



Urteil vom 23. Januar 2023

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richter Michael Peterli, Richter Beat Weber,
Gerichtsschreiberin Rahel Schöb.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch;
(Verfügung vom 11. August 2020).

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1959 geborene, verheiratete, in seinem Heimatland wohnhafte deutsche Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist gelernter Gas-Wasser-Installateur, arbeitete von 1999 bis 2004 in der Schweiz und entrichtete dabei Beiträge an die schweizerische obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der Vorinstanz gemäss Aktenverzeichnis vom 26. Februar 2021 [nachfolgend: IVSTA-act.] 10; 17; 47; 48; 62; 64; 71). Zuletzt war er für die B. _____ GmbH & Co. KG (nachfolgend: Arbeitgeber) als Schlosser und Installateur tätig (IVSTA-act. 17; 44; 51). Der Arbeitsvertrag wurde von Seiten des Arbeitgebers per 2. November 2018 aufgelöst (IVSTA-act. 44, S. 2; 46, S. 2; 51; letzter effektiver Arbeitstag: 5. Oktober 2018, vgl. IVSTA-act. 46, S. 2). Seither ging der Versicherte keiner Erwerbstätigkeit mehr nach (IVSTA-act. 4, S. 2 und 6; 10, S. 2).

B.

B.a Der Versicherte meldete sich am 26. Juni 2019 unter Hinweis auf eine Herzschwäche, Atemnot sowie Beschwerden im Zusammenhang mit den Nieren und der Blase über den deutschen Rentenversicherungsträger zum Bezug einer Leistung der schweizerischen Invalidenversicherung an (Formular E 204 [DE]; IVSTA-act. 10, S. 9) und legte seinem Gesuch diverse medizinische Unterlagen bei (IVSTA-act. 4-9). Die deutsche Rentenversicherung liess das Gesuch am 21. November 2019 der Invalidenversicherungsstelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) zukommen (IVSTA-act. 2).

B.b Die IVSTA führte in der Folge Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht durch (IVSTA-act. 17-39; 44; 49-51) und holte insbesondere eine Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) ein. Die RAD-Ärztin Dr. C. _____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, Gutachterin SIM, hielt in ihrer ärztlichen Stellungnahme vom 6. April 2020 fest, es sei von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in dessen zuletzt ausgeübter Tätigkeit als Schlosser ab dem 8. Oktober 2018 auszugehen. In einer angepassten Verweistätigkeit ohne Bücken, Knien oder Hocken, ohne repetitives Heben von Gewichten über 10 kg, ohne Klettern auf Leitern oder Gerüsten, ohne Treppensteigen, ohne Gehen in unebenem Gelände sowie ohne längere Gehstrecken, unter Vermeidung von Stress, Kälte, Hitze, Schlechtwetter, Wechselschicht und Nachtarbeit, bestehe ab

dem 8. Oktober 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, ab dem 3. April 2019 von 50 %, sowie ab Oktober 2019 von 40 % (IVSTA-act. 52).

B.c Mit Vorbescheid vom 8. Mai 2020 stellte die IVSTA dem Versicherten, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 47 %, die Ausrichtung einer Viertelsrente ab dem 1. Dezember 2019 in Aussicht (IVSTA-act. 56; 57).

B.d Hiergegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingaben vom 22. Mai 2020 und 29. Juni 2020 (jeweils Datum Postaufgabe) Einwand und führte zur Begründung im Wesentlichen aus, er leide aufgrund von Nierenproblemen und einer Herzschwäche unter Belastungsluftnot, Schwindel, Müdigkeit, körperlicher Schwäche, Harnstauungen, Gleichgewichtsproblemen sowie Seh- und Hörbeeinträchtigungen. Aufgrund dieser Gesundheitsprobleme sei er seit Oktober 2018 ohne Unterbruch zu 100 % arbeitsunfähig und zu 70 % invalid (IVSTA-act. 58; 65).

B.e Die IVSTA holte eine weitere Stellungnahme des RAD ein (IVSTA-act. 67): In ihrem medizinischen Bericht vom 21. Juli 2020 erläuterte Dr. C. _____, dass der Versicherte weder neue medizinische Unterlagen vorgelegt noch medizinische Gründe geltend gemacht habe, weshalb ihre Stellungnahme vom 6. April 2020 (vgl. IVSTA-act. 52) weiterhin Gültigkeit besitze (IVSTA-act. 68).

B.f Am 11. August 2020 erliess die IVSTA eine ihrem Vorbescheid vom 8. Mai 2020 entsprechende Verfügung (IVSTA-act. 70; 74).

C.

Hiergegen reichte der Beschwerdeführer eine mit «allfälliger Beschwerde» bezeichnete Eingabe vom 1. September 2020 (Datum Poststempel) beim Bundesverwaltungsgericht ein und führte aus, dass ein Entscheid der Schweizer Behörden über die Höhe seines Invaliditätsgrades erst nach dem Erlass des Urteils des deutschen Sozialgerichts getroffen werden könne (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-act.] 1).

D.

Mit Zwischenverfügung vom 19. November 2020 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Nichteintreten auf die Beschwerde) aufgefordert zu erklären, ob er vor Bundesverwaltungsgericht Beschwerde gegen die Verfügung vom 11. August 2020 erheben wolle (Dispositiv-Ziffern 1 und 2) sowie für den Fall, dass er Beschwerde führen wolle, Rechtsbegehren zu stellen und die Beschwerde zu begründen ([Dispositiv-Ziffern 3 und 4]; BVGer-act. 2). Der Beschwerdeführer reichte mit

Eingabe vom 25. November 2020 eine entsprechende Beschwerdeverbesserung ein und beantragte im Wesentlichen, die Verfügung der IVSTA vom 11. August 2020 sei aufzuheben und es sei ihm bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (BVGer-act. 3).

E.

Mit Zwischenverfügungen vom 2. Dezember 2020 und 6. Januar 2021 (BVGer-act. 4 und 7) wurde der Beschwerdeführer aufgefordert, innert Frist einen Kostenvorschuss von Fr. 800.– in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten, ansonsten auf die Beschwerde nicht eingetreten werde. Dieser Aufforderung kam der Beschwerdeführer nach, indem er fristgemäss einen Betrag von insgesamt Fr. 808.41 zugunsten der Gerichtskasse überwies (BVGer-act. 6 und 9).

F.

Mit Vernehmlassung vom 1. März 2021 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 11).

G.

In seiner Replik vom 23. März 2021 hielt der Beschwerdeführer sinngemäss an seiner Beschwerde fest und wiederholte im Wesentlichen die bereits in der Beschwerdeverbesserung gemachten Ausführungen (BVGer-act. 13).

H.

In ihrer Duplik vom 12. April 2021 verwies die Vorinstanz vollumfänglich auf ihre Vernehmlassung vom 1. März 2021 und die darin gestellten Anträge (BVGer-act. 15).

I.

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. April 2021 schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel – vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen – ab (BVGer-act. 16).

J.

Am 28. Juli 2021 wurde dem Beschwerdeführer mit Blick auf eine allenfalls drohende reformatio in peius Gelegenheit gegeben, Stellung zu nehmen zur möglichen Rückweisung an die Vorinstanz oder die Beschwerde allenfalls zurückzuziehen (BVGer-act. 17). Der Beschwerdeführer liess sich hierzu nicht vernehmen (BVGer-act. 18).

K.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

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

1.1 Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VVG]). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1; zu verfahrensrechtlichen Neuerungen vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.2, zu den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2) vorbehalten.

1.3 Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 69 Abs. 1^{bis} und 2 IVG i.V.m. Art. 63 Abs. 4 VwVG; BVGer-act. 6 und 9), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. 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 Invalidität 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).

3.

3.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung der IVSTA vom 11. August 2020, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2019 eine unbefristete Viertelsrente zugesprochen hat. Aufgrund der Rechtsbegehren streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

3.2 Vorab ist anzumerken, dass die eventuelle Rentenberechtigung des Beschwerdeführers in Deutschland vorliegend nicht massgeblich ist. Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist (vgl. auch Urteil des BVGer C-1905/2020 vom 6. Juli 2021 E. 3.3; vgl. E. 2 hiervor).

4.

4.1 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). Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG).

4.2 Das Verwaltungs- sowie das erstinstanzliche sozialversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 Bst. c ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl.

BGE 138 V 218 E. 6; 137 V 210 E. 1.2.1; 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 141 V 405 E. 4.4; 138 V 218 E. 6).

4.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 11. August 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen).

4.4 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 und BGE 144 V 210 E. 4.3.1), weshalb jene materiellrechtlichen Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 11. August 2020 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.

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535 ff.) sowie die Änderungen der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV [SR 831.201]) vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Da die angefochtene Verfügung vom 11. August 2020 (IV-STA-act. 70; 74) vor dem Inkrafttreten der Änderungen des IVG und des ATSG vom 19. Juni 2020 sowie der IVV vom 3. November 2021 datiert, beurteilen sich die Ansprüche des Beschwerdeführers gegenüber der IV entsprechend nach dem IVG und der IVV (jeweils Stand am 1. Januar 2020) sowie dem ATSG und der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV [SR 830.11]);

jeweils Stand am 1. Oktober 2019). Die entsprechenden Bestimmungen werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert.

5.

5.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG sowie nachfolgend E. 5.2) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, wobei die Beitragszeit in der Schweiz aber mindestens ein Jahr betragen muss (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. Rz. 3005 des Kreis Schreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSBIL, gültig ab 4. April 2016, Stand: 1. Januar 2020]; BGE 131 V 390).

Der Aufstellung der für die Rentenberechnung berücksichtigten Versicherungszeiten und Einkommen in der Verfügung vom 11. August 2020 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer während 5 Jahren und 11 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet hat (vgl. IVSTA-act. 70 und 74 = BVGer-act. 1 Beilage 1; vgl. auch IVSTA-act. 48; 72). Entsprechend ist die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt.

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

5.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt.

Der Versicherte meldete sich am 26. Juni 2019 (vgl. IVSTA-act. 10) über den deutschen Versicherungsträger zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Demnach könnte dem Beschwerdeführer frühestens ab 1. Dezember 2019 unter der Bedingung, dass die materiellen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, eine IV-Rente ausgerichtet werden.

5.4 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). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

5.5

5.5.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt 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 arbeitsunfähig ist.

5.5.2 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren

ren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Da die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich sind (vgl. E. 3.2), unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteil des BVGer C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

5.5.3 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 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).

5.5.4 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des BGer 8C_56/2013 vom 16. Juli 2013 E. 2).

5.5.5 Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit

Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

6.

Zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. August 2020 im Wesentlichen Folgendes entnehmen (in chronologischer Reihenfolge):

6.1 Aus dem unvollständigen Bericht vom 27. Juni 2015 der Klinik D._____, Klinik für Urologie und Kinderurologie, ohne Angaben zur erstellenden Person, betreffend den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 23.-25. Juni 2015 geht hervor, dass am 24. Juni eine transurethrale Resektion der Prostata (TURP) 12 g durchgeführt wurde. Im Weiteren nennt der Bericht folgende Diagnosen (IVSTA-act. 6 = 20 = 30, jeweils nur S. 1 in den Vorakten):

- HDK (Harnblasendauerkatheter)-pflichtige Blasenentleerungsstörung bei benigner Prostatahyperplasie (BPH; [ICD-10: N40])
- Linksherzinsuffizienz
- Arterielle Hypertonie
- Verdacht auf koronare Herzkrankheit (KHK)
- Mittelgradig eingeschränkte linksventrikuläre (LV)-Funktion
- Zustand nach Harnstauungsniere beidseits
- Schrumpfniere rechts
- Refluxostien

- Chronische Niereninsuffizienz im Stadium II

6.2 Dem Entlassungsbericht der Klinik D._____, Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin, vom 12. Oktober 2018, unterzeichnet von Dr. med. E._____, Chefarzt, Facharzt für Kardiologie und internistische Intensivmedizin, F._____, Oberärztin, Facharzttitel unbekannt, und G._____, Arzt in Weiterbildung, Facharzttitel unbekannt, betreffend den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 8.-12. Oktober 2018 sind nachfolgende Diagnosen zu entnehmen (IVSTA-act. 21 [unvollständig] = 29 [unvollständig] = 38):

- Kardiale Dekompensation bei dilatativer Kardiomyopathie (DCM) mit mittelgradig eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF; aktuell 34 %)
- Leichtgradige Mitralklappeninsuffizienz (MI), leichtgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz (TI)
- Arterielle Hypertonie
- Zustand nach Ausschluss KHK Juli 2015
- Chronische Niereninsuffizienz, Stadium III, aktuell glomeruläre Filtrationsrate (GFR) 56 ml/min,
- Schrumpfniere rechts

Die stationäre Aufnahme sei bei kardialer Dekompensation bei bekannter dilatativer Kardiomyopathie erfolgt. Die Herzinsuffizienztherapie habe der Beschwerdeführer selbst abgesetzt. Echokardiographisch wurde am 9. Oktober 2018 eine transthorakale Echokardiografie (TTE) durchgeführt, wobei sich beim linken Herz eine schwere globale Hypokinese, eine mittelgradig eingeschränkte systolische linksventrikuläre (LV) Funktion (Ejektionsfraktion [EF] Biplan: 34 %), eine diffuse Hypokinese, eine rollende Herzspitze, eine Relaxionsstörung der diastolischen LV-Funktion (Schwefregrad 1), keine LV-Hypertrophie, eine LV leichtgradig dilatiert nach linksventrikulärem enddiastolischem Diameter (LVDD) und linkem Herzvorhof (LA; engl. left atrium) mittelgradig dilatiert nach Fläche gezeigt hätten. Die Mitralklappe sei leichtgradig insuffizient (I. Grad), ebenso die Trikuspidalklappe. Das rechte Herz zeige eine leichtgradige Dilatation des rechten Herzvorhofs (RA; engl. right atrium) nach Fläche, keine Hypertrophie und eine eingeschränkte systolische Funktion, TAPSE (engl. tricuspid annular plane systolic excursion) 15 mm. Die Aortawurzel sei normal, es bestehe kein Perikarderguss.

Man habe die kardiale Dekompensation im Rahmen der dilatativen Kardiomyopathie bei mittelgradig eingeschränkter EF gesehen und mit erneuter Herzinsuffizienztherapie begonnen, unter welcher es zu einer negativen Bilanzierung gekommen sei. Der Beschwerdeführer habe über eine Besserung der Belastbarkeit berichtet. Es werden die ambulante klinische und paraklinische Kontrolle (Retentionsparameter sowie Elektrolyte) sowie die weitere Optimierung der Herzinsuffizienztherapie empfohlen. Eine Spirolactontherapie habe bei eingeschränkten Retentionsparametern nicht begonnen werden können. Als Prophylaxe des plötzlichen Herztodes bei LVEF von 34 % habe man den Versicherten mit einer Life Vest versorgt. Es wird folgende medikamentöse Therapie genannt: Torem 10 Tabletten, 2 x täglich (Schleifendiuretikum indiziert zur Behandlung und Vorbeugung des Wiederauftretens kardialer Ödeme und/oder Ergüsse aufgrund einer Herzinsuffizienz; vgl. <<https://compendium.ch/product/75260-torem-tabl-2-5-mg/mpro>>, abgerufen am 10. Januar 2023), MetoHEXAL Succ 23,75 mg, 2 x 2 täglich (Kombinationspräparat mit den Wirkstoffen Metoprolol und Hydrochlorothiazid indiziert zur Behandlung bei stabiler chronischer gering bis mässig ausgeprägter Herzinsuffizienz mit eingeschränkter linksventrikulärer Funktion [EF ≤ 40 %] – zusätzlich zur üblichen Standardtherapie mit ACE-Hemmern und Diuretika und bei Bedarf Herzglykosiden; vgl. <https://www.hexal.biz/praeparate/dokumente/fi-51014371_spc_it-1645462619.pdf>, abgerufen am 10. Januar 2023), Amlodipin HEXAL 5 mg, 1 x täglich (Kalziumantagonist indiziert zur Behandlung von Hypertonie, Angina pectoris oder der vasospastischen (Prinzmetal-) Angina; vgl. <https://www.hexal.biz/praeparate/dokumente/gi/46314075_165x594_LF_Bliester_IT.pdf>, abgerufen am 10. Januar 2023), Delix 2,5 mg, 2 x 2 täglich (enthält den Wirkstoff Ramipril, ein ACE-Hemmer, indiziert zur Behandlung von Hypertonie, zur Prophylaxe eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls, zur Prophylaxe oder Verlangsamung des Fortschreitens von Nierenfunktionsstörungen, zur Behandlung von Herzinsuffizienz, zur Behandlung im Anschluss an einen Myokardinfarkt mit der Komplikation einer Herzinsuffizienz; vgl. <<https://www.apotheken-umschau.de/medikamente/beipackzettel/delix-25-mg-tabletten-1097941.html?file=89e4448b3e38a7b63deede0ab706a9e4>>, abgerufen am 10. Januar 2023), Nitrolingual akut Spray, nach Bedarf 1 Hub je Einnahme unter der Bedingung eines Blutdrucks (RR) von > 180 mmHG systolisch (Präparat ausser Handel; Vasodilatator mit dem Wirkstoff Glyceroltrinitrat, indiziert zur Behandlung bei akuter Angina pectoris, Prophylaxe der Angina pectoris, bei akutem Herzinfarkt, bei akuter Linksherzinsuffizienz sowie bei katheterinduzierten Verengungen der Herzkranzgefässe während einer Herzkatheteruntersuchung; vgl.

<<https://www.shop-apotheke.com/arzneimittel/827981/nitrolingual-akut-spray-23-2-voll-alkohol.htm>>, abgerufen am 10. Januar 2023).

6.3 Dem Echokardiographie-Befund des Klinikum D. _____ vom 4. Dezember 2018 ist zu entnehmen, dass eine TTE durch Dr. H. _____, Facharzttitel unbekannt, durchgeführt wurde. Beim linken Herz sei die systolische LV-Funktion mittelgradig eingeschränkt (EF Biplan: 38 %) bei diffuser Hypokinesie, grenzwertige diastolische Funktion des LV, keine Hypertrophie (IVSd: 11.1 mm), keine LV-Dilatation nach LVDD, LA leichtgradig dilatiert nach Fläche. Das rechte Herz zeige keine Hypertrophie und eine normale systolische Funktion. Die Beurteilung sei aktuell ausserhalb einer ICD-Indikation, es seien langfristige Echokardiographische Verlaufskontrollen nötig (IVSTA-act. 8 [unvollständig] = 22 [unvollständig] = 32 [unvollständig] = 39 [unvollständig]).

Dem entspricht der Echokardiographie-Befund vom 7. Dezember 2018 (IVSTA-act. 8 = 39, S. 1).

6.4 Aus dem Medikationsplan vom 4. Dezember 2018, ausgedruckt durch die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. I. _____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, geht eine medikamentöse Therapie mit Nitrolingual akut Spray (23.2 Vol.-% Alkoholgehalt), nach Bedarf, unter der Bedingung eines Blutdrucks (RR) von > 180 mmHG systolisch, Torasemid AbZ 10 mg, 2 x täglich (Schleifendiuretikum indiziert zur Behandlung von Ödemen aufgrund einer kongestiven Herzinsuffizienz; vgl. <<https://www.abz.de/assets/products/de/label/Torasemid%20AbZ%205%20mg10%20mg%20Tabletten%20-%205.pdf?pzn=2416130>>, abgerufen am 10. Januar 2023), MetoHEXAL Succ 47.5 mg, 2 x täglich (Betarezeptorenblocker indiziert zur Behandlung bei Hypertonie, Angina pectoris, tachykarde Arrhythmien, Erhaltungstherapie nach Herzinfarkt, hyperkinetisches Herzsyndrom, Migräneprophylaxe, stabile chronische gering bis mässig ausgeprägte Herzinsuffizienz mit eingeschränkter linksventrikulärer Funktion [EF ≤ 40 %] – zusätzlich zur üblichen Standardtherapie mit ACE-Hemmern und Diuretika und bei Bedarf Herzglykosiden; vgl. <https://www.hexal.biz/paeparate/dokumente/fi/fi-51014371_spc_it-1645_462619.pdf>, abgerufen am 10. Januar 2023), Amlodipin AAA 5 mg, 1 x täglich, Entresto 24/26 mg, 2 x täglich (Anmerkung des Gerichts: handschriftlich eingefügt; Kombinationspräparat: Angiotensin-Rezeptor-Hemmer mit Nephilysin-Hemmer, indiziert zur Reduktion des Risikos der kardiovaskulären Mortalität und Morbidität bei erwachsenen Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz [NYHA-Klasse II-IV, LVEF ≤40%]; <[Seite 14](https://compendium.ch/product/1305394-entresto-</p>
</div>
<div data-bbox=)

filmtabl-50-mg/mpro>, abgerufen am 10. Januar 2023) (IVSTA-act. 39, S. 3).

6.5 Dr. med. J. _____, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Ernährungsmedizin und Sportkardiologie, hielt in seinem Bericht vom 7. Februar 2019 fest, das Ruhe-Elektro-Kardiogramm (EKG) zeige einen Sinus-Rhythmus (SR). Es sei ein Blutdruck (RR) von 144/80 mmHg gemessen worden. Im Rahmen der Echokardiographie habe sich eine linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) von 39 % bei allgemeiner Hypokinesie, Zeichen der diastolischen Funktionsstörung gezeigt. Es wird die Intensivierung der medikamentösen Therapie der Herzinsuffizienz empfohlen. Dem Versicherten wurde 24/26 mg Entresto, 2 x täglich, verschrieben (IVSTA-act. 7 = 19 = 31).

6.6 In seinem Bericht vom 3. April 2019 zur Kontrolluntersuchung stellte der Kardiologe Dr. med. J. _____ eine Befundbesserung bei LVEF von 44 % fest. Der Versicherte klagte weiter über Luftnot. Es werde eine elektive Kontrolle in ca. sechs Monaten geplant. Dr. med. J. _____ führt aus, dass das Arbeiten im alten Beruf sicher problematisch sei (IVSTA-act. 18).

6.7 Dem vorläufigen Entlassungsbericht der Klinik K. _____ vom 24. September 2019 zuhanden der Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. I. _____, betreffend den stationären Aufenthalt vom 5.-26. September 2019, unterzeichnet durch Oberarzt Dipl.-Med. L. _____, Facharzt für Innere Medizin, sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IVSTA-act. 23):

- Dilatative Kardiomyopathie, EF initial 40 %, Erstdiagnose (ED) Oktober 2018, angiogr. Ausschluss KHK Juli 2015, aktuell gebessert auf 73 % (ICD-10: I42)
- Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA II (ICD-10: I50.12)
- Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz, ohne Angabe einer hypertensiven Krise (ICD-10: I11.00)
- Linksanteriorer Faszikelblock (ICD-10: I44.4)
- Progrediente chronische Nierenkrankheit, Stadium III, GFR 43 ml/min, Schrumpfniere (ICD-10: N18.2)
- Leichtgradige Aorten-, Mitral- und Trikuspidalklappeninsuffizienz (ICD-10: I08.1)
- Prostatahyperplasie mit TURP Juni 2015 (ICD-10: N40)

Bei der Abschlussuntersuchung am 24. September 2019 sei der Versicherte in gutem klinischem Zustand vorstellig geworden. Er zeige sich kardiopulmonal kompensiert, in Ruhe subjektiv beschwerdefrei, habe alle Anwendungen gut vertragen. Interkurrente Erkrankungen seien nicht aufgetreten. Er werde arbeitsunfähig in weitere hausärztliche Betreuung entlassen. Es werden regelmässige klinische und paraklinische Kontrolluntersuchungen mit gegebenenfalls Anpassung der weiteren medikamentösen Therapie (Entresto) sowie eine ambulante nephrologische und kardiologische Mitbetreuung empfohlen. Darüber hinaus seien auch weiterhin eine Nikotinabstinenz, etwas Gewichtsreduktion, häusliches Fitness- und Ausdauertraining, gegebenenfalls Fitnessstudio und Teilnahme an einer Herzsportgruppe empfohlen.

6.8 Im Reha-Entlassungsbericht der Klinik K. _____ vom 6. Oktober 2019 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung M. _____ betreffend den stationären Aufenthalt vom 5.-26. September 2019, unterzeichnet durch Dr. N. _____, Fachärztin für Innere Medizin, Kardiologie und Diabetologie, und Dipl.-Med. L. _____, werden folgende Diagnosen genannt (IVSTA-act. 4 = 28):

- Dilatative Kardiomyopathie (EF initial 40%, ED Oktober 2018, angiogr. Ausschluss KHK Juli 2015, aktuell gebessert auf 73 % (ICD-10: I42)
- Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA II (ICD-10: I50.12)
- Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz, ohne Angabe einer hypertensiven Krise (ICD-10: I11.00)
- Linksanteriorer Faszikelblock (ICD-10: 44.4)
- Progrediente chronische Nierenkrankheit, Stadium III, GFR 43 ml/min, Schrumpfniere rechts (ICD-10: N18.2)

Dr. N. _____ und Dipl.-Med. L. _____ führten ergänzend zum vorläufigen Entlassungsbericht vom 24. September 2019 (IVSTA-act. 23; vgl. E. 6.7 hiervor) aus, der Versicherte sei aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen seit dem 8. Oktober 2018 auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch während höchstens drei bis unter sechs Stunden pro Tag für leichte Tätigkeiten in überwiegend sitzender, zeitweise stehender oder gehender Arbeitshaltung, ohne Nachtschichten, ohne Heben schwerer Lasten über 15 kg, ohne Arbeiten im Akkordlohnbereich oder unter gesundheitsschädigenden äusseren Einflüssen sowie nur mit regelmässig einzuhaltenden Erholungspausen, leistungsfähig. Im Übrigen könne er seine letzte Tätigkeit als Schlosser und Installateur seit dem 8. Oktober 2018 nur

noch in einem zeitlichen Umfang von drei bis unter sechs Stunden pro Tag ausüben.

6.9 In der sozialmedizinischen Stellungnahme zum Leistungsvermögen vom 21. November 2019 nannte O._____, Fach- resp. Arzttitel unbekannt, folgende Diagnosen (IVSTA-act. 9 = 33):

- Dilatative Kardiomyopathie mit anfangs mittelgradig eingeschränkter, inzwischen wieder normaler Pumpfunktion des Herzens, belastbar bis 125 Watt (ICD-10: I42.0)
- Linksherzinsuffizienz, inzwischen wieder ausreichend kompensiert ohne Ödeme (ICD-10: I50.1)
- Chronisch progrediente Niereninsuffizienz, am 21. November 2019 im Stadium der kompensierten Retention III bei Schrumpfniere rechts (ICD-10: N18.3)
- Weitere Diagnosen: geringe Mitralklappeninsuffizienz, arterielle Hypertonie

O._____ bemängelte darüber hinaus, dass die Leistungsbeurteilung des Reha-Entlassungsberichts vom 6. Oktober 2019 (vgl. IVSTA-act. 4; E. 6.3 hiervor) nicht nachvollziehbar sei, weder bezogen auf die letzte Tätigkeit, noch bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Der Versicherte sei ergometrisch bis 125 Watt belastbar, die im Oktober 2018 mittelgradig eingeschränkte Pumpfunktion des Herzens habe sich normalisiert und klinische Zeichen einer Herzinsuffizienz lägen nicht mehr vor. Aufgrund des Gesagten sei der Versicherte seit Oktober 2018 in einer leichten Tätigkeit in überwiegend sitzender, zeitweise stehender oder gehender Arbeitshaltung, in Tagesschicht, ohne Verantwortung für Personen und Maschinen, unter Vermeidung von Arbeit im Akkord und taktgebundener Arbeit, ohne besonderen Zeitdruck, unter Ausschluss von Überkopfarbeiten, Klettern und Steigen, Zwangshaltungen, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie unter Vermeidung von Kälte, Hitze, Nässe, besonderen Hautbelastungen, sowie erhöhter Eigen- und Fremdgefährdung sechs Stunden oder mehr pro Tag arbeitsfähig. Schliesslich betrage das Leistungsvermögen ab Oktober 2018 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schlosser unter drei Stunden.

6.10 Der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. C._____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, Gutachterin SIM, vom 6. April 2020 zuhanden der IVSTA sind nachfolgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (IVSTA-act. 52):

- Dilatative Kardiomyopathie

- erste Dekompensation im Juli 2015
- Ausschluss KHK im Juli 2015
- Kardiale Dekompensation im Oktober 2018 mit beidseitig Pleuraergüssen
- Echokardiographie vom 9. Oktober 2018: Dilatation Herzhöhlen, diffuse Hypokinesie, EF 34 %, leichte TI und MI; Echokardiographie vom 4. Dezember 2018: EF 38%, re Herz ok
- Echokardiographie vom 3. April 2018, EF 44 %;
- September 2019: EF 79 %, leichte Relaxationsstörung; Ergometrie 125 Watt, subjektiv Anstrengungsdyspnoe nach 500 m Gehen, zwei Stockwerke Treppen

Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach TURP am 24. Juni 2015
- Leichte Niereninsuffizienz

Dr. C._____ hielt fest, der Versicherte sei am 8. Oktober 2018 wegen einer Herzdekompensation hospitalisiert worden. Zu diesem Zeitpunkt habe eine schlechte Herzfunktion bestanden und es sei sogar eine Life Vest abgegeben worden. Bereits am 4. Dezember 2018 habe sich unter korrekter medikamentöser Therapie das rechte Herz wieder erholt, und im Verlauf sei es zu einer zunehmenden Normalisierung auch der linken Herzfunktion gekommen. In der Reha im September 2019 habe der Versicherte weiterhin über eine Anstrengungsatemnot geklagt (er könne maximal 500 m in der Ebene und zwei Stockwerke Treppen bewältigen). Das Herz-echo sei aber abgesehen von einer leicht diastolischen Relaxationsstörung wieder normal und in der Ergometrie seien 125 Watt geleistet worden (Abbruch wegen Atemnot und Knieschmerzen). Eine Lungenfunktionsprüfung scheine normal zu sein (konkrete Informationen nicht vorliegend). Der Versicherte habe eine Lehre als Gas-/Wasserinstallateur abgeschlossen, was eine körperlich schwere Tätigkeit sei. Die RAD-Ärztin schätzte die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in dessen zuletzt ausgeübtem Beruf als Schlosser sowie für körperlich anstrengende oder stressige Tätigkeiten auf 100 % seit dem 8. Oktober 2018 und gab an, dass die Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten ohne Bücken, Knien oder Hocken, ohne repetitives Heben von Gewichten über 10 kg, ohne Klettern auf Leitern oder Gerüsten, ohne Treppensteigen, ohne Gehen in unebenem Gelände sowie keine längeren Gehstrecken, unter Vermeidung von Stress, Kälte, Hitze, Schlechtwetter, Wechselschicht und Nacharbeit ab dem 8. Oktober 2018 100 %, ab dem 3. April 2019 50 %, sowie ab Oktober 2019 40 % betragen habe.

6.11 Im Rahmen des vorinstanzlichen Vorbescheidverfahrens führte die RAD-Ärztin Dr. C. _____ in ihrer Stellungnahme vom 21. Juli 2020 aus, es würden weder neue medizinische Unterlagen vorgelegt noch medizinische Gründe geltend gemacht. Der Versicherte argumentiere lediglich, dass er mit den festgelegten Limitationen keine Stelle finden würde, was nicht medizinisch zu beurteilen sei (IVSTA-act. 68).

7.

7.1 Die Vorinstanz geht vorliegend insbesondere gestützt auf die medizinischen Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. C. _____ vom 6. April 2020 (IVSTA-act. 52) sowie vom 21. Juli 2020 (IVSTA-act. 68) davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schlosser und Installateur seit dem 8. Oktober 2018 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Andere leichtere, dem Gesundheitszustand besser angepasste Tätigkeiten könnten jedoch unter Berücksichtigung folgender Einschränkungen wieder ausgeübt werden: Heben von max. 10 kg, keine längeren Gehstrecken oder Klettern auf Leitern/Gerüsten, keine extremen Wettereinflüsse, starker Stress, Nacht- oder Wechselschichten. Die Arbeitsunfähigkeit bei der Ausübung einer dieser Tätigkeiten betrage 50 % ab dem 3. April 2019 und 40 % ab dem 6. Oktober 2019, mit einer Erwerbseinbusse von 56 % ab dem 3. April 2019 und von 47 % ab dem 6. Oktober 2019. Somit bestehe ab dem 1. Oktober 2019 Anspruch auf eine Viertelsrente (IVSTA-act. 70 und 74 = BVGer-act. 1, Beilage 1).

7.2 In seiner Beschwerdeverbesserung macht der Beschwerdeführer geltend, es bestehe ein Invaliditätsgrad von mindestens 70 %, und beantragt die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente (BVGer-act. 3).

7.3 Die Vorinstanz macht vernehmlassungsweise geltend, die beurteilende RAD-Ärztin habe sich ein schlüssiges Gesamtbild der vorliegenden Leiden bilden können und sei diesbezüglich zweifelsfrei zur Schlussfolgerung gelangt, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner dilatativen Kardiomyopathie anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse (Ejektionsfraktion, Belastungstests) in seiner angestammten Tätigkeit als Schlosser seit dem Eintritt ins Klinikum D. _____ am 8. Oktober 2018 nicht mehr arbeitsfähig sei. Da hingegen leichtere, leidensangepasste Verweisungstätigkeiten ab dem 3. April 2019 zu 50 % (Kontrolle Dr. J. _____) bzw. ab 6. Oktober 2019 zu 60 % (Austrittsbericht Klinik K. _____) ausübbar seien, habe der im Nachgang erfolgte Einkommensvergleich eine Erwerbseinbusse von 56 % ab 3. April 2019 bzw. 47 % ab 6. Oktober 2019 ergeben. Mangels

neuer Sachverhaltselemente im Beschwerdeverfahren halte sie folglich an ihrem Standpunkt fest (BVGer-act. 11).

7.4 Replicando führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, die Leistungen der Invalidenversicherung sollten die wirtschaftlichen Folgen der Invalidität im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgleichen. Er stellte in Frage, ob er, an einer dilatativen Kardiomyopathie leidend mit einer leichten leidensangepassten Verweisungstätigkeit überhaupt ein Invalideneinkommen erzielen könne. In einer Zeit, wo es bereits für einen gesunden und jüngeren Arbeitnehmer fast unmöglich sei, eine Anstellung zu finden, sei der Arbeitsmarkt für Erwerbsgeminderte vollkommen verschlossen (BVGer-act. 13).

8.

Nachfolgend ist vor dem Hintergrund, dass bislang keine interdisziplinäre Beurteilung der Beschwerden des Beschwerdeführers vorgenommen wurde, zu prüfen, ob den Aktenberichten des medizinischen Dienstes der IVSTA Beweiswert im Sinne der Rechtsprechung (vgl. oben E. 5.5.5) zukommt.

8.1 In Ergänzung zur bereits dargelegten Rechtsprechung (vgl. oben E. 5.5.5) ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen ist, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der ärztliche Dienst nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen Bericht des ärztlichen Dienstes und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (vgl. Urteil des BVGer C-1810/2017 vom 14. Juni 2018 E. 4.4 m.w.H.).

8.2 Die erwähnten Berichte der RAD-Ärztin Dr. C._____, auf welche die Vorinstanz ihre Verfügung stützte, beruhen nicht auf eigenen Untersuchungen. Sie könnten deshalb – wie dargelegt (vgl. E. 5.5.5) – nur dann abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sofern ein lückenloser Befund vorliegt bzw. die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Das ist vorliegend aus den folgenden Gründen nicht der Fall:

8.2.1 Zunächst ist in formeller Hinsicht festzuhalten, dass die RAD-Berichte nicht in Kenntnis der gesamten Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden. In der Tat fehlen im Dossier der Vorinstanz insbesondere der vollständige Spitalbericht des Klinikums D. _____ vom 27. Juni 2015 der Dres. P. _____ und Q. _____ betreffend den stationären Aufenthalt vom 23.-27. Juni 2015 in der Klinik für Urologie (IVSTA-act. 6 = 20 = 30, jeweils nur S. 1 in den Vorakten), die dritte Seite des Echokardiographie-Befunds vom 4. Dezember 2018 von Dr. H. _____ (IVSTA-act. 8 [S. 1 von 3] = 22 [S. 1 und 2 von 3] = 32 [S. 1 von 3] = 39 [S. 1 und 2 von 3]), das im Reha-Entlassungsbericht vom 6. Oktober 2019 erwähnte sozialmedizinische Gutachten des MDK vom 29. April 2019 (vgl. IVSTA-act. 4, S. 8 = 28, S. 8) sowie der medizinische Bericht von Dr. J. _____ vom 10. Oktober 2019 (vgl. IVSTA-act. 4, S. 11 = 28, S. 11; 23, S. 4).

8.2.2 In Weiteren werden in der Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 6. April 2020 (IVSTA-act. 52) diverse Daten fehlerhaft wiedergegeben: So eignete sich die erste Dekompensation der dilatativen Kardiomyopathie nicht im Juli 2015, sondern im Juni 2015 (vgl. IVSTA-act. 6 = 20 = 30). Ebenfalls konnte zu diesem Zeitpunkt eine koronare Herzkrankheit ausgeschlossen werden. Darüber hinaus wurde die Echokardiographie vom 3. April im Jahr 2019 und nicht 2018 durchgeführt (vgl. IVSTA-act. 18).

8.2.3 Sodann erweist sich die medizinische Aktenlage, wie sie sich dem Bundesverwaltungsgericht präsentiert und wie sie auch Grundlage für die Beurteilung durch die Vorinstanz und die Abklärungen von RAD-Ärztin Dr. C. _____ gewesen ist, in mehrfacher Hinsicht als unvollständig.

8.2.3.1 Entgegen der Behauptung von Dr. C. _____, die sozialmedizinische Stellungnahme von O. _____ vom 21. November 2019 (IVSTA-act. 9 = 33) übernehme die Beurteilung des Reha-Entlassungsberichts vom 6. Oktober 2019 (IVSTA-act. 4 = 28), divergieren die beiden Berichte in ihren Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit sowie der funktionellen Einschränkungen. So bescheinigten Dr. N. _____ und Dipl.-Med. L. _____, dass der Beschwerdeführer seine letzte Tätigkeit als Schlosser und Installateur seit dem 8. Oktober 2018 nur noch in einem zeitlichen Umfang von drei bis unter sechs Stunden pro Tag, und eine leichte, dem Gesundheitszustand angepasste Verweistätigkeit während höchstens drei bis unter sechs Stunden pro Tag ausüben könne (IVSTA-act. 4, S. 1 f. und 6 f. = 28, S. 4 f. und 6 f.), während O. _____, deren Ausbildung nicht bekannt ist und deren Berichten deswegen lediglich ein geringer Beweiswert zu-

kommt, angab, der Versicherte sei ab Oktober 2018 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schlosser nur noch unter drei Stunden, hingegen in einer angepassten Verweistätigkeit sechs Stunden oder mehr pro Tag arbeitsfähig (IVSTA-act. 9 = 33). Sodann hielten Dr. N. _____ und Dipl.-Med. L. _____ fest, dass als leidensangepasste Verweistätigkeiten Arbeiten in überwiegend sitzender, zeitweise stehender oder gehender Arbeitshaltung, ohne Nachtschichten, ohne Heben schwerer Lasten über 15 kg, nicht im Akkordlohnbereich oder unter gesundheitsschädigenden äusseren Einflüssen sowie nur mit regelmässig einzuhaltenden Erholungspausen möglich seien (IVSTA-act. 4, S. 2 = 28, S. 2), während O. _____ angab, es seien nur noch leichte Arbeiten in überwiegend sitzender, zeitweise stehender oder gehender Arbeitshaltung, in Tagesschicht, ohne Verantwortung für Personen und Maschinen, unter Vermeidung von Arbeit im Akkord und taktgebundener Arbeit, ohne besonderen Zeitdruck, unter Ausschluss von Überkopfarbeiten, Klettern und Steigen, Zwangshaltungen, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie unter Vermeidung von Kälte, Hitze, Nässe, besonderen Hautbelastungen, sowie erhöhte Eigen- und Fremdgefährdung zumutbar (IVSTA-act. 9 = 33).

8.2.3.2 Überdies setzt sich die RAD-Ärztin Dr. C. _____ in ihrer Stellungnahme vom 21. Juli 2020 (IVSTA-act. 68) nicht mit den im Einwand des Versicherten neu geltend gemachten Beschwerden (Gleichgewichtsprobleme, Seh- und Hörbeeinträchtigungen; vgl. Sachverhalt B.d; IVSTA-act. 58; 65) auseinander, sondern begnügt sich damit zu erklären, es würden keine neuen medizinischen Gründe geltend gemacht, weshalb die RAD-Stellungnahme vom 6. April 2020 ihre Gültigkeit bewahre und keine weiteren medizinischen Abklärungen zu veranlassen seien. Dies erstaunt umso mehr, als auch in der Anfrage an die RAD-Ärztin von Seiten der Vorinstanz ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht wurde, dass der Versicherte in seinem Einwand verschiedene gesundheitliche Einschränkungen beschreibe, welche es ihm nicht erlauben würden, eine angepasste Tätigkeit auszuüben (vgl. IVSTA-act. 67).

8.2.3.3 Im Weiteren ist für das Gericht nicht nachvollziehbar, dass die RAD-Ärztin trotz der geltend gemachten Atemprobleme sowie des in den Akten nachweislich dokumentierten Abbruchs der Fahrradergometrischen Belastungs-EKG infolge Atemnot am 10. September 2019 (vgl. IVSTA-act. 4, S. 8 = 28, S. 8), von einer normalen Lungenfunktionsprüfung ausgeht, gleichzeitig jedoch selbst darauf hinweist, dass ihr keine konkreten Informationen diesbezüglich vorliegen würden (vgl. IVSTA-act. 52, S. 4). Dies

hätte die RAD-Ärztin resp. die Vorinstanz vielmehr zu weiteren Abklärungen veranlassen müssen.

8.2.3.4 Sodann erweist sich der Reha-Entlassungsbericht vom 6. Oktober 2019 (vgl. E. 6.8; IVSTA-act. 4 = 28) bezüglich der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Schlosser und Installateur als widersprüchlich. So erklärten Dr. N. _____ und Dipl.-Med. L. _____ einerseits, der Versicherte könne seine letzte Tätigkeit als Schlosser und Installateur an Kesselanlagen seit dem 8. Oktober 2018 noch in einem zeitlichen Umfang von drei bis unter sechs Stunden pro Tag ausüben (IVSTA-act. 4, S. 2 = 28, S. 2) und stellten im Weiteren fest, dass diese angestammte Tätigkeit eine körperlich schwere Tätigkeit darstelle, der Versicherte dabei Aschebelastungen ausgesetzt sei und er diese Arbeiten auf Gerüsten in grösserer Höhe unter Stress und Zeitdruck durchführen müsse (IVSTA-act. 4, S. 6 f. = 28, S. 6 f.). Andererseits bestätigten sie, dass er für höchstens drei bis sechs Stunden nur noch für leichte Tätigkeiten, ohne Heben schwerer Lasten über 15 kg, ohne Arbeiten unter gesundheitsschädigenden äusseren Einflüssen und nur mit regelmässig einzuhaltenden Erholungspausen leistungsfähig sei (IVSTA-act. 4, S. 2 = 28, S. 2). Damit kann vorliegend auch diesem Bericht kein voller Beweiswert zukommen.

8.2.3.5 Schliesslich erlauben auch die übrigen medizinischen Akten der Vorinstanz (vgl. IVSTA-act. 5-8; 18; 22; 23; 30-32; 38; 39) keine abschliessende Beurteilung, da diese den Anforderungen an beweiswertige medizinische Entscheidungsgrundlagen nicht genügen. Insbesondere enthalten diese keine begründete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, weder in der zuletzt ausgeübten, noch in einer angepassten Tätigkeit. Überdies kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. Urteil des BGer 8C_653/2019 vom 8. Januar 2019 E. 4.2 mit Hinweisen).

8.3 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass mangels eines lückenlos feststehenden medizinischen Sachverhalts mithin nicht auf die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. C. _____ als Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden kann. Vielmehr bestehen aufgrund des soeben Dargelegten an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme des RAD erhebliche Zweifel. Dies konnte vor Verfügungserlass nur Anlass zu weiteren Abklärungen geben. Daraus folgt, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht

rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend daher auch nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat.

9.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. August 2020 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt erweist.

9.1 Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn wie vorliegend im aktuellen Erstanmelungsverfahren noch keine interdisziplinäre Begutachtung durchgeführt wurde. Überdies würde (dem Beschwerdeführer) mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

9.2 Die Vorinstanz ist anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie und Nephrologie erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BVer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 m.H.; Urteil des BVer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8).

9.3 Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen

Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

9.4 Schliesslich ist die Vorinstanz darauf hinzuweisen, dass, sollte aufgrund der medizinischen Abklärungen eine Restarbeitsfähigkeit festgestellt werden, mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung auch die nach den Umständen des Einzelfalls zu klärende Frage zu beantworten sein wird, ob eine allenfalls festgestellte Restarbeitsfähigkeit in casu auch verwertbar ist (vgl. statt vieler Urteil des BGer 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2 und E. 3 mit weiteren Hinweisen).

9.5 Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius beinhaltet, da die von der Vorinstanz mit Verfügung vom 11. August 2020 ab dem 1. Dezember 2019 zugesprochene Viertelsrente in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Am 28. Juli 2021 wurde dem Beschwerdeführer Gelegenheit gegeben, Stellung zu nehmen zur möglichen Rückweisung an die Vorinstanz oder die Beschwerde allenfalls zurückzuziehen (BVGer-act. 17). Nachdem sich der Beschwerdeführer hierzu nicht innert Frist vernehmen liess (BVGer-act. 18) ist androhungsgemäss davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Beschwerde aufrechterhalten will (vgl. BVGer-act. 17).

10.

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, als die Verfügung vom 11. August 2020 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

11.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

11.1 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. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 808.41 (BVGer-act. 6 und 9) ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

11.2 Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für die ihr erwachsenen, notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten zugesprochen werden. Dem nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die unterliegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG *e contrario*; Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 11. August 2020 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 808.41 wird diesem nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Viktoria Helfenstein

Rahel Schöb

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 Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. 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 Rechtschrift 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: