



Abteilung III
C-4081/2018

Urteil vom 7. Januar 2021

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richter Vito Valenti,
Richter David Weiss,
Gerichtsschreiber Lukas Schobinger.

Parteien

A._____, (Österreich),
vertreten durch Dr. Franz Josef Giesinger, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch
(Verfügung vom 19. Juni 2018).

Sachverhalt:**A.**

A.a A. _____ (nachfolgend: Beschwerdeführer oder Versicherter) wurde (...) 1971 (in der Türkei) geboren. Der österreichische Staatsangehörige ist verheiratet, hat keine Kinder und ist in seiner Heimat wohnhaft. Soweit ersichtlich absolvierte er nach der Schule keine berufliche Ausbildung. Von 1989 bis 2008 war er als Maschinenführer in einer Stickerei in Österreich beschäftigt. Letztmals arbeitete er von Februar bis Juli 2016 für einen Jahreslohn von Fr. 46'800.- als Produktionsmitarbeiter mit einem Vollpensum in der Schweiz. Er legte hier zwischen 2010 und 2016 eine Gesamtversicherungszeit von 41 Monaten zurück. Er meldete sich am 4. August 2017 zum Leistungsbezug bei der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an (Akten [nachfolgend: act.] der Invalidenversicherungsstelle für Versicherte im Ausland IVSTA [nachfolgend: Vorinstanz] 5, 17, 22, 34, 42, 75).

A.b Im ausführlichen ärztlichen Bericht vom 15. Dezember 2017, der auf einer Untersuchung des Versicherten beruht, nannte der Vertrauensarzt der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt (ohne Angabe eines Facharztstitels) folgende Diagnosen: 1. Koronare 1-Gefässerkrankung mit Verschluss des medialen LCx mit erfolgreicher Rekanalisation im Februar 2014 mit überlappendem Mehrfachstenting. 2. Zustand nach Einkammer-Schrittmacherimplantation im Mai 2014 bei anhaltender, am ehesten ischämisch getriggelter ventrikulärer Tachykardie mit Erstdiagnose im Februar 2014. (Auslösung des ICD-Schrittmachers im August 2017.) 3. Retropatellararthrosen (verschleissende Rückseite der Kniescheibe) beidseits mit auch medial betonten Arthrosen beider Kniegelenke. 4. Arterielle Hypertonie. 5. Diabetes mellitus II, oral therapiert, Erstdiagnose im Februar 2014. 6. Anhaltender chronischer Nikotinabusus. 7. Hyperlipidämie. Zusammenfassend wurde festgehalten, der Versicherte leide an internistischen und orthopädischen Beschwerden. Er gebe belastungsabhängige Knieschmerzen beidseits an, wobei radiologisch Retropatellararthrosen beider Kniegelenke mit auch medial betonten Arthrosen beidseits bekannt seien. In der klinischen Untersuchung würden sich keine Bewegungseinschränkung der Kniegelenke und keine Hinweise für einen Erguss zeigen. Im August 2017 sei mit Verdacht auf Schrittmacherauslösung bei Brustschmerzen ein stationärer Klinikaufenthalt erfolgt. In der ergometrischen Abklärung habe sich eine maximale Belastbarkeit bis 125 Watt mit Abbruch aufgrund der Knieschmerzen gezeigt. Dem Versicherten seien ständig leichte und fallweise

mittelschwere Tätigkeiten zumutbar. Durch Gewichtsreduktion und Nikotinabstinenz könne eine Verbesserung des Gesundheitszustands erzielt werden (act. 42).

A.c Die österreichische Pensionsversicherungsanstalt lehnte mit Bescheid vom 11. Januar 2018 sowohl eine Invaliditätspension als auch Massnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation ab (act. 68). Die liechtensteinische Invalidenversicherung lehnte auf der Grundlage des ausführlichen ärztlichen Berichts vom 15. Dezember 2017 (act. 42) mit Verfügung vom 22. März 2018 eine Invalidenrente ebenfalls ab, nachdem sie im Rahmen eines Einkommensvergleichs einen Invaliditätsgrad von 0 % eruiert hatte (act. 76).

A.d Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) führte im Schlussbericht vom 9. April 2018 etwas modifizierte Diagnosen an und erachtete eine angepasste Tätigkeit ab 5. September 2014 zu 100 % als zumutbar. Die RAD-Internistin hielt diverse Einschränkungen fest, die sie aber mit einer unqualifizierten Tätigkeit im Handel oder im Bürobereich als vereinbar erachtete. Sie führte aus, der Versicherte leide an einer koronaren Herzerkrankung, die im Februar 2014 symptomatisch geworden sei. Es sei eine interventionelle Rekanalisierung eines Kranzgefässes durchgeführt worden. Eine leichte inferiore Akinesie mit erhaltener respektive erholter linksventrikulärer Funktion sei geblieben. In den Belastungs-EKGs habe sich eine submaximale Belastbarkeit von 125 Watt gezeigt, nicht aber ein Hinweis auf ein ischämisches Geschehen. Weil im Zeitraum des Infarktereignisses eine bedeutende Rhythmusstörung vorgelegen habe, sei sekundärprophylaktisch ein ICD-Schrittmacher eingesetzt worden, der bisher einmal, wahrscheinlich im Sinne einer Fehlauflösung, reagiert habe. Insgesamt habe sich die kardiale Situation günstig entwickelt. Im ausführlichen ärztlichen Bericht vom 15. Dezember 2017 werde eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit als möglich erachtet. Der Versicherte habe denn auch nach 2014 wieder gearbeitet, auch wenn er die Stelle wieder verloren habe. Auf die beginnende Arthrosebildung solle Rücksicht genommen werden (act. 77).

A.e Die Vorinstanz stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 13. April 2018 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da «ab dem 5. September 2014 eine gewinnbringende Tätigkeit in rentenausschliessender Weise wieder zumutbar» sei (act. 78). Der Versicherte erhob soweit ersichtlich keinen Einwand, sodass die Vorinstanz das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 19. Juni 2018 abwies (act. 79, 80).

B.

B.a Der Beschwerdeführer, fortan vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Franz Josef Giesinger, beantragte mit Beschwerde vom 13. Juli 2018, dass ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung «eine ganze Rente, in eventu eine Dreiviertelsrente, in eventu eine halbe Rente, in eventu eine Viertelsrente gewährt» werde. Er beantrage zur Feststellung des Leistungsanspruchs die Veranlassung einer polydisziplinären Begutachtung (Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie, Neurologie, Berufskunde) direkt durch das Bundesverwaltungsgericht oder - «in eventu» - die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Durchführung der entsprechenden Abklärung. Er führte aus, die Herzproblematik verursache immer noch massive Probleme. Seit der Kündigung durch den Arbeitgeber sei er permanent im Krankenstand. Zwischenzeitlich habe sich auch «eine psychiatrische Systematik» entwickelt. Er benötige dauernd jemand, der bei ihm sei, weil er ansonsten Angst habe, dass er umfalle. Er fühle sich fast immer schwach, sei sehr schnell überanstrengt und erschöpft. Insgesamt sei er als 100 % invalid anzusehen (BVGer act. 3).

B.b Die Vorinstanz beantragte mit Vernehmlassung vom 11. Oktober 2018 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Sie führte unter anderem aus, auf die Abnahme weiterer Beweise sei im vorliegenden Fall in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (BVGer act. 8).

B.c Der Instruktionsrichter stellte mit Verfügung vom 23. Oktober 2018 zum beantragten Gerichtsgutachten einen Entscheid zu einem späteren Zeitpunkt in Aussicht (BVGer act. 9).

B.d Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 19. November 2018 am gestellten Antrag fest. Er reichte medizinische Unterlagen ein und führte im Wesentlichen aus, für eine rechtsgenügende Abklärung des Beschwerdebilds sei eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie durchzuführen. Zwischenzeitlich habe sich ein psychiatrisches Beschwerdebild mit massivem Krankheitswert herausgebildet (BVGer act. 12).

B.e Die Vorinstanz beantragte mit Duplik vom 19. Dezember 2018 unter Beilage einer RAD-Stellungnahme erneut die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 14). Die RAD-Internistin führte unter anderem aus, die Herzfunktion sei seit Jahren

stabil, der Versicherte habe damit gearbeitet, wenn auch nicht optimal angepasst. Dass er von einer ambulanten kardialen Rehabilitation profitiere, sei angesichts der schlecht eingestellten Blutfette und Blutzucker sowie der mangelnden Kondition sicher gut. Bei konsequentem Umsetzen der instruierten Verhaltensweisen könne er einen wichtigen Beitrag zu seiner Gesundheit leisten (BVGer act. 14, Beilage).

B.f Der Beschwerdeführer hielt mit Triplik vom 9. Januar 2019 am gestellten Antrag abermals fest. Er führte aus, dass die RAD-Internistin nicht über die Kompetenz verfüge, um die orthopädische und psychiatrische Komponente des Beschwerdebilds fachgerecht zu beurteilen. Insoweit die RAD-Internistin diesbezüglich Stellung nehme, überschreite sie ihre ärztlichen Kompetenzen. Die RAD-Stellungnahmen seien «mit höchster Vorsicht zu geniessen, da von einer gewissen Parteilichkeit jedenfalls auszugehen» sei (BVGer act. 17).

B.g Der Instruktionsrichter schloss mit Verfügung vom 16. Januar 2019 den Schriftenwechsel ab (BVGer act. 18).

B.h Die Vorinstanz übermittelte mit unaufgeforderter Eingabe vom 5. Oktober 2020 ärztliche Gutachten aus Österreich. Sie teilte ferner mit, dass der Versicherte am 29. Juli 2020 ein neues Leistungsgesuch gestellt habe (BVGer act. 19).

B.i Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 8. Oktober 2020 ging eine Kopie der Eingabe der Vorinstanz vom 5. Oktober 2020 samt Beilagen zur Kenntnisnahme an den Beschwerdeführer (BVGer act. 20).

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

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügungen durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdi-

ges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerden legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem der Kostenvorschuss vollumfänglich geleistet wurde (BVGer act. 4, 6), ist auf die frist- und formgerecht eingereichten Beschwerden einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

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

2.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann 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. BVGE 2013/46 E. 3.2).

2.3 Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

2.4 Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Österreich. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invaldität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach

schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

2.5 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 19. Juni 2018 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

2.6 Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Demnach ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 19. Juni 2018) eingetretenen Sachverhalt abzustellen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204). Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Unterlagen, die nach dem Verfügungszeitpunkt datieren, sind zu berücksichtigen, wenn und soweit sie sich auf den Zeitraum vor Verfügungserlass beziehen respektive Rückschlüsse darauf zulassen (vgl. Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2).

3.

Zum Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente und den Abklärungen, die in diesem Zusammenhang vorzunehmen sind, ist Folgendes vorzuschicken:

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

3.2 Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 mit Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C_236/2009] E. 4.1 und 4.3).

3.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf

dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. 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).

3.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

3.5 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.6 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351

E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, 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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls 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 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

4.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Vorinstanz einen Invalidenrentenanspruch des Beschwerdeführers mit der angefochtenen Verfügung zu Recht abgewiesen hat.

4.1 Die Vorinstanz übermittelte dem Bundesverwaltungsgericht mit unaufgeforderter Eingabe vom 5. Oktober 2020 diverse ärztliche Unterlagen aus Österreich, darunter auch Gutachten für das Landesgericht E._____. Die Gutachten datieren von 2018 und 2020 und erweisen sich nach Massgabe dessen, was in Erwägung 2.6 ausgeführt wurde, als entscheidrelevant. Aus den Gutachten von 2018 ergibt sich (unter anderem) Folgendes (BVGer act. 19, Beilage):

4.1.1 Dr. B. _____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, führte im Gutachten vom 4. April 2018 aus, auf psychiatrischem Gebiet liege keine krankhafte Störung vor. Der Versicherte sei nach eigener Angabe noch nie in nervenärztlicher Behandlung gewesen und er habe nie an Nervenkrankheiten gelitten. Der psychopathologische Querschnittsbefund sei völlig unauffällig. Auch auf neurologischem Gebiet lasse sich keine Krankheit oder Funktionsstörung feststellen. Der Versicherte sei in der Lage, täglich acht Stunden ohne längere als die üblichen Unterbrechungen zu arbeiten. Dr. B. _____ beschrieb den psychischen Befund mit «bewusstseinsklar, allseits orientiert, keine Beeinträchtigung von Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration, das Kurz- und Altzeitgedächtnis nicht eingeschränkt, ausgeglichene Stimmungs- und Antriebslage ohne Hinweise für ein depressives Achsensyndrom, wirkt emotional gut schwingungsfähig. Keine Symptome im Sinne von Halluzinationen oder Wahnideen. Völlig unauffällige Psychopathologie» (BVGer act. 19, Beilage 12).

4.1.2 Dr. C. _____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, führte im Gutachten vom 9. April 2018 aus, ein arteriosklerotisch bedingter Gefässverschluss der linken Kranzarterie sei (im Februar 2014) aufgedehnt und mit mehreren Stents versorgt worden. Leider sei einige Monate später im Mai 2014 ein Verschluss dieses behandelten Gefässes festgestellt worden. Aufgrund der Gesamtkonstellation sei beschlossen worden, dass Gefäss in diesem Zustand zu belassen. Daher bestehe eine Durchblutungsstörung an der seitlichen Herzwand. Dadurch komme es zum Auftreten von Herzrhythmusstörungen. Aufgrund von potenziell lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen (Kammertachykardie) habe man sich im Mai 2014 letztlich zur Implantation eines Cardioverters / Defibrillators entschlossen. Bei weiteren Nachkontrollen des Implantats habe aus dem Speicher des Geräts herausgelesen werden können, dass immer wieder Rhythmusstörungen auftreten und vom Gerät (durch Abgabe eines Schocks) behandelt würden. Die Pumpleistung der linken Herzkammer sei im Grossen und Ganzen zufriedenstellend. Die Leistungsfähigkeit am Fahrrad-Ergometer sei mit 63 % des Tabellensollwerts eingeschränkt. Subjektiv werde ein Engegefühl und Atemnot bei körperlichen Anstrengungen sowie fallweise ein Schwindelgefühl angegeben. Das Schwindelgefühl sei vermutlich durch die beschriebenen, immer wieder auftretenden Rhythmusstörungen bedingt. Das Beschwerdebild mit Schwindelgefühl und Angina pectoris bei grösserer Anstrengung sei aufgrund der vorliegenden Befunde glaubhaft nachvollziehbar. Das kardiovaskuläre Risikoprofil werde medikamentös

behandelt. Dr. C. _____ erachtete den Versicherten in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit als vollzeitlich einsetzbar (BVGer act. 19, Beilage 10; vgl. auch BVGer act. 19, Beilage 8).

4.1.3 Dr. D. _____, Facharzt für Orthopädie, führte im Gesamtgutachten vom 17. Juli 2018 aus, auf orthopädischem Gebiet bestehe nur eine lokale Knorpelfissur (Knorpelriss) an den einander zugewandten innenseitigen knorpeligen Gleitflächen der rechten Kniescheibe und des Oberschenkels. In den Knieröntgenaufnahmen finde sich zwar eine leichte Verschmälerung der innenseitigen Gelenkspalten. In den MRT's beider Knie, die nach kurzfristigem Abschalten des Defibrillators unter kardiologischer Kontrolle am LKH E. _____ durchgeführt worden seien, finde sich dort aber keine Knorpelabnützung und somit auch keine Arthrose. Relevante andere orthopädische Erkrankungen hätten nicht festgestellt werden können. Summarisch führe die Knorpelabnützung nur zu einer geringen funktionellen Einschränkung (BVGer act. 19, Beilage 11; vgl. auch BVGer act. 19, Beilage 9).

4.1.4 Dr. D. _____, der im Gesamtgutachten vom 17. Juli 2018 auch die Gutachten des Psychiaters und Neurologen Dr. B. _____ und des Internisten und Kardiologen Dr. C. _____ mitberücksichtigte, erachtete folgende Arbeiten als zumutbar: «Körperlich leichte Arbeiten. Arbeiten überwiegend im Sitzen, fallweise aber auch im Gehen und Stehen. Arbeiten in geschlossenen Räumen. Acht Stunden ohne längere als die üblichen Unterbrechungen.» Aus orthopädischer Sicht müssten insbesondere belastende Tätigkeiten des rechten Kniescheibengelenks, wie sie beim Heben schwerer Gegenstände aus unter Kniehöhe und bei Arbeiten im Knien vorkommen würden, vermieden werden. Sehr häufiges Treppensteigen und die repetitive Betätigung schwergängiger Fusshebel und ähnlicher Vorrichtungen seien zu vermeiden. Aus internistischer Sicht seien häufiges Bücken, häufiges Treppensteigen und Arbeiten auf Leitern und Gerüsten oder an anderweitig exponierten Arbeitsplätzen zu vermeiden. Um ernsthaften Verletzungsfolgen im Falle einer Herzrhythmusstörung oder eines Schwindelanfalls vorzubeugen, seien Arbeiten im Sitzen vorzuziehen. «Keine Arbeiten an offenen, schnell laufenden Maschinen. Keine Arbeiten, die mit dem Lenken eines Kraftfahrzeugs oder eines Staplers verbunden sind. Keine Arbeiten in der Nähe von starken Magnetfeldern (grosse Elektromotoren, Turbinen, Kraftwerke).» Es seien nur noch Arbeiten mit durchschnittlichem Zeitdruck zumutbar. Der Weg zur Arbeitsstätte sollte nicht bergan führen. Ein öffentliches Verkehrsmittel könne benützt werden. Tagespendeln sei möglich (BVGer act. 19, Beilage 11).

4.2 Das Gesamtgutachten des Orthopäden Dr. D. _____ vom 17. Juli 2018, das im Auftrag des Landesgerichts E. _____ erstellt wurde und – wie erwähnt – die Gutachten des Psychiaters und Neurologen Dr. B. _____ und des Internisten und Kardiologen Dr. C. _____ mitberücksichtigt, ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf dessen fachärztlicher Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation ein und enthält Schlussfolgerungen, die von ausgewiesenen Experten begründet sind. Das Gesamtgutachten des Orthopäden Dr. D. _____ ist – ebenso wie die Gutachten des Psychiaters und Neurologen Dr. B. _____ und des Internisten und Kardiologen Dr. C. _____ – beweiskräftig.

4.3 Hinzu kommt, dass der Internist Dr. F. _____ dem Versicherten im Gesamtgutachten vom 10. September 2020 wiederum ein vollschichtig verwertbares, körperlich leicht bis mittelschweres Fähigkeitsprofil attestierte. Dr. F. _____ führte aus, der Versicherte präsentiere sich in einem guten Allgemeinzustand. Bei bekannter kardialer Vorgeschichte mit vorbeschriebener ischämischer Kardiomyopathie, ventrikulärer Tachykardie und sekundär prophylaktischer ICD-Implantation im Mai 2014 und inappropriater Schockabgabe (zuletzt) 2017 sei die letzte kardiale Kontrolle laut den vorliegenden Befunden im Januar 2020 bei Dr. G. _____ erfolgt. Hier sei ergometrisch eine recht gute Belastbarkeit bis 150 Watt dokumentiert, ohne Anhalt für eine Myokardischämie. In der Echokardiographie sei weiterhin eine gering eingeschränkte systolische Linksventrikelfunktion bei regionalen Wandbewegungsstörungen beschrieben. Die Beschwerdesymptomatik sei als thorakovertebrales Schmerzsyndrom interpretierbar. Das breite kardiovaskuläre Risikoprofil sei zum Teil medikamentös therapiert. Der Nikotinabusus sei angeblich seit vier Monaten sistiert. Klinisch könne ein unauffälliger kardiopulmonaler Status erhoben werden. Der Bewegungs- und Stützapparat weise klinisch keine wesentliche Funktionseinbußen auf. Laut Anamnese stehe der Versicherte in nervenfachärztlicher Behandlung. Eine antidepressive Medikation sei etabliert. Ein Befund liege nicht vor. Bei der sozialrechtlichen Begutachtung (durch den Psychiater und Neurologen Dr. B. _____ am 29. März) 2018 sei ein unauffälliger Befund erhoben worden. Aktuell stehe der Versicherte einer allfälligen psychovegetativen Dekompensation nicht erkennbar nahe. «Somit Verzicht auf die Einleitung eines zusätzlichen psychiatrischen Fachgutachtens» (BVGer act. 19, Beilage 2).

4.4 Damit ist festzuhalten, dass sämtliche drei bzw. fünf Begutachtungen des Versicherten 2017, 2018 und 2020 stets eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ergaben. Der ausführliche vertrauensärztliche Bericht vom 15. Dezember 2017 (act. 42) und das Gesamtgutachten des Internisten Dr. F. _____ vom 10. September 2020 kommen im Wesentlichen zu einem vergleichbaren Ergebnis und unterstreichen beide die Aussage, die Dr. D. _____ im beweiswertigen Gesamtgutachten vom 17. Juli 2018 traf (BVGer act. 19, Beilage 11). Dies gilt in gleicher Weise für die beiden nachvollziehbaren Stellungnahmen der RAD-Internistin von 2018 (act. 77; BVGer act. 14, Beilage). In der Gesamtschau ergibt sich mit Blick auf Gesundheitszustand und Leistungsvermögen ein stimmiges Bild ohne gravierende Widersprüche oder Ungereimtheiten.

4.5 Der Beschwerdeführer vermag seinerseits keine konkreten Indizien zu benennen, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen würden. Die von ihm erbetene Begutachtung in den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie und Orthopädie fand – notabene mit seinem Wissen – 2018 in Österreich bereits statt. Eine anhaltende, volle Arbeitsunfähigkeit für adaptierte Verweistätigkeiten ist für den Zeitraum vom 5. September 2014 bis zum 19. Juni 2018 (Datum der angefochtenen Verfügung) in den medizinischen Unterlagen nirgendwo nachvollziehbar dokumentiert. Die Behauptung des Versicherten, er sei als 100 % invalid anzusehen, findet in den Akten keine Stütze.

4.6 Selbst die behandelnde Psychiaterin Dr. H. _____ berichtete am 23. August 2018 nicht von einer eigentlichen Arbeitsunfähigkeit. Sie führte lediglich aus, der Versicherte sei im psychosozialen Alltag bedingt belastbar. Eine berufliche Reintegration schein derzeit nicht als sinnvoll und zweckmässig. Nach ausreichender Besserung und bei anhaltender Stabilität sei eine Reevaluation bzw. eine langsame Eingliederung in den beruflichen Alltag möglich (BVGer act. 12, Beilage 4). Die betreffende Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin, in der von einer Angststörung und einer affektiven Störung, nicht aber von einer Depression die Rede ist, vermag das Gutachten von Dr. B. _____ vom 4. April 2018 nicht in Zweifel zu ziehen (BVGer act. 19, Beilage 12). Ein psychiatrisches Beschwerdebild mit einem massiven, invalidisierenden Krankheitswert ist damit nicht ausgewiesen. Eine Psychotherapie und eine Behandlung mit Psychopharmaka bewirken alleine noch keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. zudem die RAD-Stellungnahme in BVGer act. 14, Beilage). Wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Facharztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten ist es

nicht geboten, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen als die Gutachter. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des BGer 9C_559/2012 vom 27. November 2012 E. 4.2 mit Hinweis auf 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.4). Hier ist solches nicht gegeben. Auffallend ist ferner, dass anlässlich der Begutachtung durch den Internisten Dr. F._____ am 7. September 2020 kein aktueller Befund von Dr. H._____ vorlag, wobei hierfür kein Grund genannt wurde (BVGer act. 19, Beilage 2). Der weitere Verlauf der psychiatrischen Behandlung konnte daher nicht nachverfolgt werden. Bei der Untersuchung durch den Internisten Dr. F._____ präsentierte sich der Versicherte indessen in einem guten Allgemeinzustand und stand einer allfälligen psychovegetativen Dekompensation nicht erkennbar nahe. Der Verzicht auf die Einleitung eines zusätzlichen psychiatrischen Fachgutachtens ist daher nachvollziehbar und begründet.

4.7 Die objektive Beweislast beurteilt sich nach dem materiellen Recht und damit unabhängig davon, ob der Untersuchungs- oder Verhandlungsgrundsatz gilt. Der vor der IV-Stelle geltende Untersuchungsgrundsatz ändert demnach nichts an der objektiven Beweislast: Ergibt die Beweiswürdigung, dass für eine rechtserhebliche Tatsache der Beweis nicht erbracht ist, trägt die beweisbelastete Partei die Folgen der Beweislosigkeit (BGE 115 V 44 E. 2b; BGE 117 V 264 E. 3b). Dies bedeutet, dass für rechtserzeugende oder anspruchsbegründende Tatsachen diejenige Person die Folgen der Beweislosigkeit trägt, die das Recht geltend macht. Dies ist im IV-Verfahren in der Regel die versicherte Person. Ergibt die Beweiswürdigung wie im vorliegenden Fall, dass mit Bezug auf eine adaptierte Verweistätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist, hat die versicherte Person, welche einen Rentenanspruch geltend gemacht hat, die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, S. 292, Rz. 1536 ff.). Im Ergebnis hat der Beschwerdeführer in einer adaptierten, körperlich leichten Verweistätigkeit, wie sie von Dr. D._____ im Detail beschrieben wurde, als uneingeschränkt arbeitsfähig zu gelten. Diese Einschätzung beansprucht gemäss den internistischen RAD-Stellungnahmen seit 5. September 2014 Geltung (act. 77; BVGer act. 14, Beilage).

4.8 Eine weitere Abklärung, wie die Veranlassung einer polydisziplinären Begutachtung direkt durch das Bundesverwaltungsgericht oder die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Durchführung der entsprechenden Abklärung, erübrigt sich in Anbetracht der aktenkundigen, beweiskräftigen, medizinischen Unterlagen. Wenn die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen - wie im vorliegenden Fall - bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung führen, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist in antizipierter Beweiswürdigung auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (vgl. UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; 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). Im Übrigen ist der Versicherte vor dem Hintergrund der Schadenminderungspflicht auf zumutbare Massnahmen zur Verbesserung seines Gesundheitszustands hinzuweisen. Ärztlich empfohlen sind namentlich eine Gewichtsreduktion und eine Nikotinabstinenz sowie die Fortführung der ambulanten kardialen Rehabilitation. Gemäss der RAD-Internistin kann der Versicherte bei konsequentem Umsetzen der instruierten Verhaltensweisen einen wichtigen Beitrag zu seiner Gesundheit leisten (act. 42; BVGer act. 14, Beilage).

4.9 Im Bereich der Invalidenversicherung gilt die Fiktion des ausgeglichenen Arbeitsmarkts. Dabei handelt es sich um einen theoretischen und abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsanspruch der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Stellenangebot und der Nachfrage. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten. Für die Bemessung der Invalidität ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (vgl. BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 Seite 320 E. 3b und AHI 1998 S. 291 E. 2b).

4.10 An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind keine übermässigen Anforderungen zu stellen (vgl. dazu im Einzelnen SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C_830/2007 E. 5.1). Eine Begutachtung durch eine Fachperson in Berufskunde ist daher nicht erforderlich. Unter Berücksichtigung eines ausgeglichenen Arbeitsmarkts ist ohne Weiteres davon auszugehen, dass der Versicherte seine Arbeitsfähigkeit vollschichtig verwerten kann, sodass ihm ein hypothetisches Invalideneinkommen anzurechnen ist. Trotz der gesundheitlichen Probleme stehen ihm namentlich im Handel und im Bürobereich körperlich leichte, unqualifizierte Verweistätigkeiten offen (vgl. die RAD-Stellungnahme in act. 77).

4.11 Die liechtensteinische Invalidenversicherung lehnte mit der (hier nicht zu prüfenden) Verfügung vom 22. März 2018 einen Anspruch auf eine Invalidenrente ab, nachdem sie im Rahmen eines Einkommensvergleichs einen Invaliditätsgrad von 0 % eruiert hatte (act. 76). Für das Valideneinkommen berücksichtigte sie (ebenso wie für das Invalideneinkommen) einen Betrag von Fr. 67'226.-, obschon sich das letzte tatsächlich erzielte Einkommen des Versicherten als Produktionsmitarbeiter 2016 nur gerade auf jährlich Fr. 46'800.- belief (act. 17). Das letzte auf dem Arbeitsmarkt regulär erzielte Einkommen lag demnach mehr als Fr. 20'000.- unter dem Tabellenlohn für eine einfache Tätigkeit körperlicher oder handwerklicher Art. Dessen ungeachtet ist aber erstellt, dass der minimale rentenbegründende Invaliditätsgrad von 40 % jedenfalls klar verfehlt wird, wenn das Invalideneinkommen ausgehend von der schweizerischen Lohnstrukturerhebung zu bemessen ist, was im vorliegenden Fall zutrifft, nachdem der Versicherte keine neue Beschäftigung angenommen hat. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Beschwerde als unbegründet erweist, weshalb sie abgewiesen wird. Die angefochtene Verfügung vom 19. Juni 2018 ist nicht zu beanstanden.

6.

6.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 800.– festzusetzenden Verfahrens-

kosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden (BVGer act. 6).

6.2 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). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 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 abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Michael Peterli

Lukas Schobinger

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). 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 (Art. 42 BGG).

Versand: