



## **Urteil vom 15. Oktober 2012**

---

Besetzung

Richter Stefan Mesmer (Vorsitz),  
Richter Daniel Stufetti,  
Richter Vito Valenti,  
Gerichtsschreiber Milan Lazic.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100,  
1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Verfügung vom 13. Januar 2010.

**Sachverhalt:****A.**

Der am 15. September 1958 geborene, verheiratete und in seiner Heimat wohnhafte kosovarische Staatsangehörige A.\_\_\_\_\_ (*im Folgenden*: Beschwerdeführer) arbeitete gemäss dem Auszug aus seinem Individuellen Konto (IK) – mit Unterbrüchen – von 1980 bis 1988 in der Schweiz und leistete dabei während insgesamt 85 Monaten Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. act. 6 sowie 44). Anschliessend kehrte er in den Kosovo zurück und war seither nicht mehr arbeitstätig (vgl. act. 3 f. sowie 10).

**B.**

Nachdem sich der Beschwerdeführer am 13. Februar 2008 über die Möglichkeit der Erlangung einer Schweizer Invalidenrente erkundigt hatte, wurde er von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA, *im Folgenden auch*: Vorinstanz) mit Schreiben vom 28. August 2008 unter anderem darauf aufmerksam gemacht, die Anmeldung habe mittels offiziellem Formular beim heimatlichen Versicherungsträger zu erfolgen. Am 7. Januar 2009 reichte er das Rentengesuch mittels schweizerischem Formular direkt bei der Vorinstanz ein (vgl. act. 1-3). Zur Begründung machte er Herz- sowie psychische Beschwerden geltend (vgl. act. 3).

**C.**

In der Folge holte die Vorinstanz den Fragenbogen für den Versicherten, den Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten sowie diverse medizinische Berichte aus dem Zeitraum vom 16. September 2002 bis zum 10. Oktober 2008 ein, die dem Beschwerdeführer eine arterielle Hypertonie, eine chronische obstruktive Bronchitis, eine Diabetes mellitus, eine Hyperlipidämie, eine Koronarsklerose mit proximaler Okklusion der linken intraventrikulären LAD, eine Stenose von 50% der rechten Koronararterie (RCA) und einen Status nach Operation aufgrund eines Myokardinfarkts attestierten (vgl. act. 12-43).

**D.**

Im Wesentlichen gestützt auf die medizinische Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes Rhone (RAD) vom 29. Oktober 2009 (act. 45) wies die Vorinstanz mit der ihren Vorbescheid vom 3. November 2009 (act. 46) im Wesentlichen bestätigenden Verfügung vom 13. Januar 2010 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mangels ausreichender durchschnittlicher Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres bzw. infolge eines rentenausschliessenden Invaliditätsgrades ab (vgl. act. 47).

**E.**

Mit Eingabe vom 16. Februar 2010 (Poststempel 18. Februar 2010) erhob der Beschwerdeführer beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde und beantragte sinngemäss, die Verfügung vom 13. Januar 2010 sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente zu gewähren; eventualiter sei eine Begutachtung im Kosovo oder in der Schweiz durchzuführen. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, sein Gesundheitszustand habe sich zwischenzeitlich rapid verschlechtert. Dies werde durch die verschiedenen medizinischen Unterlagen dokumentiert, die von der Vorinstanz nicht genügend berücksichtigt worden seien.

**F.**

In ihrer Vernehmlassung vom 4. Oktober 2010 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde sowie die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, die beschwerdeweise eingereichten ärztlichen Bescheinigungen wiederholten lediglich bereits bekannte Diagnosen und Therapien und seien bereits vom RAD im Rahmen seiner Beurteilung mitberücksichtigt worden. Der RAD Arzt habe sich aufgrund der umfangreichen und nachvollziehbaren medizinischen Dokumentation ein umfassendes und präzises Bild der Beschwerden bilden können. Die koronaren Leiden vermöchten demnach keine Arbeitsunfähigkeit in häuslicher Tätigkeit zu bewirken.

**G.**

Am 30. Oktober 2010 leistete der Beschwerdeführer den mit Zwischenverfügung vom 11. Oktober 2010 einverlangten Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 300.-. Nachdem er innert der gesetzten Frist keine Replik eingereicht hatte, wurde der Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen geschlossen.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

Zu beurteilen ist die am 18. Februar 2010 der Post übergebene Beschwerde vom 16. Februar 2010, mit der die rentenabweisende Verfügung der Vorinstanz vom 13. Januar 2010 angefochten worden ist.

**1.1** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG]). Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2; vgl. auch Art. 53 Abs. 2 VGG).

**1.2** Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG, sofern – wie vorliegend – keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland, die mit Verfügungen über Leistungen der IV befasst (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

**1.3** Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer ohne Zweifel beschwerdelegitimiert (Art. 59 ATSG, vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG).

Gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG ist die Beschwerde innert 30 Tagen nach der Eröffnung der Verfügung einzureichen. Für die eingeschrieben versandte Verfügung vom 13. Januar 2010 ist kein Zustellnachweis aktenkundig. Diesbezügliche Erkundigungen bei der Post sind zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr möglich, so dass nach Treu und Glauben (Art. 8 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 [BV, SR 101]) die Beschwerde als fristgerecht eingereicht zu gelten hat. Da die Beschwerde im Übrigen auch formgerecht (Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht wurde, ist darauf einzutreten.

## **2.**

**2.1** Mit der 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). Das Bundes-

verwaltungsgericht 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. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

**2.2** Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. FRITZ GYGI, a.a.O., S. 43 und 273).

**2.3** 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 (vgl. MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Aufl., Bern 1984, S. 136).

**2.3.1** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid – sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse 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 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Be-

weiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Aufl., Zürich 1998, Rz. 111 und 320; FRITZ GYGI, a.a.O., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 464 E. 4a, BGE 122 III 219 E. 3c, BGE 120 1b 224 E. 2b, BGE 119 V 335 E. 3c mit Hinweisen).

**2.3.2** 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, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [*im Folgenden*: EVG; heute Bundesgericht] I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

### **3.**

Im Folgenden werden die für die Beurteilung der Streitsache wesentlichen Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargestellt.

**3.1** Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger des Kosovo und hat heute dort seinen Wohnsitz. Die Schweiz hat mit diversen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens neue Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen, nicht aber mit dem Kosovo. Praxisgemäss finden daher im vorliegenden Verfahren weiterhin das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; *im Folgenden*: Sozialversicherungsabkommen) sowie die Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 betreffend die Durchführung des Sozialversicherungsabkommens (SR 0.831. 109.818.12; *im Folgenden*: Verwaltungsvereinbarung) Anwendung (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [*im Folgenden auch*: BVGer] C-4828/2010 vom 7. März 2011; BGE 126 V 198 E. 2b, BGE 122 V 381 E. 1 und BGE 119 V 98 E. 3; vgl. auch Art. 17 Abs. 2 Bst. a Sozialversicherungsabkommen).

Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage ob, und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 des Sozialversicherungsabkommens). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

Anzufügen bleibt, dass in Anwendung von Art. 4 Abs. 3 und 4 der Verwaltungsvereinbarung die zuständige Landesanstalt die im Anmeldeformular gemachten Angaben zu bestätigen und das Gesuch an die Schweizerische Ausgleichskasse weiterzuleiten hat. Da eine formgerechte Anmeldung aus den Akten nicht ersichtlich ist, die Vorinstanz indes auf das Gesuch eingetreten ist und dieses materiell geprüft hat, ist dieser Mangel nach Treu und Glauben zugunsten des Beschwerdeführers nicht zu beachten.

**3.2** Die Sache beurteilt sich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; vgl. BGE 130 V 445).

Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 13. Januar 2010) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

**3.2.1** Vorliegend finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Januar 2010 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs

spruchs von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene 1. Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

**3.2.2** Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; in der entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision) nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

#### **4.**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung [Mindestbeitragsdauer 1 Jahr ] und der seit dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision per 1. Januar 2008 geltenden Fassung [Mindestbeitragsdauer 3 Jahre]). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

**4.1** Der Beschwerdeführer arbeitete – mit Unterbrüchen – in der Zeitspanne von 1980 bis 1988 in der Schweiz und leistete gemäss dem Auszug aus dem IK während insgesamt 85 Monaten Beträge an die AHV/IV (vgl. act. 6), so dass er die Voraussetzung der gesetzlichen Mindestbeitragsdauer sowohl nach den bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen als auch nach den seither geltenden Bestimmungen erfüllt. Zu prüfen

bleibt damit, ob der Beschwerdeführer invalid im Sinne des Gesetzes ist und Anspruch auf eine IV-Rente hat.

**4.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich [*im Folgenden: KIESER, ATSG*], Rz. 7 zu Art. 8): Ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich).

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). 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 ATSG).

**4.3** Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) 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. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1<sup>ter</sup> IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der

Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen – was vorliegend nicht der Fall ist. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

Weiter ist zu beachten, dass gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung ein Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs entstehen kann. Diese Regelung ist vorliegend anwendbar, wurde die Anmeldung zum Rentenbezug doch erst nach dem 31. Dezember 2008 eingereicht (vgl. Urteil BGer 8C\_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.2 f., Urteil BGer 8C\_312/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 5; Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]).

**4.4** Je nachdem, ob der Versicherte als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, unterscheidet sich die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs bei Erwerbstätigen, gemischte Methode bei Teilerwerbstätigen oder spezifische Methode des Betätigungsvergleichs bei Nichterwerbstätigen [vgl. Art. 8 Abs. 3 und Art. 16 ATSG, Art. 5 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung, Art. 28 Abs. 2, Abs. 2<sup>bis</sup> und Abs. 2<sup>ter</sup> IVG in den bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen sowie Art. 28a IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung]).

Vorliegend ist unbestritten und nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz zur Feststellung des Invaliditätsgrades auf die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs bei Nichterwerbstätigen abstellte, war doch der Beschwerdeführer gemäss den eigenen Angaben seit seiner Rückkehr in den Kosovo nicht mehr erwerbs-, sondern ausschliesslich im Haushalt tätig (vgl. art. 3 f. sowie 9 f.).

**4.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte im jeweils massgebenden Aufgabenbereich (Haushaltsbereich und/oder Erwerbsbereich) arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 125 V 251 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Eine zumutbare Arbeitsmöglichkeit (sog. leidensangepasste Verweisungstätigkeit; vgl. ZAK 1986 S. 204 f.) hat sich der Versicherte infolge seiner Schadenminderungspflicht anrechnen zu lassen (vgl. BGE 113 V 22 E. 4a und BGE 111 V 235 E. 2a, je mit Hinweisen). Ebenso ist ein nicht oder nur teilweise erwerbstätiger Versicherter gehalten, im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren Verhaltensweisen zu entwickeln, welche die Auswirkungen seiner Behinderung im ihn betreffenden Aufgabenbereich reduzieren (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen).

**4.5.1** Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet und in sich widerspruchsfrei 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 Gutachten. Auch auf Beurteilungen versicherungsinterner Ärzte der Vorinstanz oder von Ärzten eines regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) darf nur abgestellt werden, sofern sie diesen beweisrechtlichen Anforderungen genügen. Nicht in jedem Einzelfall zwingend erforderlich ist, dass solche Ärzte den Versicherten persönlich untersuchen. Das Fehlen eigener Untersuchun-

gen vermag daher ihre Stellungnahmen, Berichte oder Gutachten für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines bereits feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, folglich die direkte ärztliche Befassung mit dem Versicherten in den Hintergrund rückt. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilungen als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. zum Ganzen: Urteile des Bundesgerichts 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, sowie BGE 125 V 351 E. 3a ff.).

**4.5.2** Allerdings sind Berichte der behandelnden Ärzte – obschon deren Erkenntnissen durchaus Gehör zu schenken ist – aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2, BGE 125 V 351 E. 3b/cc sowie Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4, je mit Hinweisen). Ferner müssen versicherungsinterne Ärzte oder solche eines RAD über die zur Beurteilung des Einzelfalles erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, andernfalls ein gewichtiges Indiz gegen die Zuverlässigkeit ihrer Expertise oder Stellungnahme vorliegt (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts I 142/07 vom 20. November 2007 E. 32.3 ff. und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1, je mit Hinweisen).

## **5.**

Im Folgenden ist in Würdigung der relevanten Unterlagen in erster Linie zu beurteilen, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig erhoben und korrekt gewürdigt hat.

**5.1** Die angefochtene Verfügung vom 13. Januar 2010 beruht im Wesentlichen auf der Stellungnahme des RAD vom 29. Oktober 2009 (Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für innere Medizin). Dr. med. B.\_\_\_\_\_ lagen insbesondere zwei EKG's (Erstellungsdatum nicht lesbar, vgl. act. 12 und 41), mehrere ärztliche Berichte des den Beschwerdeführer behandelnden Kardiologen Dr. med. M.\_\_\_\_\_ aus dem Zeitraum vom 16. September 2002 bis zum 10. Oktober 2008 (vgl. act. 13-22, 30-38, 40 sowie 43), medizinische Unterlagen des in S.\_\_\_\_\_ gelegenen Spitals V.\_\_\_\_\_ (insbesondere ein Austrittsbericht vom 26. Januar 2003; vgl. act. 23-29), Ergebnisse einer Laboruntersuchung vom 12. Juli 2008 (vgl. act. 39), ein

ärztlicher Kurzbericht vom 7. Oktober 2008 (vgl. act. 42) sowie die vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen für Versicherte bzw. für die im Haushalt tätigen Versicherten jeweils vom 26. August 2009 (vgl. act. 9 f.) zur Beurteilung vor.

In Würdigung dieser medizinischen Unterlagen führte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ aus, infolge einer arteriellen Hypertonie, einer Diabetes mellitus sowie einer Hyperlipidämie habe der Beschwerdeführer am 8. September 2002 einen Myokardinfarkt erlitten. Aufgrund des residualen ischämischen Herzleidens sei der Beschwerdeführer am 21. Januar 2003 erneut hospitalisiert worden und es sei eine Brustwandarterie als Bypass eingesetzt worden. Die Kontrolle durch eine Echokardiographie vom 13. März 2007 zeige eine gute Auswurffraktion von 50%. Der Versicherte werde seither regelmässig kontrolliert. Am 7. Juni 2008 habe der Beschwerdeführer über Erschöpfung geklagt, die klinische Untersuchung sei jedoch unauffällig gewesen. Trotz einer Insulinbehandlung werde die Diabetes schlecht kontrolliert. Die darauf folgende sowie die letzte Kontrolle vom 10. Oktober 2008 hätten gezeigt, dass die Angina Pectoris stabil sei. In der Folge nannte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ als Hauptdiagnose eine stabile chronische ischämische Herzkrankheit (ICD-10 I 25.9; Status nach Bypassoperation aufgrund eines im Jahre 2002 erlittenen Myokardinfarkts); als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erwähnte er eine arterielle Hypertonie, eine Diabetes mellitus sowie eine Hyperlipidämie. Hinsichtlich des Leistungskalküls führte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ schliesslich aus, dass keine medizinischen Hinweise bestünden, die genügten, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bei Tätigkeiten im Haushalt zu mindern (vgl. act. 45).

**5.2** Wie bereits dargelegt wurde, kann auf ärztliche Stellungnahmen nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die Bericht erstattenden Ärztinnen oder Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. E. 4.5 ff. hiervor). Diese Anforderungen sind im vorliegenden Verfahren indes nicht erfüllt. Zwar ist die Stellungnahme vom 29. Oktober 2008 insofern nicht zu beanstanden, als die Diagnosen von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ mit denjenigen des den Beschwerdeführer behandelnden Kardiologen Dr. med. M.\_\_\_\_\_ übereinstimmen, doch erweist sich die auf reinem Aktenstudium basierende Beurteilung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des RAD Arztes als nicht nachvollziehbar und schlüssig, entbehrt sie doch einer aufschlussreichen Begründung. Angesichts des Umstands,

dass die Vorinstanz nicht über eine eigentliche erforderliche Haushaltsabklärung, sondern lediglich über einen vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten verfügte (vgl. act. 9), versäumt es Dr. med. B.\_\_\_\_\_, fundiert auszuführen, weshalb dem Beschwerdeführer eine volle Leistungsfähigkeit in häuslicheren Tätigkeiten attestiert werden kann. Die kurze Begründung, es gäbe keine medizinischen Anhaltspunkte, die auf eine Minderung der Leistungsfähigkeit hinweisen würden (vgl. act. 45), ist nicht ausreichend, zumal in den zahlreichen medizinischen Berichten keine fachärztliche Beurteilung betreffend die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers enthalten ist, weisen diese doch lediglich Diagnosen bzw. Testergebnisse aus (vgl. act. 12-43) und werden deshalb den an den Beweiswert eines Arztberichts gestellten Anforderungen nicht gerecht.

Des Weiteren verfügt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ als Facharzt für innere Medizin – obschon die Kardiologie einen Teilbereich der inneren Medizin darstellt (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, Stichwort "Kardiologie", S. 906) – nicht über die vorliegend notwendige ärztliche Qualifikation, um eine anforderungsgemässe Leistungsbeurteilung vorzunehmen, handelt es sich doch bei der Kardiologie um eine Spezialisierung, deren Ausbildung sechs Jahre dauert (vgl. [www.swisscardio.ch/public/weiterbildung/deutsch.asp?l=de](http://www.swisscardio.ch/public/weiterbildung/deutsch.asp?l=de), zuletzt besucht am 21. September 2012). Unter diesen Umständen erweist sich der medizinische Sachverhalt hinsichtlich der Herzbeschwerden als ungenügend abgeklärt.

Darüber hinaus kann den Akten entnommen werden, dass der Beschwerdeführer mit Anmeldung vom 7. Januar 2009 nebst seinem Herzleiden auch psychische Beschwerden geltend gemacht hat. Offenbar befand er sich deshalb beim Psychiater Dr. med. P.\_\_\_\_\_ des Regionalspitals in X.\_\_\_\_\_ in Behandlung (vgl. act. 3 Punkt 7 sowie 7.5.1). Allerdings sind einzig medizinische Unterlagen aktenkundig, die sich mit seinen somatischen Beschwerden auseinandersetzen (vgl. act. 12-43). Die Vorinstanz hat es offensichtlich versäumt, diese Angaben im Rahmen ihrer Abklärungspflicht zu überprüfen (Art. 43 Abs. 1 ATSG; vgl. auch E. 2.2 hiervor). Sie hätte – unter Hinweis auf die Mitwirkungspflicht – den Beschwerdeführer zumindest dazu anhalten sollen, medizinische Unterlagen nachzureichen, die seine Angaben bezüglich der geltend gemachten psychischen Beschwerden belegen könnten. Demnach hat die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt auch in dieser Hinsicht unvollständig abgeklärt.

**6.**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der RAD Arzt entgegen der von der Vorinstanz vernehmlassungsweise vorgebrachten Behauptung kein umfassendes und präzises Bild der Beschwerden bilden konnte. Mangels einer zuverlässigen, sämtliche relevanten Leiden umfassenden medizinischen Gesamtbeurteilung und infolge einer unvollständigen Abklärung des Ausmasses der Betätigung des Beschwerdeführers im Haushalt ist es dem Bundesverwaltungsgericht nicht möglich, aufgrund der Akten mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe, in welchem Umfang und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat. Im vorinstanzlichen Verfahren sind demnach infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche, medizinische Aspekte vollständig ungeklärt geblieben, weshalb sich eine Rückweisung an die Vorinstanz rechtfertigt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

Die Beschwerde ist daher insofern teilweise gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 13. Januar 2010 aufzuheben und die Sache gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, eine umfassende, bidisziplinäre fachärztliche Begutachtung (in kardiologischer sowie in psychiatrischer Hinsicht) des Beschwerdeführers durchführen zu lassen und anschliessend neu zu verfügen.

**7.**

Bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden.

**7.1** Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt, sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1). Der bereits geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 300.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

Da aufgrund der Akten feststeht, dass dem nicht vertretenen Beschwerdeführer nur verhältnismässig geringe Kosten entstanden sind, ist von der Zusprechung einer Parteientschädigung abzusehen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1, Abs. 3 und Abs. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 13. Januar 2010 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter fachärztlicher Begutachtung im Sinne der Erwägung 6 über den Rentensanspruch neu verfüge.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der bereits geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 300.- wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. \_\_\_\_\_)
- das Bundesamt für Sozialversicherung

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Stefan Mesmer

Milan Lazic

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. Die Rechtschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: