

# **BVGer C-4912/2014 vom 23. November 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-11-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4912\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4912_2014)

FR: TAF C-4912/2014 du 23 novembre 2016

IT: TAF C-4912/2014 del 23 novembre 2016

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG (SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 7. August 2014 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

### **E. 1.4**

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der

Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit 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 abgelöst worden. Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitglied-staat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor. Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

### **E. 2.2**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 7. August 2014) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 ff. E. 1.2 mit Hinweis, BGE 130 V 329 ff. E. 2.2. und 2.3). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

### **E. 2.3**

Weiter sind in zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 ff. E. 3.1.1 und 131 V 9 ff. E.1). Da vorliegend der Rentenanspruch ab 1. August 2014 (sechs Monate nach der Neuanmeldung vom 29. Januar 2014, vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) strittig ist, ist bei den materiellen Bestimmungen auf die seit 1. Januar 2012 geltende Fassung des IVG, der IVV des ATSG und der ATSV (Änderungen im Rahmen des ersten Massnahmenpakets der 6.IV-Revision, IVG in der Fassung vom 18.März 2011 [AS 2011 5659]) abzustellen.

## **E. 2.4**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

## **E. 2.5**

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

## **E. 3.1**

Nach den Bestimmungen der 6. IV-Revision haben Anspruch auf eine Rente Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 lit. a bis c IVG).

## **E. 3.2**

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

## **E. 3.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art.

29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

#### **E. 3.4.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4; 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

#### **E. 3.4.2**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

#### **E. 3.4.3**

Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGE I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

#### **E. 3.4.4**

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten auf-zustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und

Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

#### **E. 3.4.5**

Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C\_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

#### **E. 3.4.6**

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person durch den RAD untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen (Urteile des BGer 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011; 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371).

#### **E. 4.1**

Zu prüfen ist zunächst, ob die Vorinstanz mit angefochtener Verfügung das neue Gesuch materiell entschieden hat oder ob es davon ausgegangen ist, dass der Beschwerdeführer nicht hat glaubhaft machen können, dass sich der Grad der Invalidität erheblich verändert habe, und deshalb gar nicht auf den Rentenantrag eingetreten ist (vgl. Art. 87 Abs. 2 IVV).

#### **E. 4.2**

Die RAD-Ärztin hat zwar in ihrer Stellungnahme vom 22. April 2014 ein "Nichteintreten nach materieller Prüfung" empfohlen (doc. 34 S. 3). Jedoch wird das Leistungsgesuch sowohl im Vorbescheid (doc. 36) als auch in der angefochtenen Verfügung (doc. 51) ausdrücklich abgewiesen. Somit ist festzustellen, dass die Vorinstanz auf das Leistungsgesuch eingetreten ist und eine materielle Prüfung vorgenommen hat.

#### **E. 4.3**

Tritt die Verwaltung - wie vorliegend - auf die Neuanmeldung 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; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 E. 1b mit Hinweisen). Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird eine Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad des Rentenbezügers erheblich verändert hat.

#### **E. 4.4**

Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b).

#### **E. 4.5**

Gemäss den soeben dargelegten Grundsätzen ist somit zu prüfen, ob sich der der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers seit der rechtskräftigen Verfügung der Vorinstanz vom 22. Dezember 2011 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2014 in rentenanspruchsbezüglicher Weise verändert hat.

#### **E. 5.1**

Der ursprünglichen Verfügung vom 22. Dezember 2011 lagen folgende medizinische Akten zugrunde (wobei einige in den Zeitraum bis 22. Dezember 2011 fallende Berichte erst im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens [ab doc. 25] eingereicht wurden und andere erst einen Tag nach Versand der Rentenverfügung bei der SVA eintrafen [vgl. Eintrag zu Eingangsdatum der Vorakten 23 in Aktenverzeichnis der SVA, S. 1, und Ausführungen in E. 5.2] und deshalb hier nicht erwähnt sind): - Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Dr. I. \_\_\_\_\_ (behandelnder Facharzt für Allgemeinmedizin/Naturheilverfahren/Sportmedizin) für den Zeitraum vom 31. August bis 23. Oktober 2008 und den 24. sowie 27. Oktober 2008 (doc. 12 S. 4 f.). - Das Arzzeugnis von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2008 zuhanden des Kollektivkrankenversicherers, in welchem ein Rezidiv einer Mitralklappen-Prothesenendokarditis nach einem im Jahr 2005 erfolgten Mitralklappenersatz festgehalten wurde (doc. 12 S. 3). Der Beschwerdeführer sei vom 31. August 2008 bis zum 12. November 2008 (Spitalaufenthalt und Rehabilitation) arbeitsunfähig gewesen, ansonsten zu 100% arbeitsfähig. - Die Bestätigung des Spitals X. \_\_\_\_\_ betreffend stationären Spitalaufenthalts des Beschwerdeführers vom 14. bis 28.

Juli 2011 und weiteren Verbleibs während vier Wochen (doc. 3). - Der Entlassungsbericht von Dr. C. \_\_\_\_\_, Chefärztin Innere Medizin/Kardiologie des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 25. August 2011 nach einem 6-wöchigen Aufenthalt des Beschwerdeführers mit stationärer Behandlung (doc. 14 S 7-9). Darin wurde eine vierte Mitralklappenendokarditis sowie eine Transaminasen-Erhöhung ungeklärter Genese DD unter Rifamicin sowie als Vorerkrankungen ein hoher Phenoprocoumon-Bedarf (Blutgerinnungshemmer) sowie eine chronische Niereninsuffizienz NFK Stadium II GFR 80 ml/min festgehalten. - Gestützt auf die beiden medizinischen Berichte sowie auf ein Gespräch mit dem Versicherten vom 27. Oktober 2011 hielt die SVA in der Folge im internen Dokument "Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung" vom 2. November 2011 fest, dass der Versicherte seit dem Jahr 2005 an einem bakteriellen Infekt leide, welcher sein Herz bzw. die Mitralklappe zerstört habe, so dass eine künstliche Klappe habe eingesetzt werden müssen. Der Versicherte habe im Turnus von zirka einem Jahr einen Infekt und falle dann jeweils 6-8 Wochen aus, da er in der Klinik mit starken Antibiotika behandelt werden müsse. Nach Klinikaustritt sei der Versicherte jeweils gleich wieder zu 100% arbeitsfähig und könne seiner angestammten Tätigkeit vollzeitlich und ohne wesentliche Leistungseinbusse nachgehen. Sein Arbeitsplatz sei zurzeit nicht gefährdet. Die Arbeitgeberin habe sich auf die Problematik eingestellt und wisse mit der Sache umzugehen (doc. 17).

## **E. 5.2**

Folgende, für den Zeitraum bis Dezember 2011 massgebliche medizinische Unterlagen sind laut Aktenverzeichnis erst am 23. Dezember 2011 bei der SVA eingetroffen und konnten demnach beim Erlass der ursprünglichen Verfügung nicht mehr berücksichtigt werden (doc. 23): - Der Bericht vom 7. September 2005 von Dr. J. \_\_\_\_\_ und Dr. C. \_\_\_\_\_ Kim der Abteilung Innere Medizin des Spitals X. \_\_\_\_\_ zum stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 16. August 2005 bis zum 8. September 2005. Dort wurden eine Mitralklappenendokarditis mit Staphylococcus-aureus und globaler kardialer Dekompensation, eine septische Streuung mit Meningitis und Abszess im Tentoriumbereich, septische Streuherde in den Endgliedern der Finger, eine Pneumonie beidseits, eine kompensierte Niereninsuffizienz sowie ein chronischer Husten unklaren Ursprungs diagnostiziert (doc. 23 S. 5-7). - Der Operationsbericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ des Herz-Kreislauf-Zentrums des Universitätsklinikums W. \_\_\_\_\_ vom 22. September 2005 (doc. 23 S. 11 ff.). - Der Bericht vom 26. September 2005 der Dres. N. \_\_\_\_\_, O. \_\_\_\_\_ und P. \_\_\_\_\_ des Herz-Kreislauf-Zentrums des Universitätsklinikums W. \_\_\_\_\_ (doc. 23 S. 8-10). Sie beschreiben das Ergebnis der am 22. September 2005 durch Dr. M. \_\_\_\_\_ durchgeführten Operation zwecks Mitralklappenersatz durch eine 29 mm St. Jude Medical Prothese sowie Rekonstruktion des posterioren Anulus (Herzklappenring) nach Resektion endokarditischer Vegetationen mit einem Rinderperikard-Patch. Der Eingriff sei problemlos durchgeführt worden (doc. 23 S. 11-13). - Der ärztliche Entlassungsbericht der Q. \_\_\_\_\_ Kliniken vom 4. November 2005 beschreibt die postoperativen medizinischen Rehabilitationsmassnahmen nach Mitralklappenersatz am 22. September 2005 bei schwerster Mitralklappen-Endokarditis mit septischer Streuung und Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention während eines Aufenthaltes vom 5. bis 26. Oktober 2005. Der Rehabilitationsverlauf sei problemlos gewesen. Der Patient sei - noch bis zum 23. Dezember 2005 arbeitsunfähig - entlassen worden; nach diesem Datum könnten leichte körperliche Tätigkeiten wieder ausgeübt werden (doc. 23 S. 15-20). - Dr. R. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie/Gastrologie) hielt in seinen Kontrollberichten vom 1. Dezember 2005 und 25. Oktober 2006 - jeweils nach Durchführung eines

Echokardiogramms (und Belastungs-Echokardiogramms) - fest, die Funktion der Mitralklappenprothese sei völlig unauffällig. Eine dauerhafte Antikoagulation, Gerinnungskontrolle und Endokarditisprophylaxe seien weiterhin erforderlich (doc. 23 S. 21/22, 24-25). - In den Berichten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2007, vom 23. Oktober 2008 und vom 15. Juni 2010 (doc. 23 S. 26-28, S. 29-33, S. 36-40), jeweils nach einem 6-8-wöchigen stationären Aufenthalt, werden eine rezidivierende Mitralklappen-Endokarditis mit Staphylokokken aureus, ein Status nach schwerer Sepsis und Meningitis bei Mitralklappen-Endokarditis 2005 mit septischer Hirnembolie und protrahiertem (verzögertem) Verlauf bei ungeklärtem Focus, eine chronische Niereninsuffizienz unklaren Ursprungs und ein Verdacht auf chronische Bronchitis (08/2008) diagnostiziert. Bereits am 23. Oktober 2008 wurde ausgeführt, der Patient müsse als Hochrisikopatient betrachtet werden, zumal es sich um das 21. (recte: 2.) Rezidiv einer bakteriellen Mitralklappenprothesen-Endokarditis gehandelt habe (doc. 23 S. 32). - Dr. R. \_\_\_\_\_ kam in seinem Bericht vom 29. April 2010 als Ergebnis einer Kontrolluntersuchung mit Echokardiogramm zum Schluss, es liege eine völlig unauffällige Mitralklappe vor, und hielt als weitere Diagnose eine kompensierte Niereninsuffizienz fest (doc. 23 S. 34-35). - Im undatierten, am 23. Dezember 2011 bei der SVA eingegangenen Arztbericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ (behandelnder Facharzt) zuhanden der SVA wird eine rezidivierende Mitralklappen-Prothesen-Endocarditis sowie eine kompensierte Niereninsuffizienz, beide ab dem Jahr 2005, festgehalten. Bis auf die Blutungsgefahr bei Verletzungen (Marcumar) seien keine gesundheitlichen Einschränkungen bekannt (doc. 23 S. 1-4).

### **E. 5.3**

Im Rahmen der Neuanmeldung sind folgende Arztberichte für den Zeitraum ab 2012 eingegangen: - In ihrem Entlassungsbericht vom 31. August 2012 nannte Dr. C. \_\_\_\_\_ der Abteilung Innere Medizin des Spitals X. \_\_\_\_\_ nach erneuter stationärer Behandlung vom 28./29. August 2012 (doc. 31 S. 5-7) den dringenden Verdacht auf Vorliegen eines 5. Rezidivs der Mitralklappenprothesen-Endokarditis. Als weitere Diagnosen nannte sie ein anamnestisch erhobenes Asthma bronchiale, eine Pollinosis (Heuschnupfen) und eine chronische Niereninsuffizienz ("GFR aktuell unter 66 ml / min."). Eine ausführliche Diagnostik/Fokussuche sei Ende 2011/anfangs 2012 in der Infektiologie des Universitätsklinikums W. \_\_\_\_\_ erfolgt. Der Patient werde wie besprochen am 29. August 2012 zur weiteren Diagnostik und Therapie ins Klinikum S. \_\_\_\_\_, Kardiologie/Angiologie, nach W. \_\_\_\_\_, verlegt (der entsprechende Bericht des Klinikums für Kardiologie und Angiologie ist nicht aktenkundig). - Der Bericht des Zentrums für klinische Infektiologie des Universitätsklinikums W. \_\_\_\_\_ vom 24. September 2013 (doc. 33 S. 6-8), wo folgende Diagnosen gestellt wurden: Staphylokokkus aureus-Besiedelung der Nase, rezidivierende Prothesenendokarditiden mit S. aureus nach Mitralklappenersatz 2005, im August 2005: Mitralklappenendokarditis durch S. aureus mit Meningitis und Tentoriumabszess sowie Pneumonie, chronische Niereninsuffizienz Stadium II, Manipulationsneigung im Bereich der Nase, Asthma bronchiale. Es stelle sich erfreulicherweise ein stabiler klinischer Befund dar. Die Entzündungsparameter seien unauffällig, die angelegten Blutkulturen negativ. Aktuell ergäben sich keine Hinweise auf eine erneute S. aureus-Bakteriämie, eine tiefsitzende Infektion oder Endokarditis. Trotz mehrmaliger Dekolonisierung sei in der heutigen Kontrolle erneut eine Besiedelung mit MSSA (Methicillin-sensibler S. aureus) in der Nase und der Leiste nachgewiesen worden. Es könne ein erneuter Dekolonisierungsversuch nach aufgeführtem Schema durchgeführt

werden. - Der Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_\_ an den Krankentaggeldversicherer vom 3. Februar 2014 (doc. 33 S. 4 f.), in welchem er als Diagnosen eine künstliche Mitralklappe, rezidivierende Mitralkappenprothesen-Endokarditiden mit S. aureus bei Mitralklappenersatz 2005, zuletzt 5. Rezidiv (08/2012), und als Nebendiagnosen eine chronische Niereninsuffizienz Stadium II (stabil), eine Manipulationsneigung im Bereich der Nase, ein Asthma bronchiale, eine Hyperurikämie, ein mittelgradiges Schlafapnoesyndrom sowie ein Burn-Out-Syndrom nennt. Aktuell bestehe eine therapieresistente Besiedlung der Nase mit S. aureus sowie eine starke psychische Belastung, hervorgerufen durch das Krankheitsbild. - Der undatierte, am 19. März 2014 bei der SVA eingetroffene Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_\_ nach einer am 13. März 2014 erfolgten Untersuchung (doc. 31. S. 1-4). Darin diagnostizierte er - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - wiederum die rezidivierende Endokarditis, die chronische Niereninsuffizienz sowie zusätzlich ein Burn-Out-Syndrom und eine Schlafapnoe. Der Patient sei gesundheitlich sehr angeschlagen und psychisch und physisch ein geschwächter Mann, er sei künftig nie mehr voll einsetzbar. Er könne eventuell noch 2-4 Stunden pro Tag arbeiten. - Im Feststellungsblatt der SVA vom 4. April 2014 (doc. 34 S. 1-2) wurden als Hauptdiagnosen die rezidivierende Endokarditis, das Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe, ein Zustand nach Embolie des Hirns nach Sepsis, die chronische Niereninsuffizienz und neu (ab dem 1. Februar 2014) ein Burnout und eine Schlafapnoe festgehalten. Gestützt auf die Beurteilung des Hausarztes, wonach keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei, liess die Sachbearbeiterin der SVA die RAD-Ärztin anfragen, ob eine dauerhafte Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit bestehe. - Die RAD-Ärztin, Dr. D.\_\_\_\_\_, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. April 2014 (doc. 34 S. 3) die 5. rezidivierende Mitralkappenendokarditis, ein Zustand nach Meningitis, einen Status nach Hirnembolie im Rahmen des septischen Geschehens vor 2011, eine chronisch obstruktive Bronchitis und eine chronische Niereninsuffizienz fest (doc. 34 S. 3). Weder die Schlafapnoe noch das Burnout könnten in der Regel eine länger dauernde und höhere Arbeitsunfähigkeit begründen. Aufgrund seiner körperlichen Leiden sei der Versicherte auf eine leichte Tätigkeit in sauberer Umgebung angewiesen - ohne Schmutz- und Irritationsbelastung und ohne Umgang mit Menschen mit Infekten und ohne Umgang mit infektiösem Material. Die psychischen Probleme sowie die Schlafapnoe müssten fachärztlich angegangen werden. Bisher sei keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch in der bisherigen Tätigkeit nachzuvollziehen. Die Arbeitsunfähigkeit werde erst ab Bekanntwerden der Kündigung (15. Oktober 2013) ersichtlich. - Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens bestätigte Dr. B.\_\_\_\_\_ am 15. bzw. 17. Juni 2014 (doc. 44 f.), dass nicht nur die rezidivierenden Endokarditiden durch die Streptokokkenansiedlung an den Nasenschleimhäuten, sondern auch die sonstige Stresssituation des Patienten zu einer erheblichen psychischen Überlastung und zum angebahnten Burnout-Syndrom des Patienten führten. Aus ärztlicher Sicht sei der Patient nicht mehr in der Lage, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen. - Im Feststellungsblatt der SVA vom 29. Juli 2014 (doc. 48) wurde von der Sachbearbeiterin der SVA (Visum Kundenberatung) vermerkt, dass der neue Bericht von Dr. B.\_\_\_\_\_ keine neuen medizinischen Grundlagen vorlege. Zudem befinde sich der Versicherte nicht in adäquater psychiatrischer Behandlung. Am Entscheid sei deshalb festzuhalten. - Der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Arztbericht von Dr. G.\_\_\_\_\_ der Lungenfachklinik Z.\_\_\_\_\_ vom 20. September 2013 (doc. 57 S. 1-3, B-act. 1 Beilage 1) hält aufgrund zweier Polysomnogramme am 1. und 3. September 2013 nebst dem

Mitralklappenersatz im September 2005 ein mittelgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (Erstdiagnose [ED] 09/2013), Übergewicht und ein extrinsisches (allergisches) Asthma bronchiale fest. Da bei Vermeidung der Rückenlage die respiratorischen Ereignisse nicht ausreichend reduziert werden könnten, sei eine Indikation zur nächtlichen Beatmungstherapie gegeben. - Die Stellungnahme des behandelnden Psychologen Dr. E.\_\_\_\_\_ (Eingabe ohne Namensnennung und Unterschrift) vom 1. August 2014. Darin wurde die Diagnose ICD-10 F41.2 (Angst und Depression gemischt) gestellt. Der Patient werde seit Januar 2014 im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Einzelpsychotherapie behandelt. Der derzeitige Grad der Belastbarkeit durch eine Erwerbstätigkeit liege allgemein bei 60-80% (B-act. 6 Beilage). - Der Bericht des Ärzteentrums V.\_\_\_\_\_ (Dr. F.\_\_\_\_\_) vom 28. August 2014 (doc. 57 S. 4 f., B-act. 1 Beilage 2). Dieses hielt nebst dem Mitralklappenersatz sowie der mehrfachen Endokarditis eine kompensierte Niereninsuffizienz, ein Asthma bronchiale, eine Dextroposition der Aorta (Rechtsverlagerung der Aorta auf dem Herzen, die zum Weitertransport von auch sauerstoffarmem Blut führt) und ein OSAS (obstruktives Schlafapnoe-Syndrom) fest. Dr. F.\_\_\_\_\_ stellte ein nicht ausreichend kontrolliertes Asthma sowie eine unregelmässige ICS- [inhalative Steroide] Inhalation fest und forderte dringend und wiederholt eine dauerhafte ICS-Therapie, um Infektsituationen zu vermeiden. - Nach Abschluss des Schriftenwechsels reichte der Beschwerdeführer einen Entlassungsschein der Rehaklinik U.\_\_\_\_\_ (B-act. 17.2) nach, in welchem ein stationärer Aufenthalt vom 19. Mai bis 9. Juni 2015 zur medizinischen Rehabilitation attestiert wird. Die Rehaklinik beurteilte den Patienten bei seiner Entlassung als arbeitsunfähig.

### **E. 6.1**

Im ursprünglichen Verfahren stellte die SVA am 2./3. November 2011 zusammenfassend fest, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2005 an einem bakteriellen Infekt mit Staphylokokkus aureus leide, welcher sein Herz bzw. die Mitralklappe zerstört habe, so dass eine künstliche Klappe habe eingesetzt werden müssen. Der Versicherte erleide im Turnus von zirka einem Jahr ein Infektrezidiv und falle jeweils für 6-8 Wochen aus, da er in der Klinik mit starken Antibiotika behandelt werden müsse. Nach Klinikaustritt sei der Versicherte wieder zu 100% arbeitsfähig und könne seiner angestammten Tätigkeit wieder vollzeitlich und ohne Leistungseinschränkung nachgehen (doc. 17/18). Die Feststellungen in Bezug auf die Endokarditis sind durch die umfangreichen vorhandenen medizinischen Unterlagen belegt, insbesondere auch durch diejenigen, die nach der Eröffnung der ursprünglichen Verfügung bei der Vorinstanz eingegangen sind (vgl. Arztberichte in doc. 23). Sie wurden von der Vorinstanz und vom Beschwerdeführer nicht bestritten und sind damit nicht zu beanstanden. Da der Beschwerdeführer trotz der vorhersehbaren jährlich mehrwöchigen Ausfälle jeweils wieder in seiner bisherigen Stelle zu 100% arbeiten konnte ("der Arbeitgeber wisse mit der Sache umzugehen" [doc. 17]), hat die SVA im ursprünglichen Verfahren keine interne Stellungnahme eines IV- oder RAD-Arztes zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers und zu den Auswirkungen auf dessen Erwerbsfähigkeit eingeholt. Die SVA bzw. die Vorinstanz hat das Leistungsgesuch allein gestützt auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Stelle wieder zu 100% arbeiten konnte, im Rahmen eines Prozentvergleichs, in welchem die Erwerbsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mit der aktuellen (nach abgeschlossener medizinischer Behandlung noch zumutbaren, faktisch gleichen) Erwerbsfähigkeit verglichen wird, abgewiesen. Das damalige Vorgehen der Vorinstanz sowie deren Schlussfolgerungen sind nicht zu beanstanden.

## **E. 6.2**

Der aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden von der SVA bzw. der Vorinstanz zusammenfassend wie folgt dargestellt: Die SVA hielt am 4. April 2014 eine rezidivierende Mitralklappenendokarditis, das Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe, einen Status nach Hirnembolie nach erlittener Sepsis 2005, eine chronische Niereninsuffizienz, ein Burnout (seit Februar 2014) sowie eine Schlafapnoe (ebenfalls seit 2014) fest (doc. 34 S. 1). Die RAD-Ärztin ergänzte in ihrer Stellungnahme vom 24. April 2014, es seien fünf Rezidive der Mitralklappenendokarditis seit 2005 bekannt. Im Arztbericht von Dr. B. \_\_\_\_\_ vom 19. März 2014 würden ein Schlafapnoesyndrom und ein Burnout seit Februar 2014 sowie sechs Rezidive der Mitralklappenendokarditis beschrieben. Der Hausarzt nenne auch einen Status nach Meningitis 2005, einen Status nach Hirnembolie im Rahmen des septischen Geschehens vor 2011, eine chronisch obstruktive Bronchitis seit 2012 und eine chronische Niereninsuffizienz. In der Regel könnten eine Schlafapnoe und ein Burnout keine länger dauernde und höhere Arbeitsunfähigkeit begründen. Aufgrund seiner körperlichen Leiden sei der Versicherte auf eine leichte Tätigkeit in sauberer Umgebung angewiesen - ohne Schmutz- und Irritationsbelastung und ohne Umgang mit Menschen mit Infekten und ohne Umgang mit infektiösem Material. Die psychischen Probleme sowie die Schlafapnoe müssten fachärztlich angegangen werden. Bisher sei keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch in der bisherigen Tätigkeit nachzuvollziehen. Die Arbeitsunfähigkeit werde erst ab Bekanntwerden der Kündigung (15. Oktober 2013) ersichtlich (doc. 34 S. 3).

### **E. 6.3.1**

Zu Recht hält die RAD-Ärztin als relevante Diagnosen die Endokarditis, den Status nach Meningitis 2005, den Status nach Hirnembolie (2005), die Niereninsuffizienz, einen chronischen Husten, die Schlafapnoe und das Burnout fest; sie sind durch die vorhandenen medizinischen Akten ausgewiesen (doc, 23, doc. 31 S. 1-4). Zur Schwere und Intensität dieser gesundheitlichen Einschränkungen äussert sich die RAD-Ärztin in der einzigen aktenkundigen Stellungnahme jedoch kaum; zur Niereninsuffizienz nimmt sie gar nicht Stellung. Zudem liegt keine nachvollziehbare Begründung vor, warum der chronische Husten bzw. die chronische obstruktive Bronchitis, die Endokarditis sowie die neu festgestellten Diagnosen Schlafapnoe und Burnout (ab Februar 2014) keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben sollen. Die RAD-Ärztin weist lediglich darauf hin, dass der Beschwerdeführer mit der Endokarditis und der chronischen Bronchitis bisher in seiner Tätigkeit als Marketingkaufmann im Innendienst habe arbeiten können. (doc. 34 S. 3). Ein Burnout sei im Rahmen der Mitwirkungspflicht fachärztlich zu behandeln. Eine definitive Beurteilung der Schwere und der Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen ist damit unmöglich. Zwar ist die Feststellung der RAD-Ärztin vom 22. April 2014 insoweit richtig, als der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht verpflichtet ist, bezüglich Schlafapnoe und Burnout fachärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen. Am 18. Mai 2014 wies der Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren darauf hin, er befinde sich in fachärztlicher Behandlung (doc. 40). Am 20. Juni 2014 reichte er den Bericht von Dr. B. \_\_\_\_\_ vom 15./17. Juni 2014 ein, welcher bestätigt, dass nicht nur die Endokarditis, sondern auch die sonstige Stresssituation des Patienten zu einer erheblichen psychischen Überlastung und zum angebahnten Burnout-Syndrom geführt hätten und dass der Patient nicht mehr in der Lage sei, einer regelmässigen Tätigkeit nachzugehen. Die

SVA hat diesen Arztbericht der RAD-Ärztin nicht mehr vorgelegt und die Mitarbeiterin der SVA hat einzig festgehalten, dass keine neuen medizinischen Grundlagen vorlägen (doc. 48 S. 2).

### **E. 6.3.2**

Im Beschwerdeverfahren wurden drei weitere neue Arztberichte zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers eingereicht: 1) Der Bericht der Lungenfachklinik Z.\_\_\_\_\_ vom 20. September 2013 (Dr. G.\_\_\_\_\_, B-act 1 Beilage 1), in welchem nebst dem Mitralklappenersatz ein mittelgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ED 09/2013), Übergewicht und ein extrinsisches Asthma bronchiale festgehalten wurden. 2) Die Stellungnahme des behandelnden Psychologen Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 1. August 2014, in welchem die Diagnose ICD-10 F42.2 (Angst und Depression gemischt) gestellt und festgehalten wurde, der Patient werde mit einer tiefenpsychologisch fundierten Einzelpsychotherapie behandelt. Der derzeitige Grad der Belastbarkeit durch eine Erwerbstätigkeit liege allgemein bei 60-80% (B-act. 6 Beilage). 3) Der Bericht des Ärztezentrums V.\_\_\_\_\_ (Dr. F.\_\_\_\_\_ [B-act. 1 Beilage 2]) stammt vom 28. August 2014 und ist damit nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden. Darin wird u.a. eine Asthma bronchiale bestätigt, welches bereits vorher bestanden hat (vgl. doc. 31 S. 6, doc. 33 S. 7). Der Bericht kann somit in die Beweiswürdigung miteinbezogen werden (vgl. vorne E. 2.2). Aus dem Bericht geht hervor, dass die Asthma-Einstellung nicht gut ist (Asthma-Control-Test). Der körperliche Befund ergab ein seitengleiches, lautes in / expir Atemgeräusch. Diese drei Berichte wurden der RAD-Ärztin ebenfalls nicht mehr vorgelegt. Im Rahmen der Vernehmlassung verwies der Rechtsdienst der SVA einerseits auf deren Stellungnahme vom 22. April 2014 (B-act. 7 Beilage 1) und andererseits führte er in Bezug auf den Bericht von Dr. E.\_\_\_\_\_ sinngemäss aus, dieser sei nicht authentisch, zudem sei die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit Sache des Arztes (B-act. 9 Beilage 1).

### **E. 6.3.3**

Da der RAD-Ärztin sowohl im Vorbescheid- als auch im Beschwerdeverfahren gleich mehrere Arztberichte, welche gesundheitliche Einschränkungen des Beschwerdeführers beschreiben, nicht mehr vorgelegt wurden, hatte sie keine Möglichkeit, eine Stellungnahme unter Berücksichtigung der gesamten Akten abzugeben. Die medizinische Beurteilung der Vorinstanz ist deshalb a priori nicht umfassend und von eingeschränkter Beweiskraft (vgl. vorne E. 3.4.3). Die einzige Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 22. April 2014 ist - wie unter E. 6.3.1 festgestellt - ebenfalls von eingeschränkter Beweiskraft, da deren Aktengutachten kein vollständiges Bild über das Krankheitsgeschehen, dessen Verlauf und den gegenwärtigen Status ergab und die Schlussfolgerungen lückenhaft waren (vgl. vorne E. 3.4.6). Zudem hat sie den Beschwerdeführer nie selber untersucht und es fehlt eine fachspezifische Beurteilung der vorliegend zentralen Herzerkrankung durch einen Kardiologen. Die medizinischen Beurteilungen durch die Mitarbeiterin oder durch den Rechtsdienst der SVA sind mangels genügender medizinischer Kenntnisse nicht beweiskräftig. Damit bestehen erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin bzw. der Vorinstanz im Hinblick auf die Schwere und die Intensität der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und auf deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers. Der medizinische Sachverhalt und die Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen auf die Erwerbsfähigkeit wurden in Verletzung von Art. 43 ATSG unvollständig abgeklärt.

### **E. 7.1**

Weiter entscheidend ist, dass der Beschwerdeführer im Oktober 2013 entlassen wurde. Bis dahin konnte er an seinem früheren Arbeitsplatz mit dem Verständnis des Arbeitgebers rechnen. Dies wird neu nicht mehr der Fall sein. Zu Unrecht hat die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 22. April 2014 (doc. 3) festgestellt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch in seiner angestammten Tätigkeit keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit nachzuvollziehen sei. Es ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer, bedingt durch zirka jährliche Rezidive der Endokarditis während jeweils 6-8 Wochen von der Arbeit fernbleiben muss. Zwar ist den letzten Eingaben des Beschwerdeführers vor Bundesverwaltungsgericht zu entnehmen, dass es 2014 zu keinem weiteren Rezidiv gekommen sei. Andererseits gilt er unzweifelhaft und ärztlich bestätigt als Hochrisiko-Patient und ist neueren Akten auch nicht zu entnehmen, dass die Ursache für den wiederholten Befall mit *S. aureus* inzwischen geklärt werden konnte. Auch ist den Akten nicht zu entnehmen, ob der trotz fachärztlicher Behandlung (mehrere Dekolonisierungsversuche) wiederholte Befall mit *S. aureus* in Nase und Leisten inzwischen erfolgreich behoben werden konnte. Damit wirkt sich die Tatsache, dass der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen wiederholt für längere Zeit dem angepassten Arbeitsplatz fernbleiben muss, erheblich auf seine Eingliederungsfähigkeit im objektiven Sinne bzw. die Bereitschaft eines Arbeitgebers, ihm einen an seine Leiden angepassten Arbeitsplatz anzubieten, aus. Entsprechende Überlegungen sind in die Beurteilung der Vorinstanz nicht eingeflossen bzw. sind nicht aktenkundig.

### **E. 7.2**

Insgesamt wurden die Schwere und die Intensität der chronischen Lungenerkrankung, der Niereninsuffizienz, der Schlafapnoe sowie des Burnouts (letzteres auch in Verbindung mit der psychischen und körperlichen Belastung durch die wiederholte Endokarditisbehandlung und der Angst vor dem Auftreten erneuter Rezidive) und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von der Vorinstanz nur ungenügend abgeklärt, ebenso die Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Deshalb ist es dem Bundesverwaltungsgericht, mangels einer zuverlässigen Entscheidungsgrundlage, nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe der Beschwerdeführer neu Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat.

### **E. 7.3**

Der vorinstanzlichen Feststellung, wonach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit nachzuvollziehen sei, kann nicht gefolgt werden (vgl. oben E. 7.1). Dies hat weiter zur Folge, dass ein Prozentvergleich, wie ihn die Vorinstanz gemacht hat, nicht mehr zulässig ist und ein Einkommensvergleich nach der allgemeinen Methode vorzunehmen ist.

### **E. 8.1**

Da im vorinstanzlichen Verfahren die Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers mehrheitlich ungeklärt geblieben sind, somit die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers und die weiterhin zumutbaren Tätigkeiten abzuklären sind und ein Einkommensvergleich durchzuführen ist, bei welchem weitere erwerbliche Abklärungen notwendig sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

## **E. 8.2**

Daher ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 7. August 2014 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist mit der Anweisung, unter Berücksichtigung aller vorhandener medizinischer Unterlagen eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung des Beschwerdeführers durchführen zu lassen. Hierzu ist ergänzend festzuhalten, dass es grundsätzlich Sache der beauftragten Sachverständigen ist, über Art und Umfang der auf Grund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Denn die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (vgl. BGE 139 V 449, E. 3.3). Die polydisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3) und keine Gründe ersichtlich sind, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren wird die Gutachterausswahl, wie bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz üblich, nach dem Zufallsprinzip erfolgen (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. Im Weiteren wird die Vorinstanz angewiesen, alle erforderlichen Abklärungen hinsichtlich der noch zumutbaren Tätigkeiten vorzunehmen und einen Einkommensvergleich durchzuführen. Anschliessend hat die Vorinstanz über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen.

## **E. 9**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 9.1**

Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerde-führenden Partei gilt, sind weder dem Beschwerdeführer noch der Vorinstanz Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 e contrario und 2 VwVG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten.

### **E. 9.2**

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer, dem keine notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten im Sinne von Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) entstanden sind, ist keine Parteientschädigung auszurichten. Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 1 e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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