
Abteilung III
C-5718/2009

Urteil vom 11. Januar 2011

Besetzung

Richter Stefan Mesmer (Vorsitz),
Richter Michael Peterli,
Richterin Elena Avenati-Carpani,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung, Verfügung vom 20. August 2009.

Sachverhalt:**A.**

Der 1950 geborene, verheiratete Schweizer Bürger A._____ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) wohnt gemäss eigenen Angaben seit Geburt im B._____ (Deutschland). Zuletzt war er ab 1984 selbstständig im Elektrogerätehandel tätig. In den Jahren 1987 bis 1995 entrichtete er als freiwillig versicherter Auslandschweizer Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Am 5. November 2008 meldete er sich in Deutschland wegen Bandscheiben-, Wirbelsäule- und Fussbeschwerden zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an; das vom ausländischen Sozialversicherungsträger weitergeleitete Leistungsgesuch ging am 5. Januar 2009 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) ein (vorinstanzliche Akten [*im Folgenden: act.*] 1 bis 3, 5, 16, 17, 47 und 48).

B.

Nachdem bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA; *im Folgenden auch: Vorinstanz*) eine Mitteilung über die Rentenablehnung durch die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg vom 27. Februar 2009 (act. 8) eingegangen war und diese Abklärungen für die Beurteilung des Versicherungsanspruchs in beruflich-erwerblicher sowie medizinischer Hinsicht durchgeführt hatte (act. 13 bis 48), gab Dr. med. C._____ vom medizinischen Dienst der Vorinstanz am 6. Juni 2009 eine Stellungnahme ab (act. 49). Dieser kam zum Schluss, dass der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig und in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit voll arbeitsfähig sei. Gestützt auf diese Beurteilung stellte die Vorinstanz dem Versicherten mit Vorbescheid vom 10. Juni 2009 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. 50). Nachdem er hiergegen am 23. Juni 2009 seine Einwendungen vorgebracht hatte (act. 51), erliess die IVSTA am 20. August 2009 eine dem Vorbescheid vom 10. Juni 2009 im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 52).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 5. September 2009 beim Bundesverwaltungsgericht (*im Folgenden auch: BVGer*) Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 20. August 2009 (Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: B-act.*] 1).

Zur Begründung führte er aus, er habe am 20. August 2009 "Klage gegen den Rentenbescheid erhoben" und ausserdem am 5. September 2009 einen "Änderungsantrag (Schwerbehinderungsrecht)" gestellt.

D.

In ihrer Vernehmlassung vom 21. Dezember 2009 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (B-act. 5).

Diesen Antrag begründete sie im Wesentlichen damit, gestützt auf das Gutachten der deutschen Sozialversicherung vom 30. Januar 2009 und die weiteren medizinischen Unterlagen sei der medizinische Dienst zur Feststellung gelangt, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seinem angestammten Beruf nur zu 20 % eingeschränkt sei und leichte bis mittelschwere Verweisungstätigkeiten voll zumutbar seien. Somit bestehe keine Invalidität von anspruchsbegründendem Ausmass.

E.

Mit Zwischenverfügung vom 28. Dezember 2009 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, bis zum 3. Februar 2010 einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- zu leisten (B-act. 6). Zudem wurde ihm Gelegenheit gegeben, eine Replik einzureichen.

F.

Mit Eingaben vom 25. Januar, 4. Februar und 13. März 2010 gelangte der Beschwerdeführer ans Bundesgericht (*im Folgenden auch: BGer*) und machte unter anderem geltend, er sei aus finanziellen Gründen nicht in der Lage, den einverlangten Verfahrenskostenvorschuss zu leisten. Zudem reichte er diverse fachärztliche Berichte ein. Mit Schreiben vom 24. März 2010 teilte das Bundesgericht dem Bundesverwaltungsgericht mit, es habe sich herausgestellt, dass sich das Schreiben vom 25. Januar 2010 gegen die Zwischenverfügung des Bundesverwaltungsgerichts vom 28. Dezember 2009 richte. Das Bundesgericht übermittelte dem Bundesverwaltungsgericht daher die Akten zur weiteren Behandlung des vom Beschwerdeführer sinngemäss gestellten Gesuchs um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege (B-act. 13).

G.

Am 4. Februar 2010 reichte der Beschwerdeführer bei der Vorinstanz einen Bescheid der Deutschen Rentenversicherung (D._____) vom 3.

Februar 2010 ein, der dem Bundesverwaltungsgericht zuständigkeitshalber übermittelt wurde (B-act. 8).

H.

Bevor das Bundesverwaltungsgericht Kenntnis von den Eingaben des Beschwerdeführers an das Bundesgericht erhalten hatte, trat es mit Urteil vom 16. Februar 2010 auf die Beschwerde androhungsgemäss nicht ein (B-act. 9). Aufgrund der Mitteilung des Bundesgerichts vom 24. März 2010 stellte der Instruktionsrichter in seiner Verfügung vom 15. April 2010 fest, dass das Urteil vom 16. Februar 2010 nichtig sei. Zudem wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, das Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen dem Bundesverwaltungsgericht einzureichen (B-act. 14); die entsprechenden Unterlagen gingen am 21. Mai 2010 ein (B-act. 16).

I.

Nachdem die Unterlagen zur unentgeltliche Rechtspflege am 21. Mai 2010 eingegangen waren (B-act. 16), widerrief der Instruktionsrichter mit Verfügung vom 25. Mai 2010 die Aufforderung zur Leistung eines Kostenvorschusses und nahm die beim Bundesgericht eingereichten Eingaben des Beschwerdeführers als Replik zu den Akten. Die Vorinstanz erhielt Gelegenheit zur Einreichung einer Duplik (B-act. 17).

J.

In ihrer Duplik vom 18. Juni 2010 hielt die Vorinstanz an ihren Rechtsbegehren fest.

Zur Begründung führte sie aus, ihr ärztlicher Dienst sei aufgrund der neuen medizinischen Unterlagen erneut um eine Stellungnahme gebeten worden. Der beurteilende Arzt sei zum Schluss gelangt, dass sich erst nach dem Verfügungszeitpunkt (20. August 2009) neue medizinische Sachverhaltselemente ergeben hätten; diese könnten im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht beachtet werden (B-act. 18).

K.

Mit Verfügung vom 5. Juli 2010 schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel (B-act. 19).

L.

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. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 20. August 2009 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Zusammenfassend ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

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 Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 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 20. August 2009 (act. 52), 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. 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 anwendbar 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).

Im vorliegenden Verfahren finden daher grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 20. August 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]).

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des

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. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (so auch das Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]).

Der in Deutschland wohnhafte Beschwerdeführer hat sich vor dem 31. Dezember 2008 beim deutschen Versicherungsträger zum Leistungsbezug angemeldet. Auch wenn diese Anmeldung erst am 5. Januar 2009 bei der SAK einging, ist aus Gründen der Gleichbehandlung mit Staatsangehörigen von EU-Staaten, die im EU-Raum wohnhaft sind, vorliegend auf die Anmeldung in Deutschland abzustellen, die vor dem 31. Dezember 2008 erfolgte. Hinsichtlich des Zeitpunkts des Rentenbeginns gilt mit Blick auf das Anmeldedatum (5. November 2008) das alte Recht, sofern der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist.

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

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare 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).

2.3. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1^{ter} IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie – wie der Beschwerdeführer – in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

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

Vorliegend ist demnach zu prüfen, ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer seit dem 5. November 2007, d.h. zwölf Monate vor der Anmeldung zum Leistungsbezug (vgl. Bst. A. hiervor), Anspruch auf Leistungen der IV hatte oder ob ein solcher Anspruch danach bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (20. August 2009) entstanden bzw. wieder weggefallen ist.

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

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

3.

Die IVSTA stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 20. August 2009 (act. 52) insbesondere auf die Stellungnahmen von Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom medizinischen Dienst vom 6. Juni 2009 (act. 49) und 15. Juni 2010 (act. 55). Diese medizinischen Dokumente 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. In seiner ersten Stellungnahme vom Juni 2009 berichtete Dr. med. C._____, der Sachverhalt werde ausführlich im Formular E 213 vom 20. Januar 2009 dargestellt. Weiter diagnostizierte er zur Hauptsache eine Schultersteife rechts sowie ein chronisches Wirbelsäulensyndrom. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine beginnende Polyneuropathie bei einem Diabetes mellitus, Knorpelschäden (rechte Kniescheibe), eine mögliche koronare Herzkrankheit, einen Fersensporen sowie Hüftschmerzen rechts bei weitgehend erhaltener Beweglichkeit. Dr. med. C._____ attestierte dem Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit seit 20. Januar 2009 und erachtete eine leidensadaptierte Verweisungstätigkeit als voll zumutbar. Weiter hielt er dafür, dass aufgrund der Aktenlage klar sei, dass der Versicherte wegen der rechten Schulter Gewichte nicht mehr über Kopfhöhe heben und über Treppen hochtragen könne. Der Transport von Geräten mit Hilfsmitteln auf ebenem Gelände, Lagerarbeiten und Elektroreparaturen seien aber voll zumutbar. Eine fachärztliche Beurteilung habe nie stattgefunden und eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit sei von keinem der behandelnden Ärzte attestiert worden.

Dr. med. C._____ stützte sich im Rahmen seiner Beurteilung vom 6. Juni 2009 insbesondere auf den vom Internisten Dr. med. E._____ auf dem Formular E 213 verfassten Arztbericht vom 30. Januar 2009 (act. 47). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt: Schulterteilsteife rechts, chronisches Wirbelsäulensyndrom, tablettspflichtige Zuckerkrankheit und in diesem Zusammenhang beginnende Schädigung peripherer Nerven, Knorpelschaden der rechten Kniescheibe, mögliche koronare Herzkrankheit, Fersensporen beidseits sowie Hüftschmerzen rechts bei weitgehend erhaltener Beweglichkeit. Im Rahmen der zusammenfassenden Beurteilung führte Dr. med. E._____ weiter aus, der Versicherte klagt über verschiedene Beschwerden im Bewegungsapparat. Fachärztliche Beurteilungen und Röntgen-Befunde lägen hierzu im Wesentlichen nicht vor. Die Einstellung der Zuckerkrankheit sei offenbar ausreichend. Der Versicherte habe angegeben, die vom Kardiologen Dr. med. F._____ empfohlenen weiterführenden Untersuchungen demnächst in Angriff zu nehmen. Es sei bekannt, dass bei Zuckerkranken klinisch stumme Durchblutungsstörungen des Herzens auftreten könnten. Sollte sich der

Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit bestätigen, wäre wahrscheinlich eine Behandlung möglich. Die Würdigung der verschiedenen Leiden führe zum Ergebnis, dass das Leistungsvermögen eingeschränkt, nicht aber aufgehoben sei. Leichte Arbeiten könnten vollschichtig (mit gewissen Einschränkungen) verrichtet werden. Die bisherige Tätigkeit sei mit dem Leistungsbild aber nicht zu vereinbaren.

3.2.

3.2.1. Aufgrund des Berichts von Dr. med. E._____ bzw. der weiteren, bis zum Verfügungszeitpunkt am 20. August 2009 vorliegenden ärztlichen Dokumente wurde der Beschwerdeführer in Bezug auf seine geklagten Beschwerden im Bewegungsapparat weder fachärztlich abgeklärt noch wurden entsprechende bildgebende Untersuchungen veranlasst. Dass der Gesundheitszustand des Versicherten und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nicht rechtsgenügend abgeklärt worden waren, ergibt sich auch aus dem Bericht von Dr. med. F._____, Facharzt für Innere Medizin (Kardiologie), vom 6. Mai 2008 (act. 40), der eine ergänzende Ischämiediagnostik sowie eine Myokardszintigraphie für erforderlich hält. Derartige Untersuchungen wurden aber nicht durchgeführt, sodass auch nicht beurteilt werden kann, ob allenfalls eine invasive kardiologische Diagnostik angezeigt wäre.

Da die Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers insbesondere im orthopädischen und kardiologischen Bereich nicht durch Fachärzte oder Fachärztinnen eingehend abgeklärt worden sind, kann auch nicht ohne Weiteres auf die Stellungnahmen der Dres. med. C._____ (Facharzt für Allgemeine Medizin) und E._____ (Facharzt für Innere Medizin) abgestellt werden. Dass das eigenständige Fachgebiet der Kardiologie im weiteren Sinne der Inneren Medizin zuzuordnen ist, vermag hieran nichts zu ändern, zumal auch der Internist Dr. med. E._____ die von Dr. med. F._____ empfohlenen weiterführenden Untersuchungen erwähnt hatte. Unter diesen Umständen wären weitere spezialärztliche Abklärungen resp. das Einholen von Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärzte und oder -ärztinnen notwendig gewesen, da nur diese über das erforderliche Fachwissen verfügen, um die Leiden des Beschwerdeführers ausreichend beurteilen zu können. Mangels einer rechtsgenügenden ärztlichen Beurteilung der somatischen Beeinträchtigungen kann folglich nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt

werden, ob und allenfalls ab wann und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist.

3.2.2. Hinzu kommt weiter, dass die Beurteilungen der Dres. med. C._____ und E._____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner zuletzt ausgeübten, selbstständigen Tätigkeit deutlich voneinander abweichen. Während Dr. med. E._____ die Auffassung vertrat, dass diese Tätigkeit mit dem Leistungsbild nicht zu vereinbaren sei, war Dr. med. C._____ der Ansicht, dass bloss eine Einschränkung von 20 % vorliege. Die diesbezüglichen Ausführungen von Dr. med. C._____ überzeugen nicht und vermögen diesen Widerspruch nicht rechtsgenügend zu beheben.

3.2.3. Nebst den Unstimmigkeiten im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ergeben sich mit Blick auf die Akten weitere nicht rechtsgenügend ab-geklärte Sachverhaltselemente. So sind insbesondere auch betreffend die Zumutbarkeit einer leidensadaptierten Tätigkeit noch offene Fragen zu klären. Die Zumutbarkeitsbeurteilungen der Dres. med. C._____ und E._____ stimmen zwar insofern überein, als beide Ärzte berichteten, dass dem Beschwerdeführer eine leidensadaptierte Verweisungstätigkeit vollschichtig zumutbar sei. Dr. med. E._____ wies aber darauf hin, dass leichte Arbeiten zwar vollschichtig ausgeübt werden könnten, diesbezüglich jedoch Einschränkungen bestünden. Worin diese bestehen und welchen Einfluss sie auf die Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit haben, bleibt aber offen.

3.3. In seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2010 gab Dr. med. C._____ eingangs die vom Beschwerdeführer während des Instruktionsverfahrens eingereichten medizinischen Berichte (B-act. 13) wieder und führte aus, aufgrund dieser Unterlagen sei nach der Verfügung vom 20. August 2009 eine neu aufgetretene koronare Dreifässerkrankung mit Operationsindikation am 4. Dezember 2009 erstmals dokumentiert. Über den weiteren kardialen Verlauf sei nichts bekannt, auch nicht über die Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2009. In Bezug auf die Gesundheitsprobleme, welche anlässlich der ersten Stellungnahme bekannt gewesen seien, seien bis zum Datum der Verfügung (20. August 2009) keine neuen Aspekte geltend gemacht worden. An der Stellungnahme vom 6. Juni 2009 könne festgehalten werden. Für an-

gepasste mittelschwere Arbeiten habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden.

3.3.1. Anlässlich der stationären Herzkatheteruntersuchung vom 4. Dezember 2009 ergaben sich neu unter anderem die Diagnosen einer koronaren Dreifässerkrankung sowie eines Zustands nach einem Hinterwandinfarkt (stumm). Es wurde eine operative Revaskularisation empfohlen und darauf hingewiesen, dass der Versicherte von einem herzchirurgischen Zentrum bei Akzeptanz zur Operation einbestellt werde und dieser sich bis zum Operationsdatum schonen sollte (B-act. 13).

3.3.2. Es trifft zu, dass die koronare Dreifässerkrankung mit Operationsindikation erstmals am 4. Dezember 2009 dokumentiert worden war. Jedoch wurde – wie vorstehend bereits dargelegt – der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit bereits von Dr. med. E._____ geäußert, weshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass diese Erkrankung erst nach dem Erlass der Verfügung vom 20. August 2009 aufgetreten ist und der entsprechende Bericht im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen ist. Vielmehr bezieht er sich auf den möglicherweise bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden gesundheitlichen Zustand. Somit steht er mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang und ist geeignet, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen), weshalb er vorliegend Berücksichtigung zu finden hat. Dennoch kann der Bericht vom 4. Dezember 2009 mangels Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der bisherigen Arbeit resp. in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit ebenfalls nicht als rechtsgenügeliche Entscheidbasis dienen.

3.3.3. Dasselbe gilt schliesslich auch für den vorliegend ebenfalls zu berücksichtigenden Bericht von Dr. med. G._____, Ärztin am H._____, vom 5. November 2009 (B-act. 13). Auch in diesem Dokument wurden keine verlässlichen resp. rechtsgenügelichen Angaben hinsichtlich einer leidensadaptierten Tätigkeit gemacht und betreffend die bisherige Tätigkeit bloss – ohne nähere Begründung – erwähnt, diese sei nicht mehr mindestens drei Stunden täglich möglich.

3.4. Nach dem Dargelegten beruht die angefochtene Verfügung vom 20. August 2009 betreffend die Rentenabweisung in medizinischer Hinsicht auf einem unvollständig bzw. unkorrekt ermittelten Sachverhalt (vgl. Art.

49 Bst. b VwVG und Art. 49 ATSG), weshalb im vorliegenden Verfahren nicht beurteilt werden kann, ob ein Rentenanspruch besteht, und, wenn dies der Fall sein sollte, 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 eine Expertin oder einen Experten in den Fachgebieten der Kardiologie/ kardiologischen Chirurgie und der Orthopädie/Rheumatologie zu erfolgen. Weiter hat die Vorinstanz nach Vorliegen der fachärztlichen Untersuchungsergebnisse abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer infolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3).

4.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Rentenverfügung vom 20. August 2009 aufzuheben und die Sache mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, ergänzende spezialärztliche Untersuchungen durchführen zu lassen und anschliessend in der Sache neu zu verfügen.

5.

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten, eine allfällige Parteientschädigung sowie das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege im vorliegenden Beschwerdeverfahren.

5.1. 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 beim Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten zu erheben und sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Kostenerlass, Art. 65 Abs. 1 VwVG) ist als gegenstandslos geworden abzuschreiben. Der Vorinstanz können keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

5.2. 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 insofern gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 20. August 2009 aufgehoben wird und die Sache im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird als gegenstandslos geworden abgeschrieben.

3.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben und es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Stefan Mesmer

Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6005 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: