

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativo federal



Abteilung III
C-3172/2008/mes/str
{T 0/2}

Urteil vom 13. Oktober 2010

Besetzung

Richter Stefan Mesmer (Vorsitz),
Richter Vito Valenti,
Richter Johannes Frölicher,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

X._____,
vertreten durch Gojko Reljic, Rechtsberatung für
Ausländer, Go-Re-Ma, Quaderstrasse 18/2, 7000 Chur,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf IV-Leistungen.

Sachverhalt:**A.**

Der 1950 geborene, aus Bosnien und Herzegowina stammende X._____ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) hielt sich von 1978 bis 1991 mit Unterbruch in der Schweiz auf und war während dieser Zeit bei verschiedenen Bauunternehmungen als Hilfsarbeiter tätig. Während seiner Erwerbstätigkeit in der Schweiz entrichtete er Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Nachdem der ausländische Versicherungsträger am 26. September 2006 die Versicherungszeiten im Ausland bestätigt hatte, ging am 21. Februar 2007 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) das Gesuch des Versicherten um Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) ein (Vorakten [*im Folgenden: act.*] 3, 5, 6, 7, 40 und 45).

B.

Der Vorinstanz lagen verschiedene für die Beurteilung des Leistungsanspruchs massgebliche Unterlagen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor (act. 10 bis 40). In der Folge gab Dr. med. A._____, Facharzt für Innere Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV (RAD) am 15. Februar 2008 eine Stellungnahme ab (act. 41), in welcher er zum Schluss kam, dass der Versicherte nicht arbeitsunfähig sei. Gestützt auf diese Beurteilung erliess die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA; *im Folgenden auch: Vorinstanz*) am 21. Februar 2008 einen Vorbescheid, mit welchem sie ihm die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht stellte (act. 42). Nachdem der Versicherte, vertreten durch lic. iur. Reljic, hiergegen am 3. März und 3. April 2008 hatte opponieren und weitere Unterlagen einreichen lassen (act. 43 bis 47), erliess die IVSTA am 14. April 2008 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 48).

C.

Hiergegen liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter beim Bundesverwaltungsgericht am 13. Mai 2008 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 14. April 2008 sei aufzuheben und es sei ihm ab dem 1. Mai 2004 eine ganze IV-Rente zuzusprechen – oder die Sache sei erneut abzuklären (Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: B-act.*] 1).

Zur Begründung wurde auf die Einwendungen vom 3. April 2008 verwiesen und im Wesentlichen ausgeführt, die Vorinstanz habe es unterlassen, vom ausländischen Versicherungsträger die vollständigen medizinischen Akten anzufordern. Zudem sei in der Schweiz nur die Beurteilung eines einzelnen Arztes und einer ärztlichen Fachgruppe eingeholt worden, obwohl der Beschwerdeführer unter verschiedenen physischen und psychischen Beschwerden leide. Es werde nochmals vorgeschlagen, den Beschwerdeführer in der Schweiz multidisziplinär untersuchen zu lassen, nachdem die Vorinstanz sämtliche medizinischen Unterlagen beim Versicherungsträger in Bosnien eingeholt habe.

D.

Mit Eingabe vom 10. Juli 2008 wies die Vorinstanz darauf hin, es habe sich nach Durchsicht der Akten herausgestellt, dass der medizinische Untersuchungsbericht des bosnischen Versicherungsträgers nicht in Übersetzung vorliege resp. dem RAD vorenthalten worden sei (B-act. 3).

E.

Nach Einholen einer weiteren Stellungnahme beim RAD-Arzt Dr. med. A. _____ vom 28. August 2008 (act. 50) beantragte die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung vom 9. September 2009 die Abweisung der Beschwerde (B-act. 5).

Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, man habe sowohl im Rahmen des Abklärungsverfahrens als auch aufgrund neuer medizinischer Unterlagen den medizinischen Sachverhalt dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet, so dass sich der beurteilende RAD-Arzt ein zuverlässiges Bild über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers habe machen können. Es lägen keine Sachverhaltselemente vor, welche den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit zu hindern vermöchten. Von weiteren (multidisziplinären) Abklärungen in medizinischer Hinsicht sei daher abzusehen.

F.

Mit Zwischenverfügung vom 15. September 2008 forderte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen auf, einen Kostenvorschuss von Fr. 300.- zu leisten (B-act. 6); dieser Aufforderung kam er nach (B-act. 9).

G.

Mit Replik vom 16. September 2008 liess der Beschwerdeführer seine Beschwerde aufrecht erhalten. Zur Begründung wurden die bisherigen Ausführungen im Wesentlichen bestätigt und teilweise ergänzt (B-act. 8).

H.

In der Duplik vom 7. Oktober 2008 hielt die Vorinstanz an ihrer Vernehmlassung fest und beantragte weiterhin die Abweisung der Beschwerde (B-act. 11).

I.

Nachdem der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 14. Oktober 2008 den Schriftenwechsel geschlossen hatte (B-act. 12), liess der Beschwerdeführer am 21. Oktober 2008 eine weitere Stellungnahme einreichen (B-act. 13).

J.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), soweit das Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (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 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in

formell-rechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.1 Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, die eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist *in casu* nicht gegeben (Art. 32 VGG).

1.2 Die Beschwerde ist frist- und formgerecht eingereicht worden (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG sowie Art. 52 VwVG). Als Adressat ist der Beschwerdeführer durch die angefochtenen Verfügung berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, kann auf die Beschwerde eingetreten werden.

1.3 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechts-erheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

1.4 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 14. April 2008, mit welcher der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

2.

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

2.1 Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Bosnien und Herzegowina und hat dort seinen Wohnsitz. Da die Schweiz mit diversen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens, nicht aber mit Bosnien und Herzegowina, neue Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat, findet vorliegend 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*: Abkommen) Anwendung (vgl.

BGE 126 V 198 E. 2b, BGE 122 V 381 E. 1, BGE 119 V 98 E. 3). Nach Art. 2 des Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 des Abkommens genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die IV gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische IV-Rente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen über Sozialversicherung keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der IV besteht, bestimmt sich daher vorliegend alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften. Für die Beurteilung eines Rentenanspruchs sind die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179).

2.2 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 Erw. 3.1.1, BGE 131 V 11 Erw. 1), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; BGE 130 V 445).

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin zu beachten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [*im Folgenden*: BGer] 8C_373/2008 vom 28. August 2008 Erw. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt

das alte Recht (so auch das Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Danach entsteht der Rentenanspruch frühestens ein Jahr nach Eintritt des Versicherungsfalls, wobei die Renten nur für die Zeit ab 12 Monaten vor der Anmeldung geleitet werden – abgesehen von einer Ausnahme, die vorliegend ohne Belang ist. (Art. 29 Abs. 1 Bst. b und Art. 48 Abs. 2 IVG in der Fassung der 4. IV-Revision).

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 14. April 2008 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 von Belang sind (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 IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Da sich der Beschwerdeführer vor dem 31. Dezember 2008 angemeldet hatte, gilt hinsichtlich des Zeitpunkt des Rentenbeginns unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist, das alte Recht.

2.3 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. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7): 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 Ar-

beit 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).

2.4 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 in Verbindung mit Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c *in fine*, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

Grundlage für die Bemessung der Invalidität bildet die trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung noch bestehende Arbeitsfähigkeit im versicherten Tätigkeitsbereich. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG im Besonderen setzt grundsätzlich eine *lege artis* auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 65 E. 3.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherte Person willensmässig erwartet werden kann, trotz des Leidens zu arbeiten (BGE 127 V 294 E. 5a). Diese Frage beurteilt sich nach einem weitgehend objektivierten Massstab (BGE 127 V 294 E. 4b/cc; vgl. auch Art. 7 Abs. 2 ATSG in der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Fassung).

2.5 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^{ter} 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. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit dem 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

2.6 Nach aArt. 48 IVG (mit Wirkung ab dem 1. Januar 2008 aufgehoben [5. IV-Revision; AS 2007 5129]) erlischt der Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war (Abs. 1). Meldet sich jedoch ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs zum Leistungsbezug, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet – abgesehen von einer Ausnahme, die vorliegend ohne Belang ist.

2.7 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

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

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Be-

darf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 sowie I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, beide mit Hinweisen).

3.

Die IVSTA stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 14. April 2008 insbesondere auf die beiden Berichte des RAD-Arztes Dr. med. A._____, Facharzt für Innere Medizin, vom 15. Februar und 28. August 2008 (act. 41 und 50). Diese sind in einem ersten Schritt zu würdigen und es ist zu prüfen, ob sich aufgrund dieser Beweismittels der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als rechtsgenügend abgeklärt erweist.

3.1 Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen, und in der Regel auch nur dann, wenn die beigezogenen RAD-Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Dagegen ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung grundsätzlich nicht erforderlich, dass die RAD-Ärzte die Versicherten persönlich untersuchen.

3.2 Nach Würdigung diverser medizinischer Akten aus der Heimat des Beschwerdeführers (act. 14 bis 39) diagnostizierte der RAD-Arzt Dr. med. A._____ in seinem Bericht vom 15. Februar 2008 eine Angina pectoris (sonstige Formen; ICD-10: I20.8). Weiter führte er – gestützt auf den Bericht des Anästhesisten Dr. med. B._____ und des Neuropsychiaters Dr. med. C._____ vom 29. Mai 2006 (act. 19 und 20) – aus, beim Beschwerdeführer liege keine Arbeitsunfähigkeit vor (act. 41).

3.2.1 Die Dres. med. B._____ und C._____ erwähnten in ihrem Bericht vom 29. Mai 2006 den undatierten Austrittsbericht des Spitals D._____ sowie die Stellungnahme des Internisten Dr. med. E._____ vom 22. März 2006. Diese Berichte sind aktenkundig (act. 15 bis 18) und der Würdigung durch das Bundesverwaltungsgericht

zugänglich. Nicht aktenkundig ist jedoch der ebenfalls aufgelistete internistisch-kardiologische Bericht vom 28. April 2006. Dies ist zwar insofern von untergeordneter Bedeutung, als dass der Internist und Kardiologe Dr. med. F._____ in seinem Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2007 (act. 36 und 37) im Wesentlichen dieselben Diagnosen gestellt hatte, welche von den Dres. med. B._____ und C._____ – gestützt auf den nicht aktenkundigen Bericht vom 28. April 2006 – wiedergegeben wurden. Dennoch kann im Rahmen der erforderlichen lückenlosen medizinischen Dokumentation nicht auf das Einholen dieses Berichts verzichtet werden, da durchaus die Möglichkeit besteht, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor dem 22. Oktober 2007 (Datum des Verlaufsberichts) anders präsentiert hatten.

3.2.2 Dem Bericht der Dres. med. B._____ und C._____ vom 29. Mai 2006 – und damit einhergehend der Stellungnahme von Dr. med. A._____ vom 15. Februar 2008 – kann auch deshalb keine volle Beweiskraft zukommen, da sich darin bloss ein rudimentäres, nicht rechtsgenügendes Zumutbarkeits- resp. Leistungsprofil findet und keine detaillierten Ausführungen im Zusammenhang mit den noch möglichen Tätigkeiten (Art und Beschaffenheit, Sitz-, Steh- und Gehdauer, Belastungen, etc.) gemacht werden. Hinzu kommt, dass – soweit ersichtlich – weitere aktenkundige Arztberichte aus den Fachbereichen Urologie, Radiologie und Neurologie (act. 28 und 32/33) von den Dres. med. B._____ und C._____ nicht rechtsgenügend gewürdigt wurden – was von besonderer Bedeutung ist, fallen doch die entsprechenden Beurteilungen in den Kompetenzbereich von Ärzten, welche über die nötige Fachkompetenz in diesen medizinischen Disziplinen verfügen. Mit dem Bericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Innere Medizin, vom 14. April 2005 (act. 21 und 22), der dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, setzten sich die Dres. med. B._____ und C._____ zudem nicht auseinander. Ob der Grund dafür im Umstand liegt, dass diese Ärzte keine Kenntnis vom Bericht von Dr. med. G._____ hatten, lässt sich aufgrund der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen und ist letztlich ohne Bedeutung: Entscheidend ist einzig, dass der Bericht nicht gewürdigt wurde.

In diesem Zusammenhang ist auch nicht ausschlaggebend, dass der Bericht von Dr. med. F._____ nicht über alle Zweifel erhaben ist. Die

Beurteilung der Arbeits- und Leistungsunfähigkeit wird darin nicht widerspruchsfrei, schlüssig und somit rechtsgenüßlich begründet und es findet sich kein verlässliches, den Anforderungen der Rechtsprechung genüßendes Zumutbarkeitsprofil. Dem Bericht kommt daher nur geringe Beweiskraft zu. Aus denselben Gründen, insbesondere mangels einer rechtsgenüßlichen Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, können auch der Bericht von Dr. med. G._____ vom 14. April 2005 (act. 21 und 22) sowie weitere Berichte aus der Heimat des Beschwerdeführers keine ausreichende Entscheidungsgrundlage darstellen (act. 15 bis 18, 23 bis 26, 28 bis 35, 38 und 39).

3.2.3 Die Ärzte des Spitals D._____ diagnostizierten in ihrem undatierten Austrittsbericht (act. 15 und 16) ein depressives Syndrom, was von Dr. med. C._____ nicht bestätigt wurde. Als Neuropsychiater verfügt dieser Arzt zwar über die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung geforderte Fachkompetenz und seine Feststellung, der Beschwerdeführer leide an keiner nennenswerten psychisch-psychiatrischen Erkrankung, ist an sich nachvollziehbar und schlüssig. Dennoch erweist sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers diesbezüglich als nicht rechtsgenüßlich abgeklärt. Mit Blick auf die Ausführungen des Beschwerdeführers vom 3. April 2008 (act. 45) ist nicht auszuschließen, dass noch weitere, nicht aktenkundige (neuro-) psychiatrische Berichte existieren, welche nicht einverlangt oder doch nicht einer fachärztlichen Prüfung unterzogen worden sind. Derartige Berichte wären insbesondere zur Beantwortung der Frage, ob sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht seit dem 29. Mai 2006 (Datum des Berichts der Dres. med. B._____ und C._____) bis zum massgeblichen Verfügungszeitpunkt (14. April 2008) verschlechtert hat, beizuziehen gewesen. Dies wurde jedoch versäumt und die medizinische Beurteilung durch den RAD erfolgte aufgrund einer unvollständigen medizinischen Dokumentation, so dass sie den Anforderungen an ein Gutachten mit vollem Beweiswert nicht erfüllt.

3.2.4 Die medizinische Aktenlage, wie sie sich dem Bundesverwaltungsgericht präsentiert und wie sie auch Grundlage für die Beurteilung durch die Vorinstanz und die Abklärungen von Dr. med. A._____ gewesen ist, erweist sich in mehrfacher Hinsicht als unvollständig. Im Bericht des bosnischen Versicherungsträgers vom 27. September 2005 (act. 46) werden offenbar zahlreiche medizinische

Akten erwähnt, die sich nur zum Teil in den Akten finden (act. 21/22, 26, 30/31, 34/35 und 38/39). Mehrere medizinische Berichte und Untersuchungsergebnisse (etwa EEG und CT), insbesondere vom 6. Februar 2001, 21. Februar 2002, 15. April 2005 und 25. Juli 2005, liegen dagegen nicht vor. Weiter ist auf das bereits erwähnte Fehlen des internistisch-kardiologischen Berichts vom 28. April 2006 hinzuweisen (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Im Interesse einer lückenlosen medizinischen Dokumentation wäre es Sache der Vorinstanz gewesen, diese Unterlagen beim bosnischen Versicherungsträger einzufordern.

Zu beachten ist weiter, dass verschiedene Aktenstücke nur in bosnischer Sprache und teilweise in kyrillischer Schrift vorliegen (vgl. insb. act. 23 bis 29). Dies ist insoweit ohne grosse Bedeutung, als es sich dabei um schlecht bzw. nicht leserliche Kurzberichte handelt, welche – offenbar – grösstenteils nur ärztliche Medikamentenverschreibungen enthalten, die hinsichtlich der Beurteilung der Leiden der Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit von untergeordneter Bedeutung sind (vgl. auch E. 3.2.2 hiervor). Keine Übersetzung findet sich allerdings auch vom (ohnehin nicht vollständig kopierten bzw. gescannten) Bericht des bosnischen Versicherungsträgers vom 27. September 2005 und von dessen Entscheid vom 31. Oktober 2005, die beide mit dem Vermerk "pas du traduction trouvée" versehen sind. Die Vorinstanz hat im Rahmen des Beschwerdeverfahrens das Fehlen der Übersetzung des Berichts vom 27. September 2005 eingeräumt und festgehalten, dieser sei dem RAD im Abklärungsverfahren nicht zur Verfügung gestanden. Diesen Fehler scheint die Vorinstanz korrigiert zu haben (act. 49), und es kann angenommen werden, dass dem RAD für die Berichterstattung vom 28. August 2008 eine Übersetzung vorlag. Diese befindet sich aber nach wie vor nicht in den Akten. Für das Bundesverwaltungsgericht ist es unter diesen Umständen nicht möglich, die Berichte des bosnischen Versicherungsträgers vom 27. September 2005 und des RAD vom 28. August 2008 rechtsgenügend zu würdigen resp. die Beurteilung von Dr. med. A. _____ nachzuvollziehen.

4.

Damit steht fest, dass aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht beurteilt werden kann, ob und allenfalls seit wann ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers besteht. Die angefochtene Verfügung vom 14. April 2008 beruht damit auf einem unvollständig ermittelten Sachverhalt (Art. 49 Bst. b VwVG und Art. 49 ATSG), weshalb

die Beschwerde vom 13. Mai 2008 in dem Sinne gutzuheissen ist, als dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, die offenbar vorhandenen, jedoch nicht aktenkundigen ausländischen Arztberichte und Untersuchungsergebnisse einzuholen und Übersetzungen der Dokumente des bosnischen Versicherungsträgers vom 27. September und 31. Oktober 2005 zu den Akten zu nehmen. Nach Vorliegen der entsprechenden Unterlagen hat die Vorinstanz ergänzende spezialärztliche Begutachtungen in somatischer und psychisch-psychiatrischer Hinsicht durchführen zu lassen. Sollte es sich aufgrund dieser Untersuchungen ergeben, dass die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt ist, so werden im weiteren die zur Bestimmung der Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28 Abs. 2^{bis} und 2^{ter} IVG [in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung] bzw. Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG [in der seit dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung]) sowie allenfalls des Anmelde- datums erforderlichen weiteren Abklärungen durchzuführen sein.

5.

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

5.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Der unterliegenden Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Dem obsiegenden Beschwerdeführer ist der bereits geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 300.- zurückzuerstatten.

5.2 Der Beschwerdeführer hat gemäss 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) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung auf Grund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Angesichts des gebotenen und aktenkundigen Aufwands erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 700.- als angemessen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 14. April 2008 aufgehoben und die Sache mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, im Sinne von Erwägung 4 vorzugehen und anschliessend in der Sache neu zu verfügen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 300.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteient-schädigung von Fr. 700.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Stefan Mesmer

Roger Stalder

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 Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (vgl. Art. 42 BGG).

Versand: