



Urteil vom 30. Januar 2020

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richterin Caroline Gehring, Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiberin Barbara Camenzind.

Parteien

A. _____, (Bosnien-Herzegowina),
vertreten durch Dr. iur. Kreso Glavas,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung; Rentenanspruch,
Verfügung vom 19. September 2017.

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1955 in Bosnien-Herzegowina geborene und wohnhafte A. _____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) arbeitete unbestrittenermassen von 1980 bis 2010, zuletzt als Isolierer, mit Unterbrüchen in der Schweiz und leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Im Anschluss kehrte er in seine Heimat zurück (vgl. Akten [im Folgenden: IV-act.] der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz] 25, Akten betreffend die Berufstätigkeit in der Schweiz liegen nicht im Dossier).

B.

Am 8. Juli 2016 meldete sich der Versicherte aufgrund einer seit 31. Mai 2016 bestehenden Krankheit und ohne weitere Angaben zu seinen Beschwerden beim bosnischen Versicherungsträger zum Bezug einer schweizerischen Invalidenrente an. Das entsprechende Formular YU/CH 4 wurde am 18. Juli 2016 an die Schweizerische Ausgleichskasse (SAK) zur weiteren Bearbeitung übermittelt und ging am 28. Juli 2016 ein (IV-act. 3). Nachdem die IVSTA Abklärungen der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse (IV-act. 5 – 7, 12, 15 – 24, 28 f., 32 f.) vorgenommen und die Akten Dr. B. _____ vom regionalärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt hatte (IV-act. 26, 39) erliess sie einen Vorbescheid, in welchem sie feststellte, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei die Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar. Es liege keine einen Rentenanspruch begründende Invalidität vor. Dem Beschwerdeführer wurde die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht gestellt (IV-act. 40). In der Folge liess der Versicherte, vertreten durch C. _____, am 12. Mai 2017 seinen Einwand sowie am 14. Juni 2017 eine Ergänzung unter Beilage weiterer Arztberichte einreichen, welche Dr. med. D. _____, Facharzt für allgemeine Medizin des RAD vorgelegt wurden (IV-act. 41, 46 f., 49). Gestützt auf seinen Schlussbericht vom 6. September 2017 (IV-act. 53) erliess die Vorinstanz am 19. September 2017 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (IV-act. 54).

C.

C.a Gegen die Verfügung vom 19. September 2017 liess der durch Rechtsanwalt Kreso Glavas vertretende Versicherte am 29. September 2017 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine ganze IV-Rente zu gewähren. Eventualiter sei eine neue Abklärung – gegebenenfalls in der Schweiz – durchzuführen. Im Weiteren wurde die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie Verbeiständung verlangt. Zur Begründung wurde zusammengefasst ausgeführt, der Versicherte leide an verschiedenen Erkrankungen, die aber nur teilweise und selektiv abgeklärt worden seien. Die massgebenden Akten seien nicht eingeholt worden; der medizinische Sachverhalt sei somit unvollständig, weshalb eine medizinische Beurteilung nicht möglich sei (act. 1).

C.b Mit prozessleitenden Verfügungen vom 6. und 31. Oktober sowie 28. November 2017 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Aktenentscheid) aufgefordert, innert Frist das der Verfügung beigelegte Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen beim Bundesverwaltungsgericht einzureichen (act. 2, 5, 8). Der Beschwerdeführer kam dieser Aufforderung mit Eingaben vom 27. Oktober, 15. November und 14. Dezember 2017 nach (act. 4, 7, 11), woraufhin die Gesuche um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung mit Zwischenverfügung vom 19. Dezember 2017 gutgeheissen wurden (act. 13).

C.c In ihrer Vernehmlassung vom 29. November 2017 (act. 10) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung.

C.d In seiner Replik vom 29. Januar 2018 (act. 15) liess der Beschwerdeführer an seinen beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren festhalten, seine bereits vorgebrachten Argumente wiederholen und Rügen betreffend die von der Vorinstanz angewandte Invaliditätsbemessungsmethode sowie eine Verletzung der EMRK-Garantien vorbringen.

C.e In der Duplik vom 28. Februar 2018 (act. 17) äusserte sich die Vorinstanz zur Bemessungsmethode und führte zusammengefasst aus, dass sie mangels neuer medizinischer Sachverhaltselemente an den bisherigen Ausführungen und Anträgen festhalte.

C.f Mit Triplik vom 15. März 2018 (act. 19) liess der Beschwerdeführer weitere Ausführungen – insbesondere zu seiner Arbeitstätigkeit und der Bemessungsmethode – machen.

D.

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

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen 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 [SR 830.1]). Zum Antrag auf unentgeltliche Prozessführung wird auf E. 8.1 verwiesen. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht worden ist (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG), ist darauf einzutreten.

2.

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).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Bosnien-Herzegowina und hat dort seinen Wohnsitz. Es kommt das im Verhältnis zu Bosnien-Herzegowina bis heute gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung. Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts

anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen und die dazugehörige Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 (SR 0.831.109.818.12) keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 19. September 2017 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.

3.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 19. September 2017) 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).

4.

Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

4.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Der Anspruch auf eine ganze Rente besteht, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf

von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie – was jedoch beim Beschwerdeführer nicht zutrifft – in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

4.2 Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind.

4.3

4.3.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil BGer 9C_433/2017 vom 13. März 2018 E. 2.1). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss ausserdem über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

4.3.2 Auf Stellungnahmen der RAD 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]).

4.3.3 Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person durch den RAD 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. Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbe fund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen (Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011, 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; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4 und 1988 U 56 S. 371). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes 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).

4.3.4 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

5.

Vorliegend hat die Vorinstanz das Begehren des Versicherten um eine IV-Rente mit der Begründung abgewiesen, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei die Betätigung im bisherigen Aufgabebereich noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar. Der Beschwerdeführer hingegen verweist auf die Feststellungen der bosnischen Ärzte und macht geltend, zu mindestens 90 % invalid zu sein. Der medizinische Sachverhalt sei von der Vorinstanz nicht genügend abgeklärt worden.

5.1 Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2017 stützte sich die Vorinstanz in erster Linie auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. B. _____ vom 9. Januar und 25. April 2017 (IV-act. 26, 39) sowie auf den Schlussbericht von Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin des RAD vom 6. September 2017 (IV-act. 53). Die entsprechenden Berichte sowie weitere medizinische Dokumente und Unterlagen sind, soweit erforderlich, nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

5.2 Den im Anmeldeverfahren eingereichten medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

5.2.1 In seinem Bericht vom 8. Januar 2016 (IV-act. 15) nannte Prim. Dr. sc. E. _____, Internist und Kardiologe der fachärztlichen Praxis F. _____ in (...) die Diagnosen Diabetes mellitus Typ 2 und chronisch dekompenzierte Kardiomyopathie und erachtete eine stationäre Aufnahme auf der Klinik für Innere Medizin für notwendig.

5.2.2 Gemäss dem Arztbericht vom 19. Januar 2016 (IV-act. 16, S. 1 f.) von Dr. G. _____ der Abteilung für invasive Kardiologie wurde eine dringende Koronarographie bei einem Status nach einer Synkope durchgeführt.

5.2.3 Der Versicherte hielt sich vom 8. Januar bis 1. Februar 2016 im Spital H. _____ auf; in den Abteilungen Klinik für Innere Medizin mit Dialyse-Zentrum, Klinische Abteilung für Kardiologie, Klinische Abteilung für invasive Kardiologie, Klinische Abteilung für Radiochirurgie, Abteilung für postoperative kardiologische Intensivbehandlung, (IV-act. 17, S. 3). Im Entlassungsschreiben des Ambulatoriums wurde die Diagnose "Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, gemäss Beschreibung ICD-10 I25.0" genannt. Dr. med. Mr. sc. I. _____, Facharzt für Radiochirurgie der Klinik für Chirurgie hielt in seinem Entlassungsschreiben vom 31. Januar 2016 folgende Diagnosen fest: "Stenosis valvulae aortae gradus 3+ Regurgitatio valvulae aortae gradus 2+, Stenosis LAD, St. post PCI et Implantatio endoprothesis no. III a.a. IX und Diabetes mellitus". Er führte u.a. aus, am 25. Januar 2016 sei bei einer medianen Sternotomie eine Aortenklappe (Grösse 23 mm) implantiert worden. Dieselben Diagnosen wurden von Prim. Dr. sc. E. _____, Internist und Kardiologe der Facharztpraxis F. _____ in (...) in Bericht vom 2. Februar 2016 (IV-act. 18) wiederholt.

5.2.4 Dr. J. _____ des Gesundheitszentrum in (...) hielt in seinem Bericht vom 10. Februar 2016 fest, die Röntgenaufnahme der Lunge und des Herzens sei unauffällig (IV-act. 22).

5.2.5 Prim. Dr. sc. E. _____ gab im Bericht vom 8. Juni 2016 (IV-act. 33, S. 1 f.) u.a. an der Versicherte klage zeitweise über niedrige Zuckerwerte, insbesondere vor dem Mittagessen (bis 2.8 mmol/l) sowie über Schmerzen in den Knien, den Beinen und den Armen. Im Brustbereich habe er keinerlei Beschwerden. Im EKG zeige sich ein Sinusrhythmus mit einer Frequenz von 82/min; es lägen Zeichen einer linksventrikulären Hypertrophie vor. Im Bericht vom 3. Oktober 2016 wiederholte Prim. Dr. sc. E. _____ seine bereits gemachten Ausführungen (IV-act. 33, S. 3 f.).

5.2.6 Nach Einsicht in die anlässlich des Anmeldeverfahrens eingereichten ärztlichen Berichte hielt die RAD-Ärztin Dr. B. _____ in ihrer Stellungnahme vom 9. Januar 2017 (IV-act. 26) unter Angabe des ICD-10 Codes I25 und I35 als Hauptdiagnosen eine chronische ischämische Herzkrankheit und eine nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten fest. Ausserdem erwähnte sie den Ersatz der Aortenklappe für Stenose und Koronararterien-Bypass am 25. Januar 2016. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte sie eine Tabakabhängigkeit, Diabetes Typ II und Status post Angioplastie und Einsatz von 3 Stents in der Schweiz 2007. Sie verlangte einen neuen kardiologischen Test mit einem Leistungstest und einem Echokardiogramm, da keine kardiologischen Ergebnisse nach der Operation im Dossier lägen und die Informationen weitgehend ungenügend seien.

5.2.7 Im Befund vom 30. Januar 2017 (IV-act. 29, 32), welcher nach Durchführung des von Dr. B. _____ beantragten Belastungstests erstellt worden war, gab Prim. Dr. sc. E. _____ zusammengefasst an, der Test sei nach 7 Minuten Belastung, bei einer Belastung von 100 W wegen Ermüdung, sowie Schmerzen in den Beinen abgebrochen worden. Der Versicherte habe einen Sauerstoffverbrauch von 4.4 MET bei einer Herzfrequenz von 105/min mit einer Tablette Metoprolol 2 x 50 mg erreicht, was 66 % der maximalen Frequenz von 159/min. seien. Am Ende des Belastungstests habe er an Kurzatmigkeit, Atemnot und Schmerzen in den Beinen gelitten. Die kardiorespiratorische Fähigkeit des Patienten ist im Belastungstest um 20 – 30 % gemindert. Er falle unter die NY HA-II-Gruppe. In diesem Belastungsstadium zeige er keine Zeichen einer Myokardischämie mit hypertensiver Reaktion.

5.2.8 Dr. B._____ gab in ihrem Schlussbericht vom 25. April 2017 (IV-act. 39) zum Belastungstest an, die Werte lägen innerhalb der Norm; die Ergebnisse des Tests erlaubten Freizeitaktivitäten und Beschäftigungen im Garten. Im Bereich der Haushaltstätigkeiten könnten auf diesem Leistungsniveau Arbeiten wie staubsaugen, kehren und Böden putzen durchgeführt und Lasten bis zu 6 kg die Treppen hochgetragen werden. Es liege eine sehr leichte Einschränkung der körperlichen Aktivität vor, jedoch seien die Einschränkungen im Haushalt nicht bedeutend.

5.3 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der Beschwerdeführer weitere Berichte nach:

5.3.1 Im Bericht "Befund und Stellungnahme" vom 22. Mai 2017 (IV-act. 47, S. 1; Übersetzung: IV-act. 49, S. 1) nannte Prim. Dr. K._____, Facharzt für Familienmedizin des Hauses L._____ in (...), folgende Diagnosen:

- " Dg/Cardiomyopathia chr atherosclerotica recompensata
- post - implantacio valvule artificialis aorte typ SJM MECHANICAL-a - 23 et LIMA
- LADs T. POST. STENT IMPLANTACIOX3
- Diabetes mellitus Typ – 2
- Polyneuropathia diabetica externum inf.
- Hypertensio arterialis
- Insuff valvule mitralis et stenosis valvule aorte
- PTSP-a – Elemente"

Zusammengefasst erwähnte er – neben den bereits genannten Symptomen – Angstzustände und Schlaflosigkeit und empfahl die Überweisung zur psychiatrischen Untersuchung.

5.3.2 Prim. Sc. Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie der fachärztlichen Praxis "F._____", nannte in seinem Bericht "Befund und Stellungnahme des Facharztes" vom 23. Mai 2017 (IV-act. 47, S. 2; Übersetzung: IV-act. 49, S. 3) die IDC-10 Codes F01 und F06.3. Zusammengefasst gab er an, der Versicherte habe eine gestörte Orientierung in der Zeit, der Verbalkontakt werde schwer hergestellt und erhalten, der Gedankenverlauf sei

mit knappen Inhalten und depressive Ideen verlangsamt, die Grundstimmung sei gesenkt; der Versicherte sei psychomotorisch mit gestörten kognitiv- mnestischen Funktionen inhibiert und negiere eine Sinnestäuschung, er sei ohne Einsicht und Kritik.

5.3.3 Nachdem die anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten medizinischen Berichte Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin des RAD, vorgelegt worden waren, führte dieser im Schlussbericht vom 6. September 2017 (IV-act. 53) folgende Hauptdiagnosen auf:

- Valvuläre und ischämische Kardiopathie mit/bei: (I25.0)
 - o St.n. Aortenklappen-Ersatz und aorto-koronarem Bypass am 25.1.2016
 - o St.n. PTCA und Stenting 2007
- Diabetes II

Er befand den Versicherten für Tätigkeiten im Haushalt für 100 % arbeitsfähig. In seiner Beurteilung führte er aus, die medizinische Aktenlage sei vollständig. Der Versicherte habe zwei neue Berichte eingereicht, wovon der eine (von Dr. K. _____) keine neuen Diagnosen oder Erkenntnisse bringe; der andere (von Dr. M. _____) zwar von einer psychischen Belastung spreche, diesbezüglich aber kein klarer Psychostatus verfasst worden sei und auch nicht auf die wesentlichen Veränderungen "im täglichen" eingegangen werde, somit kein objektiver Nachweis einer Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu früheren RAD-Stellungnahmen bestehe. Am Bericht vom 25. April 2017 (E. 5.2.8) könne festgehalten werden.

5.4 Vorliegend führten die RAD-Ärzte Dres. B. _____ und D. _____ für die Beurteilung des Leistungsanspruchs des Versicherten keine eigene ärztliche Untersuchung durch, sondern zogen die medizinischen Atteste der bosnischen Ärzte heran und werteten diese aus. Die Beurteilungen vom 9. Januar, 25. April 2017 und vom 6. September 2017 (IV-act. 39; 39, 53) sind somit reine Aktenberichte. Ihnen kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden, denn sie sind entscheidrelevante 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). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.3.2 f. hiervor), kann darauf nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass die Stellungnahmen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen.

5.4.1 Die RAD-Ärztin Dr. B. _____ beurteilte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorhandenen Akten des Dossiers. In ihrem ersten Bericht vom 9. Januar 2017 (IV-act. 26) erwähnte sie in den Diagnosen den Ersatz der Aortenklappe für Stenose und Koronararterien-Bypass am 25. Januar 2016 sowie die in der Schweiz durchgeführte Operation betreffend den Einsatz von drei Stents im Jahr 2007. Dabei gab sie zur im Januar 2016 durchgeführten Operation lediglich an, dass der Eingriff im Fragebogen vom 31. Mai 2016 von Dr. N. _____, der übrigens nicht in den Akten liegt, erwähnt worden sei. Sie hat demnach weder in das von Dr. med. Mr. sc. I. _____ ausgestellte Entlassungsschreiben vom 31. Januar 2016 des Spitals H. _____ (IV-act. 17, S. 1) noch in die Berichte von Prim. Dr. sc. E. _____, vom 8. Januar sowie 2. Februar 2016 (IV-act. 15, 17) Einsicht genommen und diese ausgewertet. Es liegen ferner keine Arztberichte betreffend eine im Jahr 2007 durchgeführte Operation in den Akten. Somit ist unklar, worauf Dr. B. _____ sich bei ihren Angaben gestützt hat. Zur Tätigkeit des Versicherten führte sie aus, der Versicherte habe von 1980 – 2010 in der Schweiz gearbeitet und sei Maurer. Er gab jedoch in seiner Rentenanmeldung an, eine Ausbildung zum Maler absolviert und zuletzt als Fassaden-Isolierer beschäftigt gewesen zu sein (IV-act. 12). Im Schreiben vom 11. März 2016 an die SAK gab er zudem an, vom 16. März 1987 bis 1998 in Deutschland gearbeitet zu haben (IV-act. 1); schliesslich liegt das Formular E 205 AT "Bescheinigung des Versicherungsverlaufs in Österreich" in den Akten (IV-act. 52), wonach der Versicherte von Mai 1970 bis Juli 1971 mit Unterbrüchen in Österreich tätig gewesen ist. Die Angaben von Dr. B. _____ sind somit widersprüchlich zu den Akten und ausserdem nicht belegt, denn im Dossier fehlen sämtliche Unterlagen betreffend eine Berufstätigkeit in der Schweiz und in Deutschland; ein IK-Auszug liegt nicht in den Akten. Nach Durchführung einer kardiologischen Untersuchung inklusive eines Leistungstests sowie eines Echokardiogramms, welche Dr. B. _____ aufgrund der ungenügenden medizinischen Unterlagen verlangt hatte, nahm sie am 25. April 2017 (IV-act. 39) erneut Stellung. Während ihre Ausführungen zum Leistungstest plausibel erscheinen, fällt jedoch auf, dass sie sich nur oberflächlich mit dem Dossier auseinandergesetzt hat. In ihrer zweiten Stellungnahme wiederholte sie die bereits gemachten Ausführungen, unterliess es jedoch, ihre fehlerhaften und unvollständigen Angaben, wie beispielsweise zum Krankheitsverlauf und zur beruflichen Tätigkeit, zu ergänzen respektive zu korrigieren. Ferner ist unklar, welche medizinischen Berichte sie eingesehen und gewürdigt hat; Ausführungen dazu finden sich in ihrer Stellungnahme nicht. Im Weiteren erstellte sie weder eine Anamnese, noch äusserte sie sich zu den beklagten Leiden. Fraglich ist ebenfalls, inwiefern Dr. B. _____ den Gesundheitszustand

des Versicherten in kardiologischer Hinsicht zu beurteilen vermochte, denn es geht aus den Akten nicht hervor, welchen Facharztstitel sie besitzt. Insgesamt sind ihre Feststellungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten ungenügend.

5.4.2 Dr. med. D. _____, welchem die anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten Berichte (IV-act. 47; Übersetzung: IV-act. 49) vorgelegt worden waren, stützte sich in seinem Schlussbericht vom 6. September 2017 (IV-act. 53) vollumfänglich auf die Stellungnahmen von Dr. B. _____ ab. Zu den neu eingereichten Berichten hielt er fest, dass Prim. Dr. K. _____ keine neuen Diagnosen oder Erkenntnisse bringe, obwohl dieser neben einer Polyneuropathie auch eine "PTSP-a" diagnostiziert hatte. Dr. med. D. _____ diskutierte weder die neu gestellten Diagnosen, noch veranlasste er betreffend die neuen Beschwerdebilder weitere Abklärungen. Die vom Versicherten geschilderten Beschwerden wie Angstzustände und Schlaflosigkeit wurden nicht weiter thematisiert. Zum Bericht von Prim. Sc. Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie, gab er lediglich an, dass dieser keinen klaren Psychostatus verfasst habe. Er sah trotz psychiatrischer Befunde keinen Nachweis für eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letzten Beurteilung durch den RAD. Mit den übrigen Arztberichten setzte er sich nicht auseinander. Die medizinische Aktenlage hielt er für vollständig, obwohl sie – wie bereits ausführlich dargelegt – unvollständig ist (vgl. E. 5.4.1). Eine Aktendiskussion fehlt auch in seinem Schlussbericht. Offensichtlich hat sich Dr. med. D. _____ nicht mit den gesamten Vorakten beschäftigt und alle Berichte gewürdigt. Anzumerken ist ausserdem, dass er als Facharzt für Allgemeinmedizin weder über einen Facharztstitel der Kardiologie noch der Psychiatrie verfügt. Seine Beurteilung ist nicht lückenlos, unvollständig und kann nicht nachvollzogen werden.

5.4.3 Schliesslich kann für die Anspruchsbeurteilung auch nicht auf die Berichte der behandelnden und begutachtenden Fachärzte aus Bosnien abgestellt werden; ihre Berichte sind für die streitigen Belange nicht beweiskräftig. Ihnen kann insbesondere nicht entnommen werden, welche medizinischen Vorakten den Ärzten zur Verfügung standen und daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Berichte auf einer vollständigen Anamnese beruhen. Zudem fehlt es jeweils an einer nachvollziehbaren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

5.4.4 Der Versicherte machte beschwerdeweise geltend, die Vorinstanz habe in seiner Heimat bei der dortigen Sozialversicherung ein Gutachten

in Auftrag gegeben. Anlässlich der daraufhin durchgeführten Untersuchung sei ein IV-Grad von 90 % ermittelt worden. Unklar ist, ob es sich beim vom Versicherten erwähnten Gutachten um den Befund der Facharztpraxis „F. _____“ von Prim. Dr. sc. E. _____ vom 30. Januar 2017 (IV-act. 29, 32) handelt, welcher aufgrund des von Dr. B. _____ geforderten Belastungstests erstellt worden war. Dieser Befund enthält abermals keine Angaben zum IV-Grad. Ein weiteres Gutachten liegt nicht in den Akten; jedoch ist anzumerken, dass im Dossier das Aktorum 4 fehlt; auch im Aktenverzeichnis wird das Dokument 4 nicht aufgezählt. Zudem enthält das Dossier keinerlei persönliche Dokumente des Versicherten wie beispielsweise Ausweispapiere. Somit ist die gesamte Aktenlage unvollständig.

5.4.5 Angesichts der vorstehenden Darlegungen ist im Ergebnis festzuhalten, dass auf die nicht umfassenden und nicht überzeugenden Einschätzungen des RAD nicht abgestellt werden kann. Sie genügen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht. Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den RAD waren nicht gegeben (E. 4.3.2). Mangels einer zuverlässigen, sämtliche relevanten Leiden umfassenden medizinischen Gesamtbegutachtung ist es dem Bundesverwaltungsgericht nicht möglich, aufgrund der Akten mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Es sind daher weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.

5.5 Weiter wirft der invalidenrechtliche Status des Beschwerdeführers Fragen auf, die im Folgenden zu klären sind. Im Rahmen der erstmaligen Prüfung seines Rentengesuchs stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a IVG in Verbindung mit Art. 16 und Art. 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

5.5.1 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nach der Rechtsprechung nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haus-

halt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3; 141 V 15 E. 3.1 m.w.H.; Urteil BGer 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.3).

5.5.2 Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen, unter Berücksichtigung der ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteil BGer 9C_222/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 4.2; Urteil BGer 9C_497/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 3.1).

5.5.3 Die Vorinstanz ging davon aus, dass der Versicherte seit seiner Rückkehr nach Bosnien 2010 nicht mehr gearbeitet habe (IV-act. 25), weshalb die spezifische Methode anwendbar sei. Diese Annahme ist nicht widersprüchlich zu den Angaben des Beschwerdeführers, der im "Fragebogen für den Versicherten" angab, die Arbeit 2010 aufgegeben zu haben. Er präzisierte jedoch, die Arbeitsaufgabe sei aufgrund von Krankheit erfolgt (IV-act. 12, S. 1 – 5). Dazu sind die Angaben des Versicherten in den Formularen "Fragebogen für den Arbeitgeber" und "Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten" konform, in welchem er angab, keine Arbeiten zu verrichten, da er sich krank fühle und ständig Hilfe brauche. Hingegen führte er in seiner Rentenmeldung aus, die gesundheitliche Beeinträchtigung bestehe seit 31. Mai 2016 (IV-act. 3). Am 29. September 2017 erwähnte er beschwerdeweise, dass er in seiner Heimat niemals gearbeitet habe. Er habe die IV-Anmeldung in der Schweiz eingereicht, da er hier zuletzt aktiv gewesen sei und die Beiträge entrichtet habe (act. 1). Hingegen nannte er im Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 27. Oktober 2017 ein Einkommen aus selbständiger Tätigkeit in Höhe von Fr. 300.- und legte dar, er habe nach der Rückkehr aus der Schweiz 2010 bis zu seiner Erkrankung im Jahr 2015 ab und zu Gelegenheitsarbeiten ausgeführt und damit den Lebensunterhalt einigermaßen bestritten. Duplikweise wiederholte er, die Arbeitstätigkeit aufgrund einer Krankheit aufgegeben zu haben und im Anschluss in seine Heimat gezogen zu sein. Im Bericht, welcher

während seines Aufenthalts im Spital H._____ (IV-act. 17, S. 3) erstellt worden war, wird wiederum als Tätigkeit "Landwirt, Träger eines ländlichen Haushalts" angegeben. Die Vorinstanz führte dazu vernehmlassungsweise aus, dass sie bei der bosnischen Verbindungsstelle zum Zweck der Sachverhaltsklärung zusätzliche ärztliche Akten eingefordert habe; Abklärungen in beruflicher Hinsicht hat sie jedoch offenbar keine unternommen. Sie ging – ohne ihre Annahme weiter zu begründen – davon aus, dass der Versicherte auch ohne Gesundheitsschaden höchstwahrscheinlich keine Erwerbstätigkeit mehr ausüben würde, da er seit seiner Rückkehr nach Bosnien im Jahr 2010 nicht mehr gearbeitet habe. Gleichzeitig führte sie aus, der Versicherte leide seit Jahren an einer koronaren Herzkrankheit, weshalb ihm bereits im Jahre 2007 in der Schweiz drei Stents implantiert worden seien; am 25. Januar 2016 sei ein weiterer chirurgischer Eingriff erfolgt. Die Auswirkungen des Gesundheitsschadens in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit seien in der Tat als gravierend zu bezeichnen, wodurch sich eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit ergäbe (act. 10). Unklarheiten bestehen ebenfalls betreffend die berufliche Tätigkeit. Es wird von der Vorinstanz weder dargelegt, noch ergibt es sich aus den Akten, in welchem Umfang der Beschwerdeführer in der Schweiz tätig gewesen ist und in welcher Höhe er Beiträge geleistet hat. In der Duplik (act. 17) führte die Vorinstanz aus, eine Nachfrage bei der kantonalen IV-Stelle O._____ habe ergeben, dass betreffend den Versicherten kein Aktendossier geführt werde. Dennoch wurde im Dokument "Exposé d'une demande de prestations" vage ausgeführt, er habe 82 Monate, von 1980 – 2010 in der Schweiz gearbeitet (IV-act. 25). Worauf sich diese Angaben stützen, ist zweifelhaft. In der Folge nahm die Vorinstanz eine Tätigkeit des Versicherten im Haushalt an; Haushaltsabklärungen sind hingegen nicht erfolgt.

5.5.4 Die Aussagen des Beschwerdeführers betreffend die Berufstätigkeit in seiner Heimat sind widersprüchlich und die Angaben der Vorinstanz sind nicht belegt. Unbestritten ist, dass der Versicherte mindestens seit 2007 – also bereits vor der Arbeitsaufgabe im Jahr 2010 – an einer Herzkrankheit leidet, welche sich im Laufe der Zeit verschlechterte und eine erneute Operation im Jahr 2016 erforderlich machte. In Anbetracht dessen wäre abzuklären gewesen, ob der Versicherte die Erwerbstätigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme aufgegeben hat. Schliesslich räumte die Vorinstanz ein, dass der Versicherte aufgrund koronarer Beschwerden in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. Die Vorinstanz hat jedoch – abgesehen von der Einholung diverser Fragebögen – keine Abklärungen in dieser Hinsicht getroffen. Aus dem Dargelegten folgt, dass aufgrund der Akten eine abschliessende Beurteilung der für einen Rentenanspruch oft

wegweisenden Statusfrage nicht möglich ist. Die Vorinstanz hat folglich auch bezüglich der Statusfrage ergänzende Abklärungen vorzunehmen.

5.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG), sodass die Verfügung vom 19. September 2017 aufzuheben ist. Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ausnahmsweise möglich, denn es liegt nicht ein vom Bundesverwaltungsgericht zu würdigendes Administrativgutachten im Recht. Vielmehr war die Zulässigkeit eines Aktenberichts durch den RAD zu beurteilen. Wie sich vorstehend gezeigt hat, konnte dieser jedoch nicht auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen offensichtlich unzulässig, was zwangsläufig zur weiteren Sachverhaltsabklärungen hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären (sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann), auf das Gericht. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als dass die Aktenbeurteilung durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die oftmals weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Weiter ist zu beachten, dass für Fälle mit Auslandsbezug eine spezialisierte IV-Stelle eingerichtet worden ist. Überdies sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art nicht isoliert, sondern interdisziplinär zu beurteilen. Daher und infolgedessen, dass vorliegend aufgrund der Aktenlage keine genügende Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung wird mit der Weisung verbunden, eine interdisziplinäre, psychiatrische sowie kardiologische Begutachtung des Beschwerdeführers in der Schweiz durchzuführen. 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 Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Im Rahmen einer pluridisziplinären Begutachtung ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Wird im Zusammenhang mit der Untersuchung eine psychosomatische Erkrankung festgestellt, so ist – wie grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen – ein strukturiertes Beweisverfahren nach den in BGE 141 V 281 definierten Indikatoren vorzunehmen, welches auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen basiert (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; 141 V 281 E. 3.6 ff.). Im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung werden die Gutachter insbesondere auch im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.). Bei diesem Ergebnis ist auf den Antrag auf Befragung des Beschwerdeführers durch das Gericht nicht weiter einzugehen.

6.

Der Beschwerdeführer rügt in seiner Beschwerde weiter, die Vorinstanz habe sich auf den von den bosnischen Ärzten ermittelten IV-Grad von 90 % abzustützen (act. 1, S. 3 f.). Dazu ist vorab festzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung für den Beweiswert eines Arztberichts weder die Herkunft des Berichts noch die Bezeichnung ausschlaggebend ist, sondern einzig, ob der Bericht den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen genügt (vgl. E. 4.3.1 dieses Urteils). Im Unterschied dazu besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich des Invaliditätsgrads oder Anspruchsbeginns (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Nach dem Gesagten sind für die Abklärungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers die bosnischen Arztberichte heranzuziehen, sofern sie den Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genü-

gen. Jedoch kann der Beschwerdeführer nicht verlangen, dass sich die Vorinstanz bei der Ermittlung des IV-Grads auf die Feststellungen der bosnischen Ärzte abzustützen hat. Seine diesbezügliche Rüge ist unbehilflich.

7.

Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 19. September 2017 aufzuheben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen (E. 5.6) und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen ist.

8.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

8.1 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. Die mit Zwischenverfügung vom 19. September 2017 (act. 9) gewährte unentgeltliche Rechtspflege kommt, da sie subsidiärer Natur ist, nicht zum Tragen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

8.2 Der obsiegende, rechtsanwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen. Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) gerechtfertigt (Art. 65 Abs. 5 VwVG i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. a VGG und Art. 14 Abs. 2 VGKE).

(Dispositiv: nächste Seite)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde vom 29. September 2017 wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Verfügung vom 19. September 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen medizinischen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne von E. 5.6 vornehme und anschliessend neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- zugesprochen, die nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils von der Vorinstanz zu leisten ist.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Michael Peterli

Barbara Camenzind

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 Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: