer 9C\_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 4.4 mit Hinweis auf Urteil des BGer 9C\_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.3). Der konkrete Arbeitsmarkt, auf dem stellensuchende Personen ab einem gewissen Alter erfahrungsgemäss oftmals benachteiligt sind, zumal wenn sie mit gesundheitlichen Einschränkungen zu kämpfen haben, ist im vorliegenden Kontext nicht relevant. 9.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 S. 349; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). 9.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des hypothetischen frühestmöglichen Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2 S. 223 f.; Urteile des BGer 8C\_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2; 8C\_49/2018 vom 8. November 2018 E. 6.1.1).

C-4796/2017 Seite 44 9.4 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f.; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1). 9.5 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile

Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.; 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 ff.; 135 V 297 E. 5.2 S. 301; Urteil BGer 9C\_532/2016 vom 25. November 2016 E. 4.1.1; vgl. auch BGE 142 V 178). Wird auf die LSE 2012 oder neuere abgestellt, ist die Tabelle TA1 Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen, wobei nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen ist (BGE 129 V 408 E. 3.1.2). 9.6

C-4796/2017 Seite 45 9.6.1 Weder die Vorinstanz, noch der Beschwerdeführer haben sich im Beschwerdeverfahren zur Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens geäußert. Aus den Akten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer als selbstständig erwerbender Schuhmacher zwischen dem 21. Mai 2015 und dem 16. Oktober 2012 tätig war und einen tatsächlichen Verdienst von EUR 850.– monatlich erzielte (vgl. IVSTA-act. 20; 49; 97; vgl. aber: EUR 629.– gemäss IVSTA-act. 23 bzw. EUR 628.– gemäss IVSTA-act. 108). Seit dem 17. Juli 2012 bezieht er eine ausländische Invalidenrente aus Portugal (vgl. IVSTA-act. 13; 23; 33; 52; 89). Für die Bemessung der Invalidität einer – wie hier – im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1). Folglich ist die Berechnung des Einkommensvergleichs aufgrund statistischer Werte in Form der LSE-Tabellenlöhne durch die Vorinstanz vorliegend nicht zu beanstanden. Festzustellen ist jedoch, dass vorliegend der Einkommensvergleich auf der Basis des Jahres 2012 (veröffentlicht am: 27.03.2015) erstellt wurde (vgl. IVSTA-act.). Die Vorinstanz übersah dabei, dass im Verfügungszeitpunkt bereits die Tabellen der LSE 2014 publiziert waren (Tabelle T1 veröffentlicht am: 15.04.2016). Dies ist zu korrigieren. 9.6.2 Ausgehend von der beim Beschwerdeführer ab dem 12. Februar 2014 bestehenden 80 % Arbeitsunfähigkeit ist das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Bst. b IVG im Februar 2015 abgelaufen. Allerdings entsteht nach Art. 29 Abs. 1 IVG der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG (vgl. E. 4.3 hiavor). Da die IV-Anmeldung des Beschwerdeführers erst am 16. Januar 2015 erfolgte, kann der Rentenanspruch somit frühestens im Juli 2015 entstehen. Der Beschwerdeführer hätte im hypothetischen Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schuhmacher in Portugal weitergeführt. Dabei ergibt sich ein massgebender Bruttolohn gemäss LSE-Tabelle 2014, TA1, Sektor 94-95 Erbringung von sonstigen Dienstleistungen, Reparatur von Gebrauchsgütern, Kompetenzniveau 1, Spalte Männer, von Fr. 6'598.00 bzw. umgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit von

41.7 Stunden im Jahr 2014 im Abschnitt von Fr. 6'878.12. Dabei gilt es, den hochgerechneten Jahreslohn 2014 von Fr. 82'540.98 (Fr. 6'878.12 x 12) auf das Jahr 2015 zu indexieren. Gemäss Tabelle, Nominallohnindex, Männer, 2015, betrug die Veränderung des Nominallohns gegenüber dem Vorjahr im Sektor 3 Dienstleistungen «+ 0,3 %» im Jahr 2015. Dies ergibt ein

C-4796/2017 Seite 46 Valideneinkommen für das Jahr 2015 von Fr. 82'788.60 (Fr. 82'540.98 + Fr. 247.62). 9.6.3 Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung wird bei versicherten Personen, die nach Eintritt der Invalidität ihren angestammten Beruf nicht mehr ausüben können, in der Regel auf das (tiefste) Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art») abgestellt (Urteil des BGer 8C\_325/2018 vom 11. September 2018 E. 4.2 mit Hinweisen). Gestützt auf die LSE 2014, TA1, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Männer, ist von einem monatlichen Lohn von Fr. 5'312.– auszugehen. Angepasst an die in der Privatwirtschaft im Jahr 2015 übliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche») und unter Berücksichtigung der bis 2015 eingetretenen Nominallohnentwicklung (+0.3 %) ergibt sich ein Lohn von monatlich Fr. 5'554.38 (Fr. 5'312.– : 40 x 41.7 x 1.003) bzw. jährlich rund Fr. 66'652.50 (Fr. 5'554.38 x 12). 9.7 Es ist im Weiteren die Frage des leidensbedingten Abzugs im Rahmen der Berechnung des Invalideneinkommens zu prüfen. 9.7.1 Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne aus invaliditätsfremden Gründen herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei erlaubt ein Abzug vom statistischen Lohn von insgesamt höchstens 25 %, den verschiedenen Merkmalen, die das Erwerbseinkommen zu beeinflussen vermögen, Rechnung zu tragen (BGE 126 V 75 E. 5 S. 78 ff.). Ein Abzug soll nicht automatisch, sondern dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Versicherte wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale seine gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f.). 9.7.2 Das Bundesverwaltungsgericht prüft, ob der Entscheid, den die IV-STA nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen müssen. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt und von der

C-4796/2017 Seite 47 Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75 E. 6 S. 81). 9.7.3 Die Vorinstanz gewährte einen Abzug von 20 % angesichts der persönlichen und beruflichen Umstände des Falls, insbesondere der Funktionseinschränkungen verbunden mit dem Gesundheitsschaden und des Alters des Versicherten (57 Jahre [recte: 60 Jahre]) (IVSTA-act. 114). 9.7.4 Es ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer an zahlreichen Beschwerden (insbesondere: koronare Dreifässerkrankung, Diabetes mellitus Typ II, AC-Gelenkarthrose, Omarthrose, Arthrose beider Ellenbogengelenke, Coxarthrose, beginnende Gonarthrose) leidet und deshalb auch bei einer grundsätzlich zumutbaren Tätigkeit im genannten Leistungsumfang weiteren Einschränkungen unterliegt. Nicht

zumutbar seien regelmässige mittelschwere und alle schweren körperlichen Arbeiten, das mehr als gelegentliche Heben von Lasten über 25 kg, das Arbeiten unter Exposition gegenüber Nässe, Kälte und Zugluft sowie in Nacht- und Schichtarbeit oder berufsmässiges Führen von Fahrzeugen. Zudem seien vermehrte Pause und Krankheitstage nötig und es bestehe eine verminderte Stresstoleranz (vgl. dazu IVSTA-act. 104; 113; vgl. auch: Beilage 1 zu BVGer-act. 10). Mit diesem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers muss davon ausgegangen werden, dass er nur noch einen neuen Arbeitgeber findet, der ihn zu einem tieferen Lohn anstellt (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_617/2010 vom 10. Februar 2011 E. 4.3). Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ist ein leidensbedingter Abzug von 20 % auch mit Blick auf das Ermessen der Vorinstanz im Ergebnis nicht zu beanstanden.

9.8 Für den Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns im Jahr 2015 resultiert, ausgehend von der LSE 2014, TA1, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Männer, angepasst an die übliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden und unter Berücksichtigung der bis 2015 eingetretenen Nominallohnentwicklung (+0.3 %) ein Lohn von monatlich Fr. 5'554.38 (Fr. 5'312.– : 40 x 41.7 x 1.003) bzw. jährlich rund Fr. 66'652.50 (Fr. 5'554.38 x 12). Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20 % ergibt sich damit ein Invalideneinkommen von Fr. 53'322.10 (= [Fr. 5'554.38 – Fr. 1'110.88] x 12). Ausgehend vom erwähnten Validenlohn Fr. 82'788.60 resultiert somit ein IV Grad von 35.59 % (= [Fr. 82'788.60 - Fr. 53'322.10] x 100 / Fr. 82'788.60), aufgerundet ergibt sich entsprechend ein rentenausschliessender IV-Grad von 36 % (zur Rundung beim IV-Grad vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 122 f.).

C-4796/2017 Seite 48 10. Aufgrund der vorstehenden Erwägungen erweist sich die vorliegend angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 25. Juli 2017 als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 22. August 2017 als unbegründet abzuweisen ist.

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

11.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streit Sache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 800.– festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis VwVG, Art. 69 Abs. 1bis IVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und dem am 30. September 2017 geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

11.2 Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen)

C-4796/2017 Seite 49

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