

# **BVGer C-7267/2013 vom 24. August 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-08-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7267\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7267_2013)

FR: TAF C-7267/2013 du 24 août 2015

IT: TAF C-7267/2013 del 24 agosto 2015

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [Verwaltungsverfahrensgesetz; VwVG; SR 172.021]; BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

### **E. 1.3**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.4**

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG; act. 71). Als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 6. Dezember 2013 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Somit ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind.

Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

## **E. 2**

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

### **E. 2.1**

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

### **E. 2.2**

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Die Parteien tragen im Sozialversicherungsverfahren in der Regel insofern eine objektive Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 117 V 261 E. 3b, 115 V 133 E. 8a).

### **E. 2.3**

Gemäss der am (...) 1981 ausgestellten Aufenthaltsbewilligung des Kantons Uri (IV-act. 3) war der Beschwerdeführer jugoslawischer Staatsangehöriger. Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 203 E. 2b, 122 V 382 E. 1). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien und Mazedonien), nicht aber mit Serbien neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den in Serbien wohnhaften Beschwerdeführer als ehemaligen Bürger von Jugoslawien findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Mangels vorliegend anwendbarer, abweichender Vorschriften bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung demnach ausschliesslich nach schweizerischem Recht.

### **E. 2.4**

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen. Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die

spätestens beim Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2013 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (6. Dezember 2013) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

### **E. 3**

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 6. Dezember 2013 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

#### **E. 4.1**

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. 4.2**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss 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 (so auch Art. 8 Ziff. e des Sozialversicherungsabkommens). Vorbehältlich einer - hier nicht vorliegenden - abweichenden staatsvertraglichen Regelung entsteht bei Versicherten im Ausland der Rentenanspruch folglich nur dann, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sind und der Invaliditätsgrad nach Ablauf der Wartezeit mindestens 50 % beträgt (vgl. BGE 121 V 264 E. 5 und 6; BGE 130 V 253). Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind.

### **E. 4.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

#### **E. 4.3.1**

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). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (örtlich zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (IV-Stelle; Art. 54-56 i.V.m. Art. 57 Abs. 1 lit. c-g IVG). Was den für die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG und Art. 28 ff. IVG) erforderlichen medizinischen Sachverstand angeht, kann die IV-Stelle sich hierfür auf den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Art. 59 Abs. 2 und 2bis IVG), die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Art. 28 Abs. 3 ATSG) oder auf externe medizinische Sachverständige wie die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) stützen (Art. 59 Abs. 3 IVG). Ständiger und damit wichtigster medizinischer Ansprechpartner in der täglichen Arbeit sind für die IV-Stellen die RAD, welcher ihnen nach Art. 59 Abs. 2bis IVG zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches zur Verfügung stehen (Satz 1); die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Satz 2); sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Satz 3; vgl. auch die Ausführungsbestimmungen in den Art. 47-49 IVV, insbesondere die Anforderung, wonach die RAD von den IV-Stellen in personeller Hinsicht getrennt sein müssen). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten (BGE 125 V 351 E. 3b/bb) vergleichbar, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (9C\_323/2009 E. 4.3.2). Die IV-Stellen werden aber stets externe (meist polydisziplinäre) Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen (vgl. SVR 2007 IV Nr. 33 S. 117, I 738/05 E. 5.2) beruht.

#### **E. 4.3.2**

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. Ins-

besondere 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. 4.3.3**

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 BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). 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 aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer 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. 4.3.4**

Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasst, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts hat das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts H 355/99 vom 11. April 2000 E. 3b). In BGE 137 V 210 hat das Bundesgericht diese Praxis geändert und ausgeführt, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle soll hingegen möglich bleiben, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem soll es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der

Verfahrensgarantien) unbenommen bleiben, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.1 ff.).

#### **E. 4.4**

Vorab ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer während 38 Monaten Beiträge an die AHV/IV geleistet und somit die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren erfüllt hat. Zu überprüfen bleibt die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung vom 6. Dezember 2013 und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt insbesondere in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

#### **E. 4.5**

Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 6. Dezember 2013 stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 4. Oktober und 3. Dezember 2013 (IV-act. 46 und 56) sowie auf das der Beurteilung zugrunde liegende bidisziplinäre psychiatrische und kardiologische Gutachten der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ (IV-act. 43). Die entsprechenden Berichte sowie weitere medizinische Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

##### **E. 4.5.1**

Aus den Akten sowie den ärztlichen Berichten vom 17. Dezember 2012 (IV-act. 22, 32, 33) von Dr. A. \_\_\_\_\_, Neurologe der neuropsychiatrischen Klinik B. \_\_\_\_\_ in (...), Serbien ergibt sich, dass der Beschwerdeführer 2005 und 2008 einen Myokardinfarkt erlitten hat, woraufhin zwei Stents eingelegt wurden. Am 6. Mai 2009 wurde anlässlich einer Koronarangiographie eine 3-Gefäss-Erkrankung festgestellt. Dr. A. \_\_\_\_\_ verwendete in seinen Berichten die Diagnosecodes ICD-10: F32.2 (depressive Episode ohne psychotische Symptome), F62.0 (Persönlichkeitsveränderung), F60.0 (Paranoide Persönlichkeitsstörung), F60.2 (Dissoziale Persönlichkeitsstörung), F60.3 (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung), F44 (Sonstige Kopfschmerzsyndrome) und F43 (Anpassungsstörung). Zudem diagnostizierte er eine Cervicobrachialgie sin. und eine Lumboischialgie.

##### **E. 4.5.2**

Im fachärztlichen Bericht (act. 10), den Dr. a. \_\_\_\_\_ anlässlich der Kontrolluntersuchung am 22. Dezember 2012 erstellt hat, hielt der Neurologe als Abschlussdiagnose folgende Ergebnisse fest: H-MOPS depr. F60.2 und F32, Borderline ohne psychotische Symptome post PTSP F33, gemischte Persönlichkeitsstörung, Paranoide Persönlichkeitsstörung F60.0, dissoziale Persönlichkeitsstörung F60.2, andauernde Persönlichkeitsveränderungen F62, Kopfschmerzen G44, Cervicobrachialgie li. Lumboischialgie re. M54, St. nach Myokardinfarkt und erneutem Myokardinfarkt und Stent-Impl. HTA. Zudem wurde zusammengefasst ausgeführt, der Beschwerdeführer handle erschrocken und unsicher und sei misstrauisch, ein verbaler Kontakt liesse sich aber herstellen. Es kämen ausserdem Störungen im Gedankengang vor, wobei wahnhaftige Verfolgungsvorstellungen mit paranoiden Interpretationen dominierten. Der Beschwerdeführer leugne das Bestehen von Sinnestäuschungen und er komme nicht zur Einsicht, dass es sie gebe; dafür dominiere die Angst. Er habe keine sichtbaren körperlichen Schäden, die seelisch-psychischen seien dafür aber besonders manifest. Es liege eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der allgemeinen Lebens- und

Arbeitsfähigkeit von ungefähr 60 % vor.

### **E. 4.5.3**

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurde unter Beizug der medizinischen Berichte von Dr. A. \_\_\_\_\_ der Klinik B. \_\_\_\_\_ und den ausführlichen Untersuchungen vom 28. Juni 2013 von den Ärzten Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ein bidisziplinär kardiologisch und psychiatrisch Gutachten erstellt (IV-act. 43) und Folgendes festgehalten:

#### **E. 4.5.3.1**

Dr. med. F. \_\_\_\_\_ stellte unter anderem fest, der Beschwerdeführer habe eine geringe physische Leistungsfähigkeit. Er leide unter schneller Ermüdbarkeit; dies sei teils medikamentös durch die Einnahme von Betablocker, teils aufgrund eines Trainingsmangels symptombedingt. Zudem leide er unter beidseitigen starken Knieschmerzen. Angina pectoris sei nicht ausgeschlossen, jedoch durch die medikamentöse Behandlung gut behandelt und stabil. Im Echo zeige sich eine stabil normale LV-Funktion ohne wesentliche Motilitätsstörung. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht betrage maximal 60 % der Arbeitsfähigkeit nur für leichte körperliche - keine anstrengenden - Arbeiten, mit häufigen Pausen. Es gebe extrakardiale Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit, eventuell aufgrund der Knieschmerzen. Hervorzuheben sei auch eine deutliche Angst, erneut einen Infarkt zu bekommen (IV-act. 43, S. 3 bis 5).

#### **E. 4.5.3.2**

In psychiatrischer Hinsicht stellte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen: rezidivierende, leichte depressive Episode F33.0; generalisierte Angststörung F41.1; akzentuierte Persönlichkeitszüge vom sensitiven, schwernehmenden, selbstunsicheren Typ Z73.1. Zusammengefasst wurde sehr ausführlich dargelegt, der Beschwerdeführer weise eine gewisse Instabilität der Gefühlslage auf; daraus könne jedoch keine gravierende Persönlichkeitsproblematik abgeleitet werden. Weiter könne der Beschwerdeführer im Garten arbeiten und auch soziale Kontakte pflegen; auch im Kontakt mit dem Arzt wirke er adäquat. Die Schmerzen des Beschwerdeführers seien diffus; er beklage sich jedoch nicht in dem Ausmass, dass anhand dessen eine anhaltende, somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden müsse. Betreffend die beklagten Kopfschmerzen könne er weder über deren Dauer noch Intensität Auskunft geben. Insgesamt seien die Angaben bezüglich der Schmerzen vage und umfassten den ganzen Körper. Er leide an psychosozialen Belastungsfaktoren, die als invaliditätsfremd beurteilt werden müssten (u.a. lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, finanzielle Not, Ausgrenzung). Die leicht depressive Störung und die Angstproblematik sei nicht derart stark, als dass er nicht eine leichte, allenfalls seinen körperlichen Beschwerden angepasste Tätigkeit z.B. im Büro verrichten könne. Er könne sich grundsätzlich an Regeln und Routinearbeiten halten, einfach planen und strukturieren, sei jedoch aufgrund seiner Ängstlichkeit in seinen Entscheidungen etwas beeinträchtigt. Mit einem geduldigen, wohlwollenden Arbeitgeber müsse aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer seine 100 % Arbeitsfähigkeit im freien Arbeitsmarkt realisieren könne (IV-act. 43, S. 5 bis 11).

#### **E. 4.5.3.3**

Anlässlich der Konsensbesprechung kamen die Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ zum Ergebnis, dass beim Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht für leichte körperliche Arbeit eine begründete Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestehe. Im Rahmen von 60 % sei eine

leichte Arbeit im angestammten Beruf als kaufmännischer Angestellter oder Ökonom zuzumuten (IV-act. 43, S. 11 bis 12).

#### **E. 4.5.4**

Nachdem das bidisziplinäre Gutachten dem RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ unterbreitet wurde, äusserte sich dieser mit Schlussbericht vom 4. Oktober 2013 (IV-act. 46) dahingehend, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei; eine dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit betrage hingegen seit 2005 40 %.

#### **E. 4.5.5**

Im anlässlich des Anhörungsverfahrens eingereichten fachärztlichen Bericht (Eingang bei der Vorinstanz: 5. November 2013) bestätigte Dr. A. \_\_\_\_\_ nach einer am 29. Oktober 2013 durchgeführten Untersuchung die bereits gestellten Diagnosen. Ausserdem gab er an, der Beschwerdeführer leide unter anderem nach Heben einer Last an starken Schmerzen im stabilen Teil der Wirbelsäule, die sich auf das linke Bein ausbreiteten; einer Konvergenz mit Blepharospasmen; einer Gehörschwäche mit Tinnitus; empfindlichen Walleix-Punkten; einer Hypästhesie der linken Gesichtshälfte; Bewegungseinschränkungen in den Gelenken des linken Arms und der linken Schulter sowie an den Oberschenkelgelenken; zudem reagiere das rechte Knie sowie die Patella empfindlich auf Druck und Bewegung.

#### **E. 4.5.6**

Nach Würdigung des fachärztlichen Berichts von Dr. A. \_\_\_\_\_ erklärte der RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 3. Dezember 2013 (IV-act. 56), dass der Bericht keine Befunde enthalte, die nicht bereits anlässlich der kardiologisch-psychiatrischen Untersuchung vom 28. Juni 2013 berücksichtigt worden seien. Zudem seien die von Dr. A. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen unpräzise und beruhten nicht auf sachlichen Feststellungen; im Allgemeinen widersprächen sie nicht den Ausführungen von Dr. E. \_\_\_\_\_.

#### **E. 4.6.1**

Bei den Stellungnahmen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (RAD-Arzt) handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV siehe Urteil des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidungsrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.3.3 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

#### **E. 4.6.2**

Der Beschwerdeführer meldete sich aufgrund einer Herzerkrankungen zum Bezug einer IV-Rente an. Dr. A. \_\_\_\_\_ diagnostizierte jedoch bereits anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 10. September 2012 (IV-act. 22 und 32) neben psychiatrischen und kardiologischen Erkrankungen eine Cervicobrachialgie und eine Lumboischialgie

(ICD-10: M54), d.h. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Somit lagen schon zum Zeitpunkt der Überprüfung der Anmeldungsunterlagen Hinweise darauf vor, dass der Beschwerdeführer neben den angegebenen kardiologischen und psychiatrischen auch unter orthopädischen resp. neurologischen Krankheiten leiden könnte. Die Vorinstanz veranlasste aufgrund der Stellungnahme der RAD-Ärzte Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ eine psychiatrisch-kardiologische Begutachtung, woraufhin eine ausführliche Untersuchung des Beschwerdeführers in der Schweiz stattfand. Der untersuchende Arzt, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, ein Facharzt für Innere Medizin - spezialisiert auf Kardiologie - stellte in seinem ausführlichen Bericht vom 22. August 2013 fest, der Beschwerdeführer leide neben einer kardialen Erkrankung ausserdem unter beidseitigen starken Knieschmerzen; es gebe extrakardiale Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit, eventuell aufgrund dieser Schmerzen (IV-act. 43, S. 5). Trotz der Ausführungen des Kardiologen wurden weitere Untersuchungen, welche sich auf die erwähnten Beschwerden beziehen, nicht durchgeführt. Im in der Folge eingereichten, auf der Kontrolluntersuchung vom 29. Oktober 2013 basierenden fachärztlichen Bericht vom Neurologen Dr. A.\_\_\_\_\_ (IV-act. 52 und 53) wurden neben den von den Spezialärzten Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ untersuchten, weitere somatische Krankheitsbilder diagnostiziert; unter anderem Beschwerden des Bewegungsapparats. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (RAD-Arzt), ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dem der Bericht von Dr. A.\_\_\_\_\_ vorgelegt wurde, bezog sich in seiner Würdigung lediglich auf die Ausführungen betreffend die psychiatrischen Diagnosen, und führte aus, dass diesbezüglich keine neuen Befunde vorlägen; er vernachlässigte es aber, auf die weiteren Krankheitsbilder, beispielsweise auf Beschwerden des Bewegungsapparates, einzugehen.

#### **E. 4.6.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ verfügt über einen Facharztstitel in der medizinischen Disziplin Psychiatrie und Psychotherapie, weshalb seine Stellungnahme vom 4. Oktober 2013 (IV-act. 46) betreffend die Würdigung des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ volle Beweiskraft zukommen kann, wenn die übrigen, von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. Daran besteht im vorliegenden Fall kein Zweifel. Die Voraussetzungen, dass auf seine Beurteilung vom 3. Dezember 2013 (IV-act. 56) trotz fehlender fachärztlicher Ausbildung in den medizinischen Disziplinen Kardiologie, Neurologie und Orthopädie abgestellt werden könnte (vgl. hierzu bspw. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2862/2010 vom 7. Mai 2012 E. 3.2.2 mit Hinweis), sind hingegen nicht erfüllt.

#### **E. 4.6.4**

Wenngleich das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ ausführlich und umfassend ausgefallen ist, bezieht es sich lediglich auf die kardiologischen resp. psychiatrischen und äussert sich nicht zu den übrigen somatischen Beschwerden. Die Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vermag hinsichtlich der Beurteilung der somatischen Krankheitsbilder demnach die an den Beweiswert eines Arztberichts gestellten Anforderungen nicht zu erfüllen und es kann - auch mit Blick auf die übrigen, vorstehend zusammengefasst wiedergegebenen ärztlichen Dokumente - auf den Beizug weiterer entsprechend ausgebildeter Fachärzte und/oder Fachärztinnen nicht verzichtet werden.

#### **E. 4.6.5**

Als Beweismittel ist das Gutachten deswegen nicht schlichtweg unbeachtlich und darf deshalb nicht in seiner Gesamtheit unberücksichtigt gelassen werden. Bezüglich der neurologisch/orthopädischen Beschwerden liegen jedoch weder dem RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_, noch den untersuchenden Ärzten Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ die nötige Fachkunde zugrunde, da die Beurteilung dieser somatischer Beschwerden weder in die Fachgebiete der Psychiatrie noch in die der Kardiologie gehören. Die Frage, ob die neurologisch/orthopädischen Beschwerdebilder eine längerdauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und somit einen Einfluss auf den Invaliditätsgrad zur Folge haben, kann allein durch eine Untersuchung auf orthopädischer resp. neurologischer Basis beantwortet werden. Diesbezüglich ist der Sachverhalt vollständig ungeklärt und es bedarf einer umfassenden Abklärung durch die Vorinstanz. Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ kann aus diesem Grund nicht als alleinige Entscheidungsgrundlage herangezogen werden.

## **E. 5**

Die Vorinstanz legte in der angefochtenen Verfügung vom 6. Dezember 2013 die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit mit 40 % fest und ermittelte im Anschluss einen Invaliditätsgrad von 48 %. Dabei stützte sie sich bei der Festsetzung der zumutbaren Tätigkeit lediglich auf kardiologische und psychiatrische Befunde, ohne orthopädische oder neurologische Abklärungen getroffen und diesbezügliche Auswirkungen in der Beeinträchtigung auf die Erwerbsfähigkeit berücksichtigt zu haben. Es kann deshalb vorliegend die Frage, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer tatsächlich arbeitsunfähig ist, nicht rechtsgenügend beantwortet werden, weshalb sich die Überprüfung des von der Vorinstanz ermittelten Invaliditätsgrads erübrigt.

### **E. 6.1**

Anlässlich des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer ein undatiertes Schreiben sowie einen am 19. August 2012 ausgestellten Beschluss der Direktion des Republikfonds in Serbien bei der Vorinstanz ein (act. 12 bis 14). Er gab an, sich auf Verlangen des serbischen Fonds für Renten- und Invalidenversicherung hin in einer Privatklinik einer Untersuchung unterzogen zu haben und verlangt die Rückerstattung der Untersuchungskosten.

### **E. 6.2**

Nach Art. 8 VGKE umfasst die Parteientschädigung die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei. Rechtsprechungsgemäss können Abklärungskosten, welche im Beschwerdeverfahren entstanden sind, dann dem Versicherungsträger auferlegt werden, wenn dieser die entsprechenden Abklärungen bereits im Verwaltungsverfahren hätte vornehmen müssen (vgl. BGE 98 V 273, BGE 112 V 334). Ferner werden der Partei im Gerichtsverfahren die Kosten eines von ihr eingereichten Gutachtens dann ersetzt, wenn sich der Rechtsmittelentscheid darauf abstützt (Urteil des BGer 9C\_544/2007 vom 28. April 2008 E. 6.1, BGE 115 V 62).

### **E. 6.3**

Im vom Beschwerdeführer eingereichten Beschluss der Direktion des Republikfonds wurde der Beschwerdeführer aufgefordert, "der Forderung des Versicherungsträgers der Schweiz Folge zu leisten" (act. 14, S. 2). Weiter wurde ausgeführt, es sei um neue fachärztliche Befunde gebeten worden, "da aufgrund der eingereichten Nachweise nicht entschieden könne". Zudem würden die Kosten der Untersuchung von der Sozialversicherung der

Schweiz rückerstattet (act. 14, S. 3). In seinem Schreiben an die Vorinstanz (act. 12) gab der Beschwerdeführer nun an, er habe sich kardiologisch/psychiatrisch untersuchen lassen und Rechnungen im Betrag von RDS 12'000.- selbst bezahlt. Weiter führte er aus, die Rechnungen bereits an die Vorinstanz gesandt zu haben. Aus den Akten ergibt sich, dass die Vorinstanz den Beschwerdeführer bereits mit Schreiben vom 3. Juli 2012 (IV-act. 27) aufgefordert hat, die für die Abklärung des Rentenanspruchs notwendigen medizinischen Unterlagen einzureichen. Die Unterlagen wurden allerdings erst mit Schreiben vom 30. Januar 2015 vom serbischen Versicherungsträger an die Vorinstanz weitergeleitet (act. 8). Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer die Übernahme der Kosten für die Untersuchung der Klinik B.\_\_\_\_\_ verlangt, welche im Rahmen des Verwaltungsverfahrens entstanden sind. Die erwähnten Unterlagen sind zudem für den Ausgang des Beschwerdeverfahrens nicht von ausschlaggebender Bedeutung, weshalb dem Antrag des Beschwerdeführers auf Rückerstattung der geltend Kosten für die kardiologisch/psychiatrische Untersuchung nicht entsprochen werden kann. Die Vorinstanz wird jedoch darauf hingewiesen, den Anspruch des Beschwerdeführers betreffend die Übernahme der Kosten für die medizinischen Untersuchungen, welche anlässlich des Verwaltungsverfahrens durchgeführt worden sind, zu prüfen.

#### **E. 7**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass in medizinischer Hinsicht weitere Abklärungen vorzunehmen sind. Die angefochtene Verfügung vom 6. Dezember 2013 beruht damit auf einem unvollständig ermittelten Sachverhalt (Art. 49 lit. b VwVG und Art. 49 ATSG), weshalb die Beschwerde vom 23. Dezember 2013 in dem Sinne gutzuheissen ist, als dass die angefochtene Verfügung vom 6. Dezember 2013 aufzuheben und die Sache mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, spezialärztliche Begutachtungen in somatischer Hinsicht durchführen zu lassen und anschliessend - nach Vornahme zusätzlicher Abklärungen zur Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteile I 462/02 des EVG vom 26 Mai 2003 und 9C\_921/2009 des BGer vom 22. Juni 2010) sowie nach Durchführung eines allenfalls erforderlichen Einkommensvergleichs - in der Sache neu zu verfügen.

#### **E. 8**

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

##### **E. 8.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer, dem die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wird, keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

##### **E. 8.2**

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Keinen Anspruch auf Parteientschädigung haben Bundesbehörden und, in der Regel, andere Behörden, die als Parteien auftreten (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der

obsiegenden Vorinstanz ist somit keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. BGE 126 V 143 E. 4). Da dem obsiegenden Beschwerdeführer, welcher nicht anwaltlich vertreten ist, keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden sind resp. er keine solchen geltend gemacht hat, ist ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen.

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