



Urteil vom 16. Mai 2011

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Johannes Frölicher, Richter Beat Weber,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, Südafrika, Zustelldomizil:
B. _____, Schweiz,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Rentengesuch, Verfügung vom 18. Juni 2009.

Sachverhalt:**A.**

Der 1950 geborene Schweizer Bürger A._____ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) wohnt seit 1983 in Südafrika. In der Zeit von 1968 bis 1982 und 1984 bis 1996 wurden auf sein individuelles Konto (*im Folgenden: IK*) Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) gebucht; gemäss IK-Auszug vom 1. Dezember 2009 war er von 1997 bis 2006 der freiwilligen Versicherung für Auslandschweizer angeschlossen. Gemäss seinen eigenen Angaben ging er in Südafrika bis zum 1. März 2000 hauptberuflich einer selbstständigen Tätigkeit in der Landwirtschaft (C._____) nach und ist seit 2001 Hausmann. Mit Datum vom 30. Oktober 2007 meldete er sich bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*) erstmals zum Bezug von Leistungen der IV in Form von Hilfsmitteln und einer Rente an; dieses Leistungsgesuch ging am 15. November 2007 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) ein (Akten der IVSTA [*im Folgenden: act.*] 1, 2, 4, 9 bis 11).

Nach Vorliegen eines Teils der für die Beurteilung des Leistungsgesuches massgeblichen Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht (*act.* 9 bis 11, 12 bis 13, 15, 22 bis 27) gab Dr. med. D._____, Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie, vom medizinischen Dienst der IVSTA am 7. Februar 2009 eine Stellungnahme ab (*act.* 29). Gestützt darauf stellte die IVSTA dem Versicherten mit Vorbescheid vom 11. Februar 2009 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (*act.* 30). Nachdem dieser hiergegen am 16. bzw. 28. März seine Einwendungen vorgebracht hatte (*act.* 31 und 33), erliess die IVSTA – nach einer weiteren, von Dr. med. D._____ am 10. Juni 2009 verfassten Beurteilung (*act.* 35) – am 18. Juni 2009 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (*act.* 36).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 20. Juli 2009 (Eingangsstempel: 30. Juli 2009) Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 18. Juni 2009 (Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: B-act.*] 1 und 2).

Im Rahmen der Begründung schilderte der Beschwerdeführer seine Lebenssituation und erwähnte, ärztlicherseits sei ihm eine 70%ige

Invalidität bescheinigt worden. Weiter führte er aus, seine Bemühungen zur Mandatierung eines Rechtsvertreters in der Schweiz seien gescheitert. Er erlaube sich zu bemerken, dass er und seine Familie durch seine Behinderung in eine existentielle, akute Notlage geraten seien, die einer eigentlichen humanitären Katastrophe gleichkomme. Allfällige Beweismittel lägen bei der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) in Genf. Seine "Einsprache" gegen die angefochtene Verfügung finde sich im Anhang.

C.

Am 4. August 2009 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, dem Bundesverwaltungsgericht ein Zustelldomizil in der Schweiz bekannt zu geben (B-act. 3); dieser Aufforderung wurde nachgekommen (B-act. 4; vgl. auch B-act. 6).

D.

In ihrer Vernehmlassung vom 8. Februar 2010 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (B-act. 9).

Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, es seien dem IV-ärztlichen Dienst sämtliche medizinischen Akten zur Stellungnahme unterbreitet worden. Mangels neuer Sachverhaltselemente im Beschwerdeverfahren werde auf die schlüssige und nachvollziehbare Beurteilung der IV-Ärztin vom 7. Februar 2009 verwiesen. Danach sei der Beschwerdeführer trotz der vorliegenden Leiden in seiner bisherigen Tätigkeit weiterhin in der Lage, im Ausmass von 80 % zu arbeiten. In leichteren Verweisungstätigkeiten bestehe sogar eine volle Arbeitsfähigkeit.

E.

Mit Zwischenverfügung vom 18. Februar 2010 forderte die Instruktionsrichterin den Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen auf, einen Kostenvorschuss von Fr. 300.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 10); dieser Aufforderung kam er in der Folge nach (B-act. 12).

F.

In seiner Eingabe vom 15. März 2010 stellte der Beschwerdeführer bezüglich Einreichung der Replik ein Fristerstreckungsgesuch und erwähnte weiter, die intensiven Untersuchungen hätten bereits im Januar 2010 angefangen. Die gründliche medizinische Abklärung sei durch das

Schweizer Generalkonsulat veranlasst worden; an dieses gehe das Original des abschliessenden Arztberichtes inklusive aller Beilagen (B-act. 13).

G.

Nachdem die Instruktionsrichterin mit prozessleitender Verfügung vom 18. März 2010 das Fristerstreckungsgesuch des Beschwerdeführers bewilligt hatte (B-act. 14), reichte dieser am 21. April 2010 zusammen mit den in Aussicht gestellten medizinischen Akten eine Replik ein (B-act. 15).

Er führte im Wesentlichen aus, die "Fernbeurteilung" der RAD-Ärztin sei nicht nachvollziehbar. Die Aktivitäten als C._____ habe er zufolge seiner Behinderungen bereits 2002 aufgeben müssen. Man gebe ein florierendes Unternehmen mit einer Million Rand Umsatz im Jahr und über 50 Angestellten nicht ohne zwingenden Grund auf. In einem solchen Geschäft sei ein 100%iger Einsatz Voraussetzung. Auch wenn er keine schwere Lasten aufzuheben hätte, so müsste er trotzdem jeden Tag über 300 km einen Kleinlastler durch unwegsames und abgelegenes Gelände fahren. Vom Autofahren werde ärztlicherseits wegen der verschiedenen deformierten Genick- und Rückenwirbel und hauptsächlich der chronischen Schwindelanfälle und visuellen Verblendungen (resultierend aus dem regelmässig viel zu hohen Blutdruck) dringend abgeraten. Bereits seit dem Jahr 2000 leide er an Depressionen. 2002 habe er deswegen im Rahmen eines Besuchs in E._____ Dr. med. F._____ konsultiert, der ihm Eflexor® ER verordnet habe; dessen Einnahme habe er seither nicht mehr sistieren können. Trotz der Medikation sei die Depression nicht verschwunden, sondern schlimmer geworden. Der Tinnitus alleine bedeute keine Invalidität. Behindernd sei jedoch, dass dieser begleitet sei von Schwindel, Balancestörungen, verzerrten Visionen, dick geschwollenen Augen, Genick- und Kopfschmerzen sowie Schwingungen im Kopf.

H.

Nachdem die Vorinstanz in ihrer Duplik vom 31. Mai 2010 auf die Stellungnahme von Dr. med. D._____ vom 26. Mai 2010 (act. 38) verwiesen und weiterhin die Abweisung der Beschwerde beantragt hatte (B-act. 17), schloss die Instruktionsrichterin mit prozessleitender Verfügung vom 4. Juni 2010 den Schriftenwechsel (B-act. 18).

I.

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

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

1.1. Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

1.2. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1] und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 18. Juni 2009 (act. 36) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden war, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

1.3. Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach

Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.4. Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 18. Juni 2009 (act. 36), mit welcher das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist.

1.5. 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.

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

2.1. Da der Beschwerdeführer Schweizer Bürger ist, ist die Anspruchsberechtigung auf IV-Leistungen im vorliegenden Fall allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu bestimmen.

2.2. Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; BGE 130 V 445).

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung

ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [*im Folgenden*: BGer] 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit (vgl. E. 2.4 2. Absatz hiernach) vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]).

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 18. Juni 2009 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

2.3. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7).

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

2.4. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1^{ter} IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen; eine solche ist vorliegend nicht gegeben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

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

betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

2.5. Nach Art. 48 IVG (mit Wirkung ab 1. Januar 2008 durch Ziff. I des IVG vom 6. Oktober 2006 aufgehoben [5. IV-Revision; AS 2007 5129]) erlischt der Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war (Abs. 1). Meldet sich jedoch ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs zum Leistungsbezug, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme vornimmt (Abs. 2).

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

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

Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer

9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

3.

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 18. Juni 2009 (act. 36) insbesondere auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. D._____, Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie, vom 7. Februar und 10. Juni 2009 (act. 29 und 35) sowie vom 26. Mai 2010 (act. 38). Die entsprechenden, nachfolgend zusammengefasst wiedergegebenen medizinischen Berichte sind in einem ersten Schritt zu würdigen, und es ist zu prüfen, ob sich aufgrund dieser Beweismittel der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als rechtsgenügend abgeklärt erweist.

3.1. Dr. med. D._____ stellte in ihrem Bericht vom 7. Februar 2009 die Hauptdiagnosen eines Zervikalsyndroms (zervikale Spondylose mit einer multilevel Foraminalstenose und kleiner Signalveränderung im Myelon in Höhe C5 ohne klinisch radikuläre sensomotorische Defizite oder Reflexasymmetrien) und eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Als Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte sie eine arterielle Hypertonie und ohne Auswirkungen eine fragliche Höhenminderung im Brustwirbelsäulenbereich auf. Dr. med. D._____ attestierte dem Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 17. September 2007 und erachtete ihn in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit als vollständig arbeitsfähig. Weiter führte sie aus, im eingereichten Arztbericht vom 17. September 2007 würden explizit keine kardiorespiratorischen Beschwerden erwähnt. Es werde darin lediglich ein medikamentös ungenügend eingestellter Bluthochdruck erwähnt mit leichter assoziierter linksventrikulärer Hypertrophie und normaler, sehr guter Belastbarkeit ergometrisch. Ausser dem Bluthochdruck und der Spondylose lägen keine weiteren nennenswerten Pathologien vor. Im Arztbericht vom 20. Oktober 2008 werde nun plötzlich ohne einen nachvollziehbaren medizinischen Grund und mit dem Bericht vom 17. September 2007 in Widerspruch stehend eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit von 2002 bis 2008 erwähnt. Es werde eine spirometrische Untersuchung vom 20. Oktober 2008 beigelegt, die eine mittelschwere Obstruktion bei bekannter COPD dokumentiere. In der Ergometrie aus dem Jahre 2007 sei eine normale körperliche Belastbarkeit trotz dieser lungenfunktionellen Einschränkung festgestellt worden. Auch in der Echokardiografie hätten keine Zeichen einer

relevanten Rechtsherzbelastung, wie sie für eine relevante COPD zu erwarten wäre, demonstriert werden können. Ein Thoraxröntgenbild zeige einen fraglichen Höhenverlust eines Brustwirbelkörpers; ein solches sei nicht zur Diagnose einer Wirbelkörperaffektion geeignet (act. 29).

Nachdem der Versicherte am 28. März 2009 ausführlich seine Einwendungen vorgebracht hatte (act. 33), berichtete Dr. med. D._____ am 10. Juni 2009, dieser habe keine neuen medizinischen Akten eingereicht; neue objektive medizinische Befunde fehlten. Es gebe keinen Grund für eine Änderung der bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (act. 35).

Nach Würdigung des replicando vom Beschwerdeführer eingereichten Berichts des Internisten Dr. med. G._____ vom 25. März 2010 (B-act. 15) hielt Dr. med. D._____ am 26. Mai 2010 dafür, dass dieser Bericht von sehr schlechter medizinischer Qualität sei. So werde ein Ruhe-EKG lediglich beschrieben; ein solches liege nicht vor. Dann werde eine ST-Erhebung inferior während Belastung erwähnt, welche angeblich ein Aneurysma beweisen würde, wobei dieser Test ebenso gänzlich undokumentiert geblieben sei. Es liege aber eine ECHO Duplex Untersuchung des Herzens vom 17. September 2007 vor, die kein Aneurysma zeige. Es sei unmöglich, ein Aneurysma anhand einer EKG-Kurve zu beweisen. Genauso falsch sei, dass die ST-Erhebung inferior ein Zeichen eines frühen Myokardinfarktes sei. Beide Aussagen seien unrichtig und würden sich sogar ausschliessen, da ein "früherer Myokardinfarkt" gemäss Definition kein Aneurysma auslösen könnte und dort, wo sich ein solches befände, könnte kein neuer Infarkt entstehen. Dr. med. G._____ scheine hier grundlegende pathophysiologische Mechanismen nicht begriffen zu haben. Auch betreffend die erwähnte COPD und die chronische Bronchitis fehle eine dokumentierende Spirometrikurve. Weiter werde eine "schwere Depression" aufgeführt, die unter Therapie viel besser geworden sei, aber seit zwei Wochen wieder "stärker" sei. Ein psychopathologischer Befund fehle hier genauso. Es sei klar, dass ein Internist eine solche Diagnose nicht stellen dürfe, und eine psychiatrische Therapie sei offenbar bisher noch nicht nötig gewesen. Eine arterielle Hypertonie, die medikamentös noch nicht optimal eingestellt sei, die aber bisher nicht zu einem Endorganschaden von Relevanz geführt habe, sei bereits bekannt. Weiter werde eine Arteriosklerose erwähnt, ohne dass dafür beweisende Befunde vorlägen. Insgesamt würden im Bericht von Dr. med. G._____ keine neuen

Befunde dokumentiert, aus denen eine Unzumutbarkeit der Ausübung einer angepassten körperlichen Tätigkeit resultieren würde (act. 38).

3.2. Bei den Stellungnahmen von Dr. med. D. _____ handelt es sich um Berichte im Sinne von 59 Abs. 2^{bis} IVG (resp. aArt. 59 Abs. 2 IVG in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung). Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (vgl. Urteil 9C_323/2009 des BGer vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidungsrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

3.3. Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.6 hiavor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

Zwar verfügt Dr. med. D. _____ nicht über einen Facharzttitel unter anderem auf den Gebieten der Radiologie, Orthopädie, Neurochirurgie

und Kardiologie. Dennoch wäre sie als Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie grundsätzlich in der Lage, die Auswirkungen der beim Beschwerdeführer im somatischen Bereich vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit zuverlässig beurteilen zu können (vgl. bspw. Urteil C-325/2009 des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. März 2011 E. 3.3.2.). Im vorliegenden Fall erweist sich der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht jedoch unvollständig bzw. unkorrekt ermittelt, und den Berichten von Dr. med. D. _____ kann keine (volle) Beweiskraft zukommen. Dies aus folgenden Gründen:

3.4.

3.4.1. Dr. med. H. _____ erwähnte in seinem Bericht vom 20. Oktober 2008, dass der Beschwerdeführer ernsthaft gestresst, ängstlich und dünn sei sowie an Gewicht verloren habe (act. 27). Im Rahmen seiner Einwendungen berichtete der Beschwerdeführer am 28. März 2009, er leide unter schwersten Depressionen. Er sei bei einer Psychotherapeutin in Behandlung gewesen, solange er sich diese habe leisten können. Seit Jahren versuche er, die Depression mit 150 mg Efexor® ER erträglich zu machen (act. 33). In der Replik vom 21. April 2010 hielt der Beschwerdeführer wiederum fest, dass er seit dem Jahr 2000 an Depressionen leide. 2002 habe er deshalb anlässlich eines Besuchs in E. _____ Dr. med. F. _____ konsultiert, der ihm das erwähnte Medikament verschrieben habe; auf dessen Einnahme habe er seither nicht verzichten können. Schliesslich diagnostizierte der Internist Dr. med. G. _____ in seinem – replicando eingereichten – Arztbericht vom 25. März 2010 eine seit drei Jahren behandelte, schwere Depression, die sich zwar gebessert, aber seit zwei Wochen auch wieder verschlechtert habe (B-act. 15).

3.4.2. Hinsichtlich des Berichts von Dr. med. G. _____ ist festzustellen, dass jener – obwohl er nach dem massgeblichen Verfügungszeitpunkt erstellt worden war (vgl. E. 2.2 hiavor) – vorliegend ebenfalls zu berücksichtigen ist, da er (rückwirkend) Bezug auf den – bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden – gesundheitlichen Zustand nimmt, demnach mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang steht und geeignet ist, die Beurteilung im massgeblichen Zeitpunkt zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen; vgl. auch E. 2.2.2 hiavor).

Obwohl Dr. med. G._____ als Facharzt für Innere Medizin nicht über die entsprechende Fachkompetenz in den medizinischen Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, liefern seine Ausführungen doch Hinweise auf ein seit Jahren bestehendes depressives Geschehen. Zwar lässt eine psychiatrische Diagnose für sich allein genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen). Angesichts der Diagnosestellung von Dr. med. G._____ und vor dem Hintergrund der gesamten Lebensumstände des Beschwerdeführers und dessen Schilderungen besteht durchaus die Möglichkeit, dass eine depressive Erkrankung, welche tatsächlich die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in rentenrelevantem Ausmass beeinträchtigt, vorliegen könnte.

3.4.3. Die Ausführungen des Beschwerdeführers resp. die oben erwähnten Berichte der Dres. med. H._____ und G._____ waren der Internistin und Nephrologin Dr. med. D._____ im Zeitpunkt ihrer letzten Beurteilung vom 26. Mai 2010 (act. 38) bekannt. Diese kann jedoch vorliegend nicht als rechtsgenügeliche Entscheidbasis dienen. Da Dr. med. D._____ auf den medizinischen Fachgebieten der Psychiatrie und Psychotherapie über keine spezialärztlichen Qualifikationen verfügt und ein rechtsgenügeliches psychiatrisches Gutachten nicht aktenkundig ist, kann ihren Beurteilungen keine (volle) Beweiskraft zukommen (vgl. E. 2.6 und 3.3 hiervor). Im Rahmen der Würdigung des Berichts von Dr. med. G._____ erwähnte sie in ihrer Stellungnahme vom 26. Mai 2010 selbst, dass ein Internist die Diagnose einer schweren Depression nicht stellen dürfe. Dass – wie von Dr. med. D._____ ausgeführt – eine psychiatrische Therapie bisher nicht nötig gewesen sei, ist mit Blick auf die Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach er bei einer Psychotherapeutin in Behandlung gewesen sei und das offenbar von Dr. med. F._____ verschriebene Medikament Eflexor® ER einnehme, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

3.4.4. Unter diesen Umständen resp. weil weder Dr. med. G._____ noch Dr. med. D._____ über eine spezialärztliche Ausbildung auf den medizinischen Fachgebieten der Psychiatrie und Psychotherapie verfügen bzw. keine rechtsgenügeliche fachärztliche Expertise vorliegt, sind weitere medizinische Abklärungen zwingend erforderlich. Nach ständiger Rechtsprechung ist in aller Regel zur Abklärung der invalidisierenden Wirkung – insbesondere der hier im Raum stehenden psychischen Komorbidität (offenbar medikamentös behandelte

Depressivität) – eine fachärztliche psychiatrische Expertisierung angezeigt (vgl. hierzu BGE 130 V 352 E. 2.2), wobei als Anforderungsprofil für die Fachdisziplin Psychiatrie die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen als Standard heranzuziehen sind (vgl. Urteil des BGer I 142/07 vom 20. November 2007, E. 3.2.4 mit Hinweisen). Im Rahmen dieser ergänzenden Abklärungen sind fachärztlicherseits auch die Fragen, ob, und wenn ja, inwiefern insbesondere psychosoziale Faktoren beim Beschwerdeführer allenfalls einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten resp. seine Folgen verschlimmern (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2), zu beantworten. Ergänzend ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten ist, wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteile 9C_225/2009 des BGer vom 6. Juli 2009 E. 3.3 und I 704/03 des EVG vom 28. Dezember 2004 E. 4.1).

3.4.5. Da beim Beschwerdeführer von der Möglichkeit auszugehen ist, dass physische und psychische Beschwerden zusammenwirken, haben die vorliegend zwingend erforderlichen weiteren medizinischen Abklärungen in Form einer interdisziplinären Begutachtung zu erfolgen (vgl. Urteil 8C_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen). Dies insbesondere auch mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. D._____, wonach es unmöglich sei, ein Aneurysma anhand einer EKG-Kurve zu beweisen, und es nicht zutreffe, dass die ST-Erhebung inferior ein Zeichen für einen früheren Myokardinfarkt sei. Zwar sind die diesbezüglichen Erklärungen von Dr. med. D._____ plausibel. Eine Klärung der Widersprüche zwischen den Dres. med. D._____ und G._____ kann letztlich jedoch nicht durch das Bundesverwaltungsgericht erfolgen; vielmehr sind diese von entsprechend ausgebildeten Fachärztinnen und/oder -ärzten zu klären. Im Rahmen dieser Abklärung ist – soweit von den Fachärztinnen und -ärzten als erforderlich erachtet – auch in Erfahrung zu bringen, ob das beschriebene Ruhe-EKG, die Testergebnisse der ST-Erhebung und – betreffend die COPD und die chronische Bronchitis – eine dokumentierende Spirometrikurve tatsächlich existieren. Falls dem nicht so sein sollte, liegt es in der Fachkompetenz der Expertinnen und/oder Experten, entsprechende Massnahmen durchzuführen. Dies gilt auch für die erwähnte Arteriosklerose, welche gemäss Dr. med. D._____ nicht durch entsprechende Befunde bewiesen worden war. Schliesslich haben

die ergänzenden medizinischen Abklärungen auch die Frage zu beantworten, ob der beim Beschwerdeführer vorhandene Bluthochdruck optimal medikamentös eingestellt werden kann und wenn nein, in welchem Ausmass der Versicherte unter diesem Umstand Einschränkungen in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit hinnehmen muss.

3.4.6. Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass auch den übrigen aktenkundigen Arztberichten mangels eines rechtsgenügenden Leistungskalküls keine Beweiskraft zukommen kann (act. 22 bis 27).

4.

4.1. Zusammenfassend ist nach dem Dargelegten festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung vom 18. Juni 2009 in medizinischer Hinsicht auf einem unvollständig bzw. unkorrekt ermittelten Sachverhalt beruht (vgl. Art. 49 Bst. b VwVG und Art. 49 ATSG), weshalb im vorliegenden Verfahren nicht beurteilt werden kann, ob ein Rentenanspruch besteht, und wenn ja, in welchem Ausmass und ab wann. Aus diesem Grund hat die Vorinstanz ergänzende medizinische Abklärungen durchzuführen und den Beschwerdeführer ärztlich begutachten zu lassen. Die Beantwortung der ungeklärten Fragen resp. die Klärung der Widersprüche hat durch Experten oder Expertinnen auf den Fachgebieten der Orthopädie/Inneren Medizin (Kardiologie) sowie Psychiatrie und Psychotherapie zu erfolgen. Mit Blick auf die somatischen Leiden und die möglicherweise vorhandenen psychisch-psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigungen haben die ergänzenden medizinischen Abklärungen interdisziplinär zu erfolgen (vgl. E. 3.4.5. hiervor). Mit Blick auf die gesamten Umstände hat die entsprechende Begutachtung vorzugsweise in der Schweiz in einer geeigneten Institution stattzufinden.

4.2. Weiter hat die Vorinstanz nach Vorliegen der Ergebnisse der Begutachtung – falls erforderlich – einen Einkommensvergleich durchzuführen und ergänzende Abklärungen hinsichtlich der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in die Wege zu leiten (vgl. Urteile I 462/02 des EVG vom 26. Mai 2003 und 9C_921/2009 des BGer vom 22. Juni 2010).

5.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 18. Juni 2009

aufzuheben und die Sache mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, ergänzende spezialärztliche Begutachtungen durchführen zu lassen und anschliessend in der Sache neu zu verfügen.

6.

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

6.1. Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 300.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

6.2. Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 18. Juni 2009 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

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

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: