

# **BVGer C-6210/2017 vom 30. März 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-03-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6210\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6210_2017)

FR: TAF C-6210/2017 du 30 mars 2020

IT: TAF C-6210/2017 del 30 marzo 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). 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. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 3. Oktober 2017, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Rentengesuch des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer eine anspruchsbegründende Invalidität vorliegt.

#### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger der Republik Nordmazedonien (ehemals, d.h., bis und mit 11. Februar 2019 Republik Mazedonien) und lebt dort, weshalb das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien (heute: Republik Nordmazedonien) über Soziale Sicherheit vom 9. Dezember 1999, in Kraft getreten am 1. Januar 2002 (SR 0.831.109.520.1, im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung gelangt. Nach Art. 4 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Mangels vorliegend anwendbarer, abweichender Vorschriften bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung demnach ausschliesslich nach schweizerischem Recht (vgl. Art. 2, 3 und 4 des Sozialversicherungsabkommens).

#### **E. 2.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder 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 3. Oktober 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 2.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 3. Oktober 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3).

### **E. 2.4**

Mit Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.5**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C\_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

### **E. 2.6**

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser 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 wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3; SVR 2011 UV Nr. 11 S. 39, 8C\_693/2010 E. 10; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_732/2015 vom 29. März 2016 E. 3.1.2).

### **E. 2.7**

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, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu

würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.1**

Anspruch auf eine ordentliche Rente der schweizerischen Invalidenversicherung haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Der Beschwerdeführer hat während insgesamt 40 Monaten und somit mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. Sachverhalt Bst. A), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

### **E. 3.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 3.3**

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

### **E. 3.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine

solche Ausnahme ist im Sozialversicherungsabkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Nordmazedonien nicht vorgesehen (vgl. Art. 5 Abs. 2 des Sozialversicherungsabkommens).

### **E. 3.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

### **E. 3.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

### **E. 3.7**

Auf Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) bzw. des internen medizinischen Dienstes 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). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d). Die versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Nach der Praxis kann einem reinen Aktengutachten auch voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (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). 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).

### **E. 3.8**

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 somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den

rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

#### **E. 4**

Vorliegend ist streitig, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Nachdem die Vorinstanz mit angefochtener Verfügung vom 3. Oktober 2017 einen solchen Anspruch noch generell verneint hat, beantragt sie gestützt auf eine eingeholte Zweitmeinung ihres medizinischen Dienstes vom 22. März 2019 (Beilage 3 zu BVGer-act. 29) mit Vernehmlassung vom 12. April 2019 (BVGer-act. 28) nunmehr eine teilweise Gutheissung der Beschwerde und die Zusprache einer halben Invalidenrente. Daher ist in jedem Fall zu prüfen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt ist. Dabei sind insbesondere auch die mit Beschwerde vom 25. Oktober 2017 eingereichten medizinischen Berichte zu berücksichtigen, datieren sie doch allesamt vor dem Verfügungszeitpunkt (E. 3.2 hiervor).

#### **E. 4.1**

Die Vorinstanz hat das Leistungsgesuch gestützt auf die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 18. April 2017 (Dok. 71), vom 12. Mai 2017 (Dok. 73) sowie vom 25. August 2017 (Dok. 83) abgewiesen. Die RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, attestierte in ihren Stellungnahmen dem Beschwerdeführer im angestammten Beruf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2004. In angepassten Tätigkeiten sowie für Tätigkeiten im Haushalt erachtete sie ihn indessen seit jeher zu 100 % arbeitsfähig.

#### **E. 4.2.1**

Dr. med. D. \_\_\_\_\_ wurden folgende medizinischen Dokumente zur Beurteilung vorgelegt: - Epikrise der Klinik E. \_\_\_\_\_ in (...) betreffend die Behandlung vom 18. Januar 2001 bis 6. Februar 2001 (Dok. 55), - Medizinischer Bericht der medizinischen Fakultät der Universität F. \_\_\_\_\_, Institut für Herzkrankheiten, (...), vom 12. Juni 2001 betreffend die Behandlung vom 4. Juni 2001 bis 12. Juni 2001 (Dok. 60), - Medizinischer Bericht der medizinischen Fakultät der Universität F. \_\_\_\_\_, Institut für Herzkrankheiten, betreffend die Behandlung vom 2. April 2003 bis 9. April 2003 (Dok. 61), - Entlassungsschreiben der Spezialklinik G. \_\_\_\_\_, (...), vom 23. Februar 2005 betreffend die Behandlung im Zeitraum vom 16. bis 23. Februar 2005 (Dok. 64), - Medizinischer Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ in (...) vom 17. November 2008 betreffend die Behandlung im Zeitraum vom 5. November 2008 bis 17. November 2008 (Dok. 63), - Medizinischer Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ in (...) betreffend die Behandlung im Zeitraum vom 27. Oktober 2009 bis 5. November 2009 (Dok. 62), - Medizinischer Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ in (...) betreffend die Behandlung im Zeitraum vom 27. Januar 2011 bis 28. Januar 2011 (Dok. 66), - Befundbericht der medizinischen Fakultät der Universität F. \_\_\_\_\_, Institut für Herzkrankheiten, in (...), betreffend Echokardiographie vom 14. September 2012 (Dok. 59), - Befundbericht der medizinischen Fakultät der Universität F. \_\_\_\_\_, Institut für Herzkrankheiten betreffend Echokardiographie vom 29. Oktober 2014 (Dok. 58), - Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ in (...) betreffend Ultraschalluntersuchung der Arteria carotis communis vom 3. Juni 2015 (Dok. 57), - Eine französische Übersetzung des medizinischen Berichts der Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_, der sowohl mit 15. Dezember 2015 als auch mit 30. März 2016 datiert wurde (Original nicht in den Akten

enthalten [Dok. 22]), - Medizinischer Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Familienmedizin, vom 30. Dezember 2015 (Dok. 65), - Bericht der Klinik E.\_\_\_\_\_ vom 16. März 2016 (Dok. 56), - Radiodiagnostischer Befundbericht der Klinik L.\_\_\_\_\_, (...), vom 6. Oktober 2016 (Dok. 67), - Bericht der Klinik E.\_\_\_\_\_, (...), vom 20. Oktober 2016 (Dok. 69), - Bericht der Klinik E.\_\_\_\_\_, (...), vom 7. November 2016 (Dok. 68). - Zudem nennt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in ihrem medizinischen Resümee verschiedene Vermessungen der peripheren Arterien und eine Zeichnung betreffend Koronarografie vom Januar 2011, wobei gestützt auf die eingereichten vorinstanzlichen Akten nicht nachvollziehbar ist, um welche Aktenstücke es sich dabei handelt

#### **E. 4.2.2**

Gestützt auf die vorgenannten Unterlagen führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer an einer fortgeschrittenen generalisierten Atheromatose leide. 2004 sei ein vierfacher AC-Bypass (Aorto-Coronarer-Bypass) notwendig gewesen. 2003 und/oder 2005 sei ein Stenting der verengten Nierenarterie links, welche für die arterielle Hypertonie (mit)verantwortlich sei, durchgeführt worden. Zudem bestehe eine deutliche periphere arterielle Verschlusskrankheit, welche - falls noch nicht geschehen - in Zukunft symptomatisch werden dürfte. Seit Beginn 2004 könne nicht mehr von einer Arbeitsfähigkeit in einer körperlich anstrengenden Tätigkeit ausgegangen werden. Wegen des seit ca. 2007 insulinpflichtigen Diabetes mellitus dürften auch keine gefährlichen Maschinen mehr geführt werden und es bestehe Sturzgefahr.

#### **E. 4.2.3**

Aufgrund ihrer Feststellungen stellte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare und hypertensive Herzerkrankung (ICD-10: I25, I11) bei Status nach vierfach ACB vom 17. Februar 2004 und bei Status nach Nierenarterienstenting links (2001, 2003, 2005) aufgrund einer renovaskulären Hypertonie bei Atherom im Bereich der Nierenarterie. Als Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte sie eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (ICD-10: I70.29) und einen Diabetes mellitus Typ II (insulinpflichtig seit 2007; ICD-10: E11). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer im angestammten Beruf seit Februar 2004 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Demgegenüber seien dem Beschwerdeführer ab dem selben Datum leichte, adaptierte Verweisungstätigkeiten zu 100 % zumutbar. Dabei hielt die RAD-Ärztin betreffend das Zumutbarkeitsprofil fest, die Tätigkeiten sollten selber wählbare Wechselpositionen ermöglichen, keinen hohen Stressfaktor aufweisen, nur selten das Heben von Gewichten bis maximal 10 kg erfordern, nur kurze Gehstrecken, ohne das Besteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten beinhalten und es sollten dabei Feuchtigkeit und Kälte vermieden werden. Ebenso seien das Führen von gefährlichen Maschinen, Arbeiten in Höhen (insb. über 1800 m über Meer) mit Verletzungs- und Sturzgefahr ausgeschlossen und die Tätigkeiten sollten tagsüber unter Einhaltung von regelmässigen Pausen erfolgen (vgl. Dok. 71).

#### **E. 4.2.4**

Auf Ersuchen der Vorinstanz (vgl. Dok. 72) nahm Dr. med. D.\_\_\_\_\_ am 12. Mai 2017 ergänzend auch zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers betreffend Tätigkeiten im Haushalt Stellung. Im Rahmen ihrer ergänzenden Stellungnahme verwies die RAD-Ärztin einleitend auf ihre Beurteilung vom 18. April 2017 und führte aus, der Beschwerdeführer sei in sämtlichen Haushaltsaktivitäten seit jeher vollständig leistungsfähig. Die einzelnen

Aufgabenbereiche gewichtete Dr. med. D. \_\_\_\_\_ wie folgt: Haushaltsführung 5 %; Ernährung 45 %, Wohnungspflege 20 %, Einkauf 10 %; Wäsche und Kleiderpflege 20 % (vgl. Dok. 73).

### **E. 4.3**

Nachdem der Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens mit Einwand vom 21. Juni 2017 Röntgenbilder (Dok. 77) und einen neuen ärztlichen Bericht vom 19. Juni 2017 (Dok. 78 und 81) vorgelegt hatte, wurde Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 20. Juli 2017 um eine erneute Beurteilung ersucht (Dok. 82). Die RAD-Ärztin hielt mit Stellungnahme vom 25. August 2017 an ihren bisher gestellten Diagnosen fest, wobei sie die Hauptdiagnose dahingehend ergänzte, als sie im Rahmen der festgestellten koronaren und hypertensiven Herzerkrankung zusätzlich einen Status nach Myokardinfarkt ohne nähere Information aufführte, und im Weiteren neben den bereits erwähnten Nebendiagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) periphere arterielle Verschlusskrankheit (ICD-10: I70.29) sowie Diabetes mellitus Typ II (insulinpflichtig seit 2007; ICD-10: E11) zusätzlich eine Lumboschialgie lateral links (ICD-10: M54.4) sowie eine Koxarthrose beidseits (ICD-10: M16.0) als weitere Diagnosen nannte. Bezüglich des neu eingereichten Berichts vom 19. Juni 2017 hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, dass es sich um eine Vorabklärung für einen kardiologischen Eingriff bei Claudicatio wegen der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und einer Gehstreckenlimitierung auf 100 m sowie wahrscheinlich einer anstrengungsabhängigen Angina pectoris bei Status nach Bypass 2004 handle. Die funktionellen Einschränkungen gemäss Stellungnahme vom 18. April 2017 würden dabei weitergelten. Im Weiteren führte die RAD-Ärztin aus, die periphere arterielle Verschlusskrankheit sei invasiv behandelbar. Eine körperlich anstrengende oder stressbehaftete Tätigkeit sei weiterhin nicht möglich (vgl. Dok. 83).

### **E. 4.4.1**

Schliesslich nahm Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 5. Februar 2019 auch zu den mit Beschwerde vom 25. Oktober 2017 eingereichten medizinischen Berichten Stellung (vgl. Beilagen zu BVGer-act. 1 sowie deutsche Übersetzungen in BVGer-act. 4 und 6). Zu den drei Berichten der Klinik M. \_\_\_\_\_ (Arztbrief betr. Hospitalisation vom 13. bis 14. März 2017 sowie dazugehörige Befundberichte je vom 13. März 2017 betr. elektive Koronarographie mit Graftographie sowie periphere Angiographie) führte die RAD-Ärztin aus, im Arztbrief betreffend die Hospitalisation würden ein Einschlafen der Beine sowie Schmerzen beim Gehen von 50 bis 100 Metern beschrieben. Die Ärzte berichteten von einem mittelschwer kranken Patienten, der bei der körperlichen Untersuchung aktiv gewesen sei und keine Pathologien mitgeteilt habe. Nach der durchgeführten elektiven Koronarografie mit Graftographie sowie der peripheren Angiographie sei der Beschwerdeführer an den Gefässchirurgen überwiesen worden. Im Weiteren führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, dass im Befundbericht der Klinik M. \_\_\_\_\_ vom 24. April 2017 objektiv ein fehlender Puls im linken Oberschenkel erwähnt und deshalb eine Operation vorgeschlagen werde. Schliesslich erwähne der Befundbericht der Klinik E. \_\_\_\_\_ betreffend die Ultraschalluntersuchung der Nieren vom 4. September 2017 eine Schrumpfniere links und eine normale Niere rechts sowie eine arterielle Hypertonie. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hält schliesslich fest, aus den vorgelegten Berichten werde die bekannte generalisierte Atheromatose dargestellt. Die bereits erwähnte Symptomatik der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit werde weiter berichtet und es sei eine invasive Therapie vorgesehen. Die Gehstrecke sei eingeschränkt. Neue Aspekte würden nicht genannt und die bisherigen

funktionellen Einschränkungen gälten weiter (vgl. Beilagen 1 und 2 zu BVGer-act. 29).

#### **E. 4.4.2**

Da die Vorinstanz jedoch nicht sicher war, ob die bisherigen Stellungnahmen des RAD den von der Rechtsprechung geforderten beweisrechtlichen Anforderungen genügen würden, ersuchte sie Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom IV-internen ärztlichen Dienst um eine Zweitmeinung. Im Rahmen ihrer Anfrage an die IV-Ärztin wies sie auf den noch nicht abgeschlossenen, instabilen Krankheitsverlauf des Beschwerdeführers wie auch auf das Fehlen von neueren, sich zum weiteren Verlauf äussernden medizinischen Berichten seit dem Jahr 2017 hin und ersuchte um erneute Überprüfung des medizinischen Sachverhalts sowie um Beantwortung der Frage, ob an der bisherigen Beurteilung festgehalten werden könne oder ob vorliegend zusätzliche medizinische Abklärungen für eine schlüssige Beurteilung nötig seien (vgl. Beilage 3 zu BVGer-act. 29).

#### **E. 4.4.3**

Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, bestätigte in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2019, dass der Versicherte unter einer fortgeschrittenen diffusen arteriellen Erkrankung leide, die im Zusammenhang mit Rauchen und einem Diabetes stehe. Der erste Gesundheitsschaden gehe bereits auf das Jahr 2001 zurück und habe sich zunehmend verschlechtert. Fast alle Systeme seien betroffen (Nieren, Herz, periphere Gefäße; renale und ophthalmologische Auswirkungen). In den letzten Jahren seien auch degenerative Erkrankungen, wie (z.B. Koxarthrose) hinzugekommen. Die in den Stellungnahmen (des RAD) verwendeten Prozentsätze erschienen in diesem Zusammenhang etwas streng. Für die Tätigkeit als Tischler sei die Arbeitsunfähigkeit allerdings klar; die Fortsetzung dieser Tätigkeit sei ab dem Datum des Infarkts, d.h. ab Februar 2004, nicht mehr zumutbar. Eine leichtere angepasste Aktivität ohne anhaltenden Stress sei hingegen noch möglich. Angesichts der bereits weit fortgeschrittenen arteriellen Beeinträchtigung sei ab 2004 von einer Leistungsminderung von 20 % auszugehen. Ab November 2008 erscheine eine Reduzierung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % angemessen, wobei sich die Situation weiter verschlechtere. Und schließlich sei ab Januar 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit gegeben und eine berufliche Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Hinsichtlich der Haushaltsaktivitäten hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ fest, diese seien zwar immer noch möglich. Allerdings sei auch in diesen Tätigkeiten eine Leistungsminderung um 20 % (wohl ab 2004) angemessen, da die mittelschwere bis schwere Aktivitäten (gemeint: in der Haushaltstätigkeit) beschränkt werden sollten. Ab Januar 2011 sollten die Einschränkungen dann auf 30 % und ab Juni 2015 auf 50 % angehoben werden. Ihre Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit resp. der Leistungsfähigkeit in Haushaltstätigkeiten berücksichtige dabei die Anwesenheit anderer Familienmitglieder, welche den Versicherten im Haushalt unterstützen könnten. Die Leistungsminderung von 50 % ab Juni 2015 begründet Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mit folgenden Gewichtungen und Einschränkungen der einzelnen Aufgabenbereiche: In der Ernährung (Gewichtung 40 %) bestehe eine Einschränkung von 40 %; in der Wohnungspflege (Gewichtung 20 %) bestehe eine Einschränkung von 70 %; beim Einkauf (Gewichtung 20 %) bestehe eine Einschränkung von 50 %; bei der Wäsche und Kleiderpflege (Gewichtung 10 %) bestehe eine Einschränkung von 50 %; bei der Betreuung von Kindern (Gewichtung 10 %) bestehe ebenfalls eine Einschränkung von 50 %. Insgesamt resultiere daraus der genannte Invaliditätsgrad von 50 %. Die attestierte Leistungsminderung von 20 % ab Februar 2004 und diejenige von 30 % ab Januar 2011 begründet Dr. med. C. \_\_\_\_\_

hingegen nicht näher (vgl. Beilage 4 zu BVGer-act. 29).

#### **E. 4.5.1**

Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass die Stellungnahmen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht auf sämtliche der Vorinstanz zur Verfügung stehenden medizinischen Berichten aus Nordmazedonien gründen und bereits dieser Umstand geringe Zweifel (vgl. E. 5.6 hiervor) an deren Stellungnahmen zu begründen vermag. Denn diverse vom Versicherten respektive vom nordmazedonischen Sozialversicherungsträger eingereichte medizinische Dokumente wurden den beiden Ärztinnen weder im Original noch in übersetzter Form zur Beurteilung unterbreitet (siehe jeweils Auflistung der vorgelegten Berichte zu Beginn der Stellungnahmen, so insb. folgende Seiten von Dok. 31: S. 1, S. 3, S. 6-10, S. 12, S. 14, S. 16-18, S. 20, S. 24 f., S. 27, S. 29, S. 31, S. 36-39, S. 46, S. 48 [sowie deren Übersetzung in Dok. 11 S. 2] sowie S. 49). Auch wenn es sich dabei vorwiegend - jedoch nicht nur (vgl. insb. Dok. 31 S. 29, S. 31 sowie S. 36-39) - um kurze Befundberichte handelt, sind sie durchaus geeignet, den beurteilenden versicherungsinternen Ärzten ein umfassenderes Bild über den medizinischen Sachverhalt, insbesondere hinsichtlich des Verlaufs der Erkrankung zu geben.

#### **E. 4.5.2**

Im Weiteren haben weder die RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ noch die Ärztin des IV-internen medizinischen Dienstes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ den Versicherten persönlich untersucht. Wie bereits dargelegt (vgl. E. 5.6 hiervor), verlangt die Rechtsprechung zwar nicht zwingend, dass der RAD eigene ärztliche Untersuchungen durchführt, damit ein Bericht beweistauglich ist. Insbesondere wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, kann die direkte persönliche Befassung mit dem Versicherten in den Hintergrund treten (vgl. Urteil des BGER 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2 mit Hinweisen). Diese Voraussetzung ist im vorliegenden Fall aber nicht gegeben. Von den eingereichten medizinischen Berichten aus Nordmazedonien äussert sich einzig ein kurz abgefasster, lediglich in französischer Übersetzung vorliegender Kommissions-Bericht vom 15. Dezember 2015 respektive vom 30. März 2016 zur Arbeitsfähigkeit, in welchem eine solche von 70 % attestiert wird (vgl. Dok. 22). Dieser Bericht ist jedoch mangels nachvollziehbarer Begründung nicht aussagekräftig. Insbesondere ist unklar, ob die attestierte Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten gilt oder nur im zuletzt ausgeübten Beruf als Tischler. Ausserdem äussert er sich auch nicht zu den zu berücksichtigenden funktionellen Einschränkungen. Bei den weiteren Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung unterbreiteten medizinischen Berichten (vgl. Dok. 55-69 und Dok. 81; Beilagen zu BVGer-act. 1, 4 und 6) handelt es lediglich um Berichte über die erfolgten Behandlungen mit Therapieempfehlungen, ohne eigentliche Evaluierung der Arbeitsfähigkeit. Dass die medizinischen Berichte aus Nordmazedonien offensichtlich keine genügende Grundlage sind, um eine reine Aktenbeurteilung vorzunehmen, zeigt bereits der Umstand, dass die beiden von der Vorinstanz konsultierten Medizinerinnen Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. C. \_\_\_\_\_ gestützt auf dieselben Akten die Auswirkungen der unbestritten feststehenden generalisierten Atheromatose auf die Arbeitsfähigkeit (in adaptierten Verweistätigkeiten) sowie in Haushaltstätigkeiten unterschiedlich beurteilen. Es wären daher bereits aus diesem Grund weitere Abklärungen angezeigt gewesen.

#### **E. 4.5.3**

Kommt hinzu, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers - worauf auch der Rechtsdienst der IVSTA in seiner Anfrage an Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 19. März 2019 zutreffend hinweist (vgl. Beilage 3 zu BVGer-act. 29) - im Verfügungszeitpunkt noch nicht stabilisiert war, wurde doch von den behandelnden Ärzten eine weitere Operation vorgeschlagen (vgl. den Befundbericht der Klinik M. \_\_\_\_\_ vom 24. April 2017 resp. dessen deutsche Übersetzung [Beilage zu BVGer-act. 1 und BVGer-act. 4] sowie Bericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 19. Juni 2017 [Dok. 81 S. 5 und 7]). Obschon Dr. med. D. \_\_\_\_\_ selbst in ihrer Stellungnahme vom 25. August 2017 (Dok. 83) erwähnt hat, dass beim Beschwerdeführer eine invasive Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit vorgesehen gewesen sei, nahm sie trotz dieses offensichtlich noch nicht abgeschlossenen medizinischen Sachverhalts eine abschliessende Beurteilung vor. Daran hielt sie auch mit Stellungnahme vom 5. Februar 2019 fest (vgl. Beilage 3 zu BVGer-act. 29). Schliesslich beachtete auch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ diesen Punkt - trotz des Hinweises des Rechtsdienstes der IVSTA - in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2019 nicht (vgl. Beilage 4 zu BVGer-act. 29).

#### **E. 4.5.4**

Im Weiteren stellt der behandelnde Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 19. Juni 2017 zusätzlich die Diagnosen primäre Koxarthrose beidseits (ICD-10: M16.0) sowie Lumboischialgie lateral links (ICD-10: M54.4). Zwar führt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diese Diagnosen in der Stellungnahme vom 25. August 2017 als zusätzliche Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf, und auch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ weist in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2019 darauf hin, dass beim Beschwerdeführer in den letzten Jahren degenerative Veränderungen hinzugekommen seien; jedoch legen weder Dr. med. D. \_\_\_\_\_ noch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, ob diese Diagnosen überhaupt und falls ja, in welchem Ausmass, Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Ohnehin müsste die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf einer umfassenden, die Teilergebnisse der verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen integrierenden Grundlage erfolgen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Überdies verfügen die beiden versicherungsinternen Medizinerinnen nicht über die gemäss Rechtsprechung erforderlichen fachlichen Qualifikation, um die Auswirkungen der orthopädischen Leiden abschliessend beurteilen zu können (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

#### **E. 4.6**

In Bezug auf die Statusfrage ist zu beachten, dass diese hypothetisch zu beurteilen ist, unter Berücksichtigung der ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteile BGer 8C\_157/2017 vom 6. November 2017 E. 1.3; 9C\_222/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 4.2; 9C\_497/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 3.1). Der Vorinstanz ist insoweit zuzustimmen, als die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und der Umstand, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung erst seit dem Jahr 2001 aktenkundig ist, Indizien gegen einen hypothetischen Arbeitswillen sind. Dennoch drängen sich vorliegend auch hierzu noch weitere Abklärungen auf, da zum einen aus den Angaben des Beschwerdeführers nicht hervorgeht, was der Grund für die Arbeitsaufgabe im Jahr 1981 war (vgl. die Fragebögen [Dok. 43]). Zum anderen wird im Bericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 19. Juni 2017 der Berufsstatus arbeitslos erhoben (vgl. Dok. 81 S. 1), was eher ein Indiz dafür ist, dass sich

der Beschwerdeführer in all den Jahren bis zum Auftreten der gesundheitlichen Beschwerden (erfolglos) um eine Anstellung bemüht hat.

#### **E. 4.6.1**

Was zudem die vom RAD im vorinstanzlichen Verfahren attestierte volle Leistungsfähigkeit in Haushaltsaktivitäten und anschliessend im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vom IV-internen ärztlichen Dienst in Abänderung der Erstbeurteilung attestierte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % ab Februar 2004, von 30 % ab Januar 2011 und schliesslich von 50 % ab Juni 2015 betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass auch bei im Haushalt tätigen Versicherten zwischen Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG und Invalidität im Sinne von Art. 8 ATSG zu unterscheiden ist. Die Invaliditätsbemessung erfolgt im Regelfall durch eine Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV), welche den Vorgaben im Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit (KSIH; Rz. 3079 ff.) zu entsprechen hat (vgl. BGE 130 V 97 E. 3.3.1). Dabei ist - im Unterschied zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit - die Schadenminderungspflicht von erheblicher Bedeutung (BGE 130 V 97 E. 3.3.1; 134 V 9 E. 7.2; vgl. zur Schadenminderungspflicht auch BGE 130 V 97 E. 3.3.3; 133 V 504 E. 4.2 m.w.H.).

#### **E. 4.6.2**

Bei im Ausland wohnenden Versicherten kann allenfalls auf eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle verzichtet werden. Diesfalls hat die Einschätzung der Invalidität im gewohnten Aufgabenbereich unter Mitwirkung eines Arztes zu erfolgen und dieser hat sich ausführlich und detailliert zu den von der versicherten Person angegebenen Einschränkungen zu äussern (vgl. Urteil BGer I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2). Die Praxis der Vorinstanz, bei Versicherten im Ausland die erforderlichen Informationen über die tatsächlichen Verhältnisse an Ort und Stelle mit einem entsprechenden Fragebogen zu erheben und daran eine Beurteilung der eingeholten Auskünfte durch die Ärzte des medizinischen Dienstes (bzw. des RAD) anzuschliessen, wird vom Bundesverwaltungsgericht im Grundsatz geschützt und insbesondere damit begründet, dass die Invalidenversicherung ansonsten auf der ganzen Welt entsprechend qualifizierte und erfahrene Abklärungspersonen einsetzen müsste, was einen unverhältnismässigen Aufwand darstellen würde. Zu beachten ist allerdings, dass sich die Beurteilung der Ärzte auf substantiierte Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse zu stützen hat (vgl. Roland Hochreutener, IV-Leistungen für Versicherte im Ausland, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht, 2016, S. 107 m.H. auf Urteile des BVGer C-7026/2013 vom 9. September 2015 E. 5.5.1; C-4491/2013 vom 4. Mai 2015 E. 6.9).

#### **E. 4.6.3**

Diese Voraussetzungen sind vorliegend indes nicht erfüllt, fehlt es doch an substantiierten Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse vor und nach Eintritt der Gesundheitsschädigung, auf welche sich die Ärzte des medizinischen Dienstes bei der Beurteilung stützen könnten. Es liegt nur ein vom Versicherten ausgefüllter Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte vor und diesem lässt sich lediglich entnehmen, dass der Versicherte in einem 8-Personen-Haushalt ohne Kinder lebt und dass er gemäss eigenen Angaben lediglich noch im Stande ist, in sitzender Position Gemüse und Früchte zu rüsten, das Bett zu machen sowie selten mit einer Begleitperson Einkäufe zu erledigen. Hingegen geht weder aus diesem Fragebogen noch aus den weiteren vorinstanzlichen Akten die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Haushaltstätigkeiten in quantitativer und in

qualitativer Hinsicht vor und nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung hervor. Ebenso wenig finden sich Hinweise zur Gewichtung der verschiedenen, im Haushalt des Beschwerdeführers anfallenden Tätigkeiten. Lässt sich indes nicht feststellen, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführer als Gesunder ausüben würde, kann auch die durch den Gesundheitsschaden konkret verursachte Beeinträchtigung nicht ermittelt werden. Davon geht im Übrigen auch das KSIH aus. Die Anwendung der spezifischen Methode setzt nämlich die Aufstellung eines (bei im Haushalt tätigen Versicherten vorgegebenen [vgl. Rz. 3087 KSIH]) Kataloges der Tätigkeiten, die eine behinderte Person vor Eintritt der Invalidität ausübte oder die sie ohne Invalidität ausüben würde, voraus. Anschliessend muss das Ergebnis mit der Gesamtheit der Tätigkeiten, die trotz der Invalidität vernünftigerweise noch von der betreffenden Person verlangt werden können, verglichen werden (Rz. 3079 ff. KSIH).

#### **E. 4.6.4**

Die erhobenen Angaben zu den tatsächlichen Verhältnissen erweisen sich vorliegend jedenfalls als zu pauschal sowie als nicht ausreichend substantiiert. Zudem setzten sich die versicherungsinternen Ärztinnen nicht im Detail mit den vom Beschwerdeführer behaupteten Einschränkungen im Haushalt auseinander und begründeten ihre Einschätzung nicht in nachvollziehbarer Weise. Vielmehr erwecken die Beurteilungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_\_ den Anschein, dass die beiden Ärztinnen die im Haushalt verbliebene Leistungsfähigkeit nicht aufgrund der tatsächlichen Einschränkungen in den einzelnen Haushaltverrichtungen schätzten, sondern aufgrund der sich aus dem medizinisch-theoretisch ergebenden Leistungseinbussen, die in casu wiederum auf einen ungenügend erhobenen Gesundheitszustand gründen.

#### **E. 5**

Aufgrund des Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht (Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) nicht rechtsgenügend nachgekommen ist. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers war im Verfügungszeitpunkt einerseits mit Blick auf die von den behandelnden Ärzten vorgesehene Operation noch nicht stabilisiert; andererseits waren mangels eines lückenlos feststehenden medizinischen Sachverhalts die Voraussetzungen für eine reine Aktenbeurteilung durch die versicherungsinternen Ärztinnen nicht erfüllt. Dies umso weniger, als in den letzten Jahren nebst der im Vordergrund stehenden Atheromatose auch degenerative Erkrankungen hinzugekommen sind, die vorliegend keiner nachvollziehbaren und rechtsgenügenden medizinischen Würdigung unterzogen wurden. Denn die Würdigung der verschiedenen somatischen Leiden bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit hätte gestützt auf eine umfassende fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau erfolgen müssen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Im Weiteren erweisen sich sowohl Abklärungen betreffend die Statusfrage als auch die Haushaltsabklärung als ungenügend. Insbesondere wurden die tatsächlichen Verhältnisse vor und nach Eintritt der Gesundheitsschädigung nicht substantiiert erhoben. Eine rechtskonforme Beurteilung des Rentenanspruchs ist demzufolge aufgrund der Akten nicht möglich.

#### **E. 6.1**

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG) entscheidungswesentliche

Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es insbesondere an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung der verschiedenen somatischen Beschwerden fehlt und die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren noch kein Gutachten eingeholt, sondern sich lediglich auf die - wie dargelegt - ungenügenden Aktenbeurteilungen ihrer versicherungsinternen Medizinerinnen gestützt hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Eine Rückweisung ist vorliegend umso mehr gerechtfertigt, als weitere Abklärungen zur Beurteilung der Statusfrage und - sofern der Beschwerdeführer im Haushalt tätig wäre - der Einschränkungen im Haushalt vorzunehmen sind. Da eine Aufteilung des Abklärungsverfahrens - indem die Abklärungen im Zusammenhang mit der Statusfrage durch die Vorinstanz vorgenommen würden, währenddem in medizinischer Hinsicht ein Gerichtsgutachten veranlasst würde - nicht sinnvoll wäre, ist vorliegend von der Einholung eines Gerichtsgutachtens abzusehen. Die Beschwerde ist demzufolge insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 3. Oktober 2017 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen des rechtserheblichen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

## **E. 6.2**

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, zunächst das medizinische Dossier unter Mitwirkung des Beschwerdeführers und des nordmazedonischen Trägers zu aktualisieren und danach unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte eine umfassende interdisziplinäre medizinische Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen zur Klärung der Frage, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Tischler als auch in einer angepassten Tätigkeit als auch - sofern der Beschwerdeführer im Haushalt tätig wäre - im Aufgabenbereich bzw. in Haushaltsaktivitäten bestehen. Eine allfällige Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Haushalt wird sich dabei auf substantiierte Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse zu stützen haben. Aufgrund der medizinischen Aktenlage geboten erscheint ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Kardiologie sowie Orthopädie/Rheumatologie. Ob allenfalls weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGER 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1), und sie letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.3). Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die zahlreichen medizinischen Berichte aus Nordmazedonien - wie bereits ausgeführt - als Grundlage für eine reine Aktenbeurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers offensichtlich nicht genügen und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Allerdings wird die Vorinstanz mit Blick auf die periphere arterielle Verschlusskrankheit und die in diesem Zusammenhang erwähnte Gehstreckenlimitierung (vgl. E. 4.3 und E. 4.4.1 hiervor) vorgängig unter Einholung fachärztlicher Stellungnahmen beim RAD resp. beim IV-internen medizinischen Dienst die Frage zu prüfen haben, ob in Bezug auf die An- und Abreise (inkl. Aufenthalt in der Schweiz) Begleitmassnahmen angezeigt sind; sollten aufgrund der fachmedizinischen Stellungnahmen Begleitmassnahmen angezeigt sein, wird

die Vorinstanz bezüglich der Reise entsprechende Vorkehrungen zu treffen haben (vgl. zur Prüfung der Frage von Begleitmassnahmen die Urteile des BVGer C-2152/2013 vom 5. Dezember 2013 S. 14 fünfter und sechster Absatz sowie insb. C-1615/2016 vom 12. November 2016 E. 4.4 ff.). Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

## **E. 7**

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

### **E. 7.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Dem Beschwerdeführer wurde mit Zwischenverfügung vom 22. Januar 2019 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt. Angesichts des Ausgangs des Verfahrens bleibt dies ohne Rechtsfolgen, da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt. Demzufolge 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).

### **E. 7.2**

Dem obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) (Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite)

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