



Abteilung III
C-6827/2018

Urteil vom 19. Februar 2020

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Brigitte Blum-Schneider.

Parteien

A. _____, (Spanien),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Rentenrevision;
Verfügung der IVSTA vom 10. Oktober 2018.

Sachverhalt:**A.**

A._____ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), geboren am (...) 1962, spanischer Staatsangehöriger, verheiratet und Vater von vier Kindern (geb. 1986, 1988 und 1994), arbeitete zwischen 1981 und 1986 während 47 Monaten in der Schweiz und leistete in dieser Zeit Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [IV-act.] 5 S. 10; 10). Am 5. Mai 2009 stellte er seine letzte Tätigkeit als Chauffeur von Warentransporten wegen einer schweren chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) ein (IV-act. 2 S. 2; 30).

B.

Am 25. Mai 2010 stellte der Versicherte beim spanischen Versicherungsträger (H._____) ein Gesuch um Ausrichtung einer schweizerischen Invalidenrente (IV-act. 1 f.); dieses Gesuch traf am 10. Juni 2010 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse ein. Nach Abklärung der wirtschaftlichen und medizinischen Verhältnisse und Stellungnahme von Dr. B._____ des medizinischen Dienstes der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA oder Vorinstanz) vom 14. Februar 2011 stellte die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 28. Februar 2011 die Gewährung einer ganzen Rente ab 1. November 2010 in Aussicht (IV-act. 34 f.). Nachdem der Versicherte hierauf nicht reagierte, erliess die Vorinstanz am 6. Juni 2011 einen gleichlautenden Entscheid (IV-act. 43 S. 2).

C.

Am 7. November 2012 eröffnete die IVSTA ein Revisionsverfahren und forderte den spanischen Versicherungsträger auf, eine aktuelle medizinische Beurteilung einzureichen. Nach Eingang des Arztberichtes E213 vom 11. Januar 2013 und weiterer Akten der behandelnden Ärzte führte Dr. C._____ des medizinischen Dienstes der IVSTA am 14. Juni 2013 aus, die schwere COPD im Stadium Gold IV habe sich erwartungsgemäss nicht verbessert; nach wie vor werde eine Lungentransplantation geprüft. Betreffend Arbeitsfähigkeit bestehe derselbe Grad wie bereits zuvor (IV-act. 60). Die IVSTA bestätigte daraufhin mit Mitteilung vom 21. Juni 2013 an den Versicherten dessen weiteren Anspruch auf eine ganze Rente (IV-act. 61).

D.

Am 24. Mai 2017 eröffnete die IVSTA ein weiteres Revisionsverfahren (IV-

act. 66). Im Rahmen der darauffolgenden medizinischen und wirtschaftlichen Abklärungen teilte der spanische Versicherungsträger nach Erstellen eines Arztberichts E213 mit, der Versicherte habe am 28. Dezember 2015 eine bilaterale Lungentransplantation durchlaufen und sei in angepasster Tätigkeit wieder arbeitsfähig (IV-act. 81; 85). Mit Stellungnahmen vom 16. Dezember 2017, 19. März 2018 und 23. Juni 2018 bestätigte Dr. D. _____ vom medizinischen Dienst der Vorinstanz die erfolgreiche Durchführung der Lungentransplantation und einen problemlosen postoperativen Verlauf. Unter Berücksichtigung der lebenslangen Immunsuppression sei dem Versicherten sechs Monate nach erfolgter Operation (d.h. ab 29. Juni 2016) eine angepasste Tätigkeit zu 80% zuzumuten. Auch die Selbsteingliederung sei aus medizinischer Sicht zumutbar und möglich (IV-act. 88; 100; 103). Auf den Vorbescheid vom 19. Juli 2018 hin reichte der Versicherte einen Arztbericht vom 9. August 2018, der eine Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit als Chauffeur verneinte, zu den Akten (IV-act. 107). Mit weiterer Stellungnahme vom 6. Oktober 2018 bestätigte Dr. D. _____ ihre bisherige Beurteilung, wonach dem Versicherten die Wiederaufnahme einer leichten, leidensadaptierten Tätigkeit zumutbar sei (IV-act. 110). Die IVSTA bestätigte daraufhin mit in Französisch verfasster Verfügung vom 10. Oktober 2018 (eröffnet am 19.10.2018; Beschwerdeakten [B-act.] 4) die Aufhebung der bisher gewährten Rente per 1. Dezember 2018 (IV-act. 112).

E.

E.a Mit Eingabe in Spanisch vom 12. November 2018 (Datum Postaufgabe: 13.11.2018) erhob A. _____ Beschwerde gegen diese Verfügung und beantragte die Entgegennahme der Beschwerde, die Aufhebung des Revisionsentscheides, die Weitergewährung der bisherigen Rente und die Nachzahlung der Rente seit Suspension der Auszahlung. Er stütze sich dazu auf einen Bericht des Universitätsspitals E. _____ in (...). Die Transplantation habe sicherlich eine Verbesserung mit sich gebracht, er habe jedoch seine Arbeitsfähigkeit nicht zurückgewonnen (B-act. 1). Als Beweismittel reichte er einen Arztbericht vom 5. November 2018 seines behandelnden Pneumologen ein [B-act.] 1 Beilage 3).

E.b In ihrer Vernehmlassung vom 7. Januar 2019 stellte die Vorinstanz den Antrag auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Sie verwies dabei auf die ergänzende Stellungnahme von Dr. D. _____ des medizinischen Dienst-

tes, wonach das Arzteugnis vom 5. November 2018 nicht zu einer geänderten Beurteilung führe. Es liege eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor (B-act. 4).

E.c Mit Replik vom 15. Februar 2019 ersuchte der Beschwerdeführer um Wechsel der Verfahrenssprache ins Deutsche und betonte, er sei wegen seiner Lungenerkrankung nicht arbeitsfähig (B-act. 9). Er nahm gleichentags mit weiterer Eingabe Stellung zur Verfahrenssprache Deutsch (B-act. 15).

E.d Am 20. Februar 2019 leistete der Beschwerdeführer den vom Gericht erhobenen Kostenvorschuss von Fr. 800.– (B-act. 5-8).

E.e Unter Bezugnahme auf seine Replik stellte der Beschwerdeführer dem Gericht am 6. März 2019 einen Arztbericht vom 25. Februar 2019 zu (B-act. 13).

E.f Mit Zwischenverfügung vom 19. März 2019 entschied die zuständige Instruktionsrichterin, dass das Beschwerdeverfahren in Deutsch fortgesetzt werde und überwies die Sache an einen Instruktionsrichter deutscher Muttersprache (B-act. 14).

E.g Am 3. Mai 2019 reichte die Vorinstanz aufforderungsgemäss ihre Duplik ein, wies daraufhin, dass der neu eingereichte Arztbericht vom 25. Februar 2019 wortwörtlich den Arztbericht vom 5. November 2018 übernehme, und hielt an ihren Feststellungen und Anträgen gemäss Vernehmlassung fest (B-act. 18).

E.h Am 17. Mai 2019 brachte der neu zuständige Instruktionsrichter die Duplik dem Beschwerdeführer zur Kenntnis und schloss den Schriftenwechsel ab (B-act. 19).

E.i Mit Schreiben vom 11. Juni 2019 an das Bundesverwaltungsgericht wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass er vor einem Monat sehr krank gewesen sei und es ihm nur dank dem Eingreifen seiner Spezialisten wieder bessergehe; er verstehe nicht, weshalb er als arbeitsfähig beurteilt werde, und sei bereit, sich in der Schweiz fachärztlich untersuchen zu lassen (B-act. 21).

F.

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.

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

1.3 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss am 20. Februar 2019 fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

2.

2.1 Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Spanien und hat dort seinen Wohnsitz. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen an den Verordnungen Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 zu beachten (siehe AS 2015 343, AS 2015 345, AS 2015 353). Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität

beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

3.

3.1 In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 10. Oktober 2018) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den – bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden – gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

3.2 Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV ist in Anbetracht dessen, dass die IVSTA die Rentenrevision im Mai 2017 eingeleitet und mit angefochtener Verfügung die bisher gewährte Rente per 1. Dezember 2018 aufgehoben hat, auf die seit dem 1. Januar 2012 gültigen Fassungen gemäss dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision abzustellen (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]).

3.3 Die Revision einer gesprochenen Rente kann auf Begehren des Rentenempfängers oder von Amtes wegen erfolgen (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Eine Anpassung des Invaliditätsgrades im Revisionsverfahren setzt eine erhebliche und anhaltende Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus.

Zeitlicher Ausgangspunkt dieser Beurteilung ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung

in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich des resultierenden Invaliditätsgrad geeignet sein, Auswirkungen auf die Rente zu zeitigen. Diese Änderung kann den Gesundheitszustand, erwerbliche Auswirkungen oder auch die anwendbare Methode betreffen (BGE 130 V 343 E. 3.5). Unter revisionsrechtlicher Perspektive ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts allerdings unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b m.w.H.; Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Ebenfalls unbeachtlich bleiben nicht genügend fassbare oder lediglich vorübergehende Sachverhaltsänderungen (U. KIESER, Die Erheblichkeit der Invaliditätsgradänderung als Rentenanpassungsvoraussetzung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2007, S. 159).

4.

4.1 Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

4.2 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des BGer 9C_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

4.3 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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die – arbeitsmedizinische – Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

4.4

4.4.1 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 dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.4.2 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten

Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; BGE 135 V 465 E. 4.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

4.4.3 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f. und 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich

feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

5.

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht auf das Vorliegen einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers geschlossen hat, nachdem er am 28. Dezember 2015 einer beidseitigen Lungentransplantation unterzogen worden ist.

5.1 Zur Prüfung, ob eine wesentliche Verbesserung eingetreten ist, ist die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers im Juni 2013 mit derjenigen zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung zu vergleichen. Die bisher gewährte Rente wurde zwar nur mit blosser Mitteilung vom 21. Juni 2013 bestätigt. Im Rahmen der Rentenrevision wurden jedoch – wie im Rahmen des Verfahrens, das zur Rentengewährung am 6. Juni 2011 geführt hatte – fachärztliche Berichte der Spitäler F._____ und E._____ in (...) im relevanten Zeitraum und ein Ausführlicher Ärztlicher Bericht E 213 des H._____, dem eine persönliche Begutachtung des Beschwerdeführers zugrunde lag, eingefordert und schliesslich eine eingehende Prüfung durch den medizinischen Dienst der Vorinstanz vorgenommen.

Dieser schloss am 14. Juni 2013, es liege eine seit 2009 unveränderte Situation mit einhergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit vor (IV-act. 60). Darauf und auf die nachfolgende medizinische Beschreibung im Rahmen der damaligen Entscheidungsfindung ist abzustellen (s. E. 3.3).

5.2 Der Bestätigung der ganzen Rente mit Mitteilung vom 21. Juni 2013 lagen unter anderem folgende Berichte zugrunde: Der Ausführliche Ärztliche Bericht E 213 von Dr. G. _____ vom 11. Januar 2013 im Auftrag des H. _____ hält fest, dass eine COPD-Erkrankung mit Dyspnoe bei (bereits) geringer Anstrengung vorliege; der Patient sei für eine Lungentransplantation vorgesehen. Die Ärztin hielt schwere funktionelle Einschränkungen fest und erachtete den Exploranden als vollständig arbeitsunfähig seit 2009, auch in angepasster Tätigkeit (IV-act. 50). In seinem Arztbericht vom 22. Januar 2013 diagnostizierte Dr. I. _____, Pneumologe des Spitals F. _____, eine sehr schwere COPD mit Schweregrad Gold IV (Lungenfunktion weicht um mehr als 70 Prozent vom Sollwert ab, Patienten sind chronisch mit Sauerstoff unterversorgt, leiden unter schwerer Atemnot bei Alltagstätigkeiten und teilweise sogar im Ruhezustand), aktuell rezidivierend. In seinem Arztbericht vom 1. März 2013 berichtete Dr. J. _____, Internist des Spitals F. _____, der Patient werde aktuell behandelt wegen einer dekompensierten COPD Gold IV. Letztmals sei dieser am 13. Februar 2013 in der Inneren Medizin behandelt worden wegen einer kapnischen (übermässige Bildung von CO₂) respiratorischen Insuffizienz. Am 12. März 2013 bestätigte das Ärzteteam der Invalidenkommission des Sozialdepartementes in (...) das Vorliegen eines Lungenemphysems (irreversible Überblähung der Lungenbläschen). In seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2013 (IV-act. 60) hielt Dr. C. _____ des medizinischen Dienstes der IV-STA fest, dass eine schwere chronisch obstruktive Bronchopneumopathie (COPD), Stadium Gold IV, vorliege, die sich erwartungsgemäss nicht verbessert habe. Nach wie vor werde eine Lungentransplantation geprüft. Es liege derselbe Grad einer Arbeitsunfähigkeit vor (80% in jeglicher Tätigkeit seit 25. April 2009).

5.3 Der Beurteilung im Verfügungszeitpunkt (10.10.2018) lagen folgende Berichte und medizinischen Beurteilungen zugrunde: Dem Entlassungsbericht von Dr. K. _____, Thoraxchirurgie, Universitätsspital E. _____, (...), vom 20. Januar 2016 (IV-act. 91; 97) ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer zur Durchführung einer beidseitigen Lungentransplantation vom 27. Dezember 2015 bis zum 20. Januar 2016 in stationärer Behandlung befunden und eine Spenderlunge erhalten hat. Anamnestisch

hielt der Arzt fest, der Patient sei am 27. Dezember 2015 notfallmässig zur Realisierung der bipulmonären Transplantation eingetreten. Der Patient sei Ex-Raucher seit eineinhalb Jahren (vorher 70 Pack/Jahr) und habe keine anderen toxischen Gewohnheiten angegeben. Medizinisch liege vor: ein Bluthochdruck in medikamentöser Behandlung, Osteoporose, eine traumatische Fraktur des Femurs rechts und der Tibia links, ein COPD Typ Emphysem des Schweregrades Gold IV / BODE 8. Der Patient sei vor Jahren zweimal notfallmässig eingewiesen worden, während er noch geraucht habe. Es liege eine Beeinträchtigung der Klasse III (Dyspnoe nach 50m) vor. Im Jahre 2010 sei er bereits für eine Transplantation vorgesehen worden, diese sei aber wegen der Präsenz von Lungenknoten subpleural nicht erfolgt. Später hätten sich diese aufgelöst, aber beim Patienten habe sich keine funktionelle Besserung eingestellt, weshalb schliesslich die Behandlung beschlossen worden sei. Der Patient erhalte eine Sauerstofftherapie zuhause seit Juni 2013, von zwei Litern ruhend und drei Litern bei Anstrengung. Zur postoperativen Entwicklung hielt der Arzt fest, dass der Patient auf der Station (vom 6.-20.1.2016) hämodynamisch stabil, eupneisch und afebril sei, Sitzen und Gehen könne und eine respiratorische Physiotherapie erhalte. Die Zusatzuntersuchungen seien ohne Zwischenfälle erfolgt. Die Lungendrainagen seien links am 12. Januar 2016 und rechts am 14. Januar 2016 entfernt worden, mit anschliessender radiologischer Kontrolle ohne Besonderheiten. Aufgrund der korrekten Entwicklung werde der Patient nach Hause entlassen (IV-act. 91; 97). Gemäss Ausführlichem Ärztlichem Bericht (E213) von Dr. L. _____ vom 9. November 2017 konnte die Lungentransplantation erfolgreich durchgeführt werden und verlief die postoperative Entwicklung positiv. Gemäss dieser Ärztin bestehe nur noch eine Dyspnoe bei grossen Anstrengungen (vormals bei geringen/geringsten Anstrengungen). In ihrer Beurteilung hielt sie fest, die Situation habe sich verbessert, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bzw. angepasste Tätigkeiten könnten wieder uneingeschränkt ausgeführt werden. Als funktionelle Einschränkungen seien zu beachten: Feuchtigkeit, Kälte, Hitze, Staub/Gas/Dämpfe, kein häufiges Heben und Tragen von Objekten (IV-act. 81; 85). In ihrer Stellungnahme vom 19. März 2018 hielt Dr. D. _____ des medizinischen Dienstes der IVSTA nach Erhalt ergänzender Arztberichte fest, es liege eine rentenrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes nach erfolgreicher Lungentransplantation am 28. Dezember 2015 mit Normalisierung der Lungenfunktion (gegenüber einer vormals schwer eingeschränkten Lungenfunktion) vor. Der postoperative Verlauf sei problemlos gewesen. Es seien keine Auffälligkeiten im Kontrollbericht des Pneumologen am 17. April 2016 ersichtlich, die Spirometrie vom 18. Dezember

2017 zeige eine normale Lungenfunktion, das Laborblatt vom 21. Dezember 2017 sei ohne relevante Auffälligkeiten, der Arztbericht E213 vom 9. November 2017 bestätige die relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Voruntersuchung; der klinische Status des normalgewichtigen Versicherten vom 9. November 2017 sei ohne Auffälligkeiten. Sechs Monate nach erfolgreicher Transplantation d.h. ab dem 29. Juni 2016 sei dem Versicherten deshalb eine körperlich leichte Verweistätigkeit zuzumuten; die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit in einer solchen Tätigkeit liege bei maximal 20%. Aufgrund der Organtransplantation sei eine lebenslange immunsuppressive Behandlung notwendig. Daher sollten dem Versicherten keine Arbeiten in staubbelasteter Umgebung und keine Nacharbeit zugemutet werden. Als funktionelle Einschränkungen nannte sie: Rumpfrotation, Überkopfarbeit, hockend/kniend, Heben von Gewichten bis max. 10 kg, Vermeiden verschiedener Einflüsse wie Staub, Hitze, Feuchtigkeit, Schlechtwetter, Nacharbeit (IV-act. 100). Mit weiterer Stellungnahme vom 23. Juni 2018 hielt sie ergänzend fest, die Selbsteingliederung des Versicherten sei bei diesem erst 56-jährigen Mann aus medizinischer Sicht zumutbar und möglich (IV-act. 103).

5.4 Mit der Vorinstanz ist zu schliessen, dass gegenüber dem Zeitpunkt der rückwirkenden Rentengewährung im Juni 2011 (Rente ab 1. November 2010) mit der Durchführung einer erfolgreich verlaufenen Lungentransplantation im Dezember 2015 eine deutlich veränderte Situation vorliegt. Der medizinische Dienst der IVSTA hat zutreffend darauf hingewiesen, dass zum einen die (zuvor pathologischen) Lungenwerte nach der Transplantation eine praktisch normale Lungenfunktion zeigen und die Ärztin des spanischen Versicherungsträgers in ihrem E213 den Beschwerdeführer neu als uneingeschränkt arbeitsfähig in einer angepassten Verweistätigkeit beurteilt hat. Nachvollziehbar hat Dr. D. _____ zudem aufgezeigt, dass abgesehen von der Immunsuppression, die einen intensiven Schutz des Beschwerdeführers vor Infektionsrisiken bedingt, ihn jedoch nicht von der Ausübung einer angepassten Tätigkeit ausschliesst, den ab 2016 eingereichten Arztberichten keine Hinweise auf Rezidive oder sonstige Verschlechterungen der Lungensituation zu entnehmen sind.

5.5

5.5.1 Der Beschwerdeführer reichte sowohl im Vorbescheidverfahren als auch Beschwerdeverfahren zusätzliche Berichte der behandelnden Ärzte ein, die aufzeigen sollen, dass er trotz Lungentransplantation weiterhin ar-

beitsunfähig sei. Zum einen verwies der Beschwerdeführer auf den Arztbericht von Dr. M. _____, (...), vom 9. August 2018, die in ihrer Beurteilung ausführte, beim Patienten sei am 28. Dezember 2015 eine beidseitige Lungentransplantation mit guter Entwicklung, aber in intensiver Immunsuppressionsbehandlung, durchgeführt worden. Die Lungenleistung sei verbessert im Vergleich zur Situation vor der Transplantation, aber mit Einschränkungen, die eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit verunmöglichten (IV-act. 107). Hierzu ist in Übereinstimmung mit der Würdigung von Dr. D. _____ vom 6. Oktober 2018 (IV-act. 110) festzuhalten, dass sich die Aussagen der Ärztin in (...) ausschliesslich auf die Arbeitsfähigkeit in *bisheriger* Tätigkeit beziehen und damit die Schlüsse des medizinischen Dienstes bestätigen, wonach die Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit 80% seit 25. April 2009 und in angepasster Tätigkeit 20% seit 29. Juni 2016, d.h. sechs Monate nach Lungentransplantation, betrage (IV-act. 34; 60; 100; 110).

5.5.2 Hingegen kann den Schlüssen derselben Ärztin in ihrer letzten Stellungnahme vom 16. Dezember 2018 nicht gefolgt werden: Zum Arztbericht von Dr. I. _____ vom 5. November 2018 führte sie aus, er enthalte eine Diagnoseliste, aber keine aktuellen Befunde und/oder Resultate. Die Arbeitsunfähigkeitsschätzung des Arztes stütze sich nicht auf objektive Befunde, klinische Befunde oder belegte Funktionsstörungen und sei nicht nachvollziehbar begründet. Das Zeugnis verschweige die Befunde geradezu wie zum Beispiel, dass die sehr erfolgreiche Lungentransplantation zu einer Normalisierung der Lungenfunktion gegenüber der vormals schwer eingeschränkten Lungenfunktion geführt habe. Eine Normalisierung der Lungenfunktion sei medizinisch klar und begründbar mit Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit verbunden. Es gebe keine relevanten Nebendiagnosen, die die Aufnahme einer leidensadaptierten Tätigkeit gestützt auf objektive Funktionsstörungen verunmöglichten. Sie verweise auf ihre detaillierten Begründungen zu den Arztberichten vom 6. Oktober 2018, 19. März 2018 und 16. Dezember 2017, die unverändert blieben (B-act. 4 Beweismittel Nr. 1).

5.5.3 Zwar hält Dr. D. _____ zutreffend fest, dass der genannte Bericht, der notabene *wortgleich* wie der dreieinhalb Monate später ausgestellte Bericht desselben Arztes vom 25. Februar 2019 formuliert ist, keine konkreten neuen Befunde nennt, auf die sich die darin genannte Beurteilung abstützt. In Erinnerung zu rufen ist zudem, dass Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer Nähe und Vertrauensstellung zum Patienten in der Regel reduzierte Beweiskraft aufweisen (vgl. E. 4.4.2). Jedoch hat der

behandelnde Pneumologe, Dr. I. _____, im Verwaltungsverfahren bisher sachlich abgefasste und auf die Behandlungssituation bezogene Berichte ausgestellt (s. Berichte vom 3. Juli 2009, 17. November 2009, 2. März 2010, 4. Juni 2010 und 22. Januar 2013 [IV-act. 21; 19; 17; 16; 57]) und vorliegend nicht ersichtlich mutwillig oder aufgrund seiner Vertrauensstellung einen beschönigenden Arztbericht verfasst. Dem Bericht kann im Einzelnen und über die bereits aktenkundigen Tatsachen hinaus, wonach ein Zustand nach bipulmonärer Lungentransplantation mit folgender lebenslanger Immunsuppression vorliege, zusätzlich entnommen werden, dass ein aktuelles Röntgen des Thorax einen deutlichen Pleuraerguss links (übermässige Flüssigkeitsansammlung in der Pleura), Lungengewebe mit bibasaler Kondensation im Zusammenhang mit dem Erguss und im LSI ein kleines Areal mit Überinfektion gezeigt habe. Eine Kontrolle beim Pneumologen im Spital von F. _____ am 9. Oktober 2018 habe ergeben, dass eine schwere physische Einschränkung für die täglichen Aktivitäten (Anziehen, Duschen, Gehen etc.) sowie Atemnot und Müdigkeit vorliege. Genannt wird eine Dyspnoe CF 3-4mMrc (Stufen des Modified British Medical Research Council; Stufe 3: bei Gehstrecke um 100m; 4: beim An- und Ausziehen), die eine häusliche Sauerstofftherapie und Vernebelung erfordere. Aus diesem Grund erachte er den Patienten als arbeitsunfähig in jeglicher Tätigkeit.

5.5.4 Die Vorakten enthalten verschiedene ärztliche Beurteilungen, die seit Entlassung des Beschwerdeführers aus dem Universitätsspital E. _____ am 20. Januar 2016 keine Verschlechterung oder Exazerbation bzw. eine deutliche verbesserte Lungenfunktion aufzeigen:

- Arztbericht von Dr. N. _____, Hausärztin, (...), vom 20. Juli 2017 [IV-act. 70]. Die Hausärztin verweist auf eine aktuelle Behandlung in der Pneumologie im Spital F. _____ und im Universitätsspital E. _____ in (...), ohne Weiterungen.
- Arztbericht von Dr. O. _____, Pneumologie, Universitätsspital E. _____, (...), vom 11. August 2017 (IV-act. 84): Er zitiert nahezu der Normalfunktion entsprechende Werte gemäss "letzter Spirometrie" von FVC: 3770 (Normalwert bei 1.70m Grösse: 4200) und FEV1: 3380 (Normalwert bei 1.70cm Grösse: 3490). Vgl. zu den hier zitierten Normalwerten: ALI MK, MOUNTAIN CF, MILLER JJ, JOHNSTON DA, SHULLENBERGER CC (1975): Regional pulmonary function before and after pneumonectomy using Xenon – 133, Tabelle XXII: Referenzwerte der Vitalkapazität und des forcierten ex-

spiratorischen Einsekundenvolumens, S. 162; in: <https://link.springer.com/content/pdf/bbm%3A978-3-662-12854-1%2F1.pdf>; abgerufen am 30. Januar 2020).

- Ausführlicher Ärztlicher Bericht E213 von Dr. L. _____ vom 9. November 2017 [IV-act. 81; 85]. Der Beschwerdeführer beklage Dyspnoe bei grosser Anstrengung ("Alega disnea de grandes esfuerzos en la actualidad"), sei in periodischen Kontrollen in der Pneumologie. In der Befundung führte die Ärztin die obgenannten Werte auf: FVC von 3770CC und FEV1 von 3380CC. Als Diagnose hielt sie fest: COPD Gold IV mit Lungenemphysem, die 2015 mit einer Lungentransplantation behandelt worden sei, mit guter posteriorer Entwicklung. Aktuell liege eine Dyspnoe bei grosser Anstrengung vor. Der Patient könne leichten bis mittelschweren (angepassten) Tätigkeiten, unter Beachtung funktioneller Einschränkungen, vollzeitlich nachgehen.
- 18. Dezember 2017: Spirometrie unter Belastung (IV-act. 92; 98) mit folgenden Lungenwerten: FVC 3.78 von (Soll) 4.31 (87.7%), FEV1 3.25 von (Soll) 3.39 (96%), FEV1/FVC 86.14 von (Soll) 78.73 (109.4%).

5.5.5 Nach dem 18. Dezember 2017 sind mit Ausnahme der beiden oben erwähnten Berichte vom 9. August 2018 (der sich nicht zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit äussert) und vom 5. November 2018 bzw. wortgleich vom 25. Februar 2019 (der neu problematische Befunde der Lunge [Pleuraerguss] und physische Einschränkungen [Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten, Müdigkeit, Dyspnoe auch bei leichten Belastungen, Notwendigkeit der häuslichen Sauerstofftherapie] erwähnt), keine weiteren Berichte aktenkundig. Der Bericht vom 5. November 2018 kann prima vista nicht ohne jeglichen Beweiswert beurteilt werden, zumal der ihn ausstellende Arzt bisher als sachlich zu erachtende Berichte eingereicht hat und im Bericht vom 5. November 2018 Hinweise auf konkrete Einschränkungen genannt werden. In letzterem Bericht ist zudem erwähnt, dass der Beschwerdeführer am 9. Oktober 2018 in der Pneumologie im Spital F. _____ in Behandlung gewesen sei; der entsprechende Arztbericht ist jedoch nicht aktenkundig.

6.

6.1 In Würdigung dieser Aktenlage (E. 5.5) bleiben trotz nachvollziehbarer Beurteilung durch den medizinischen Dienst der IVSTA Zweifel bestehen,

ob sich hinsichtlich der Lungenerkrankung seit der positiven Entwicklung bis Ende Dezember 2017 im Jahre 2018 Komplikationen ergeben haben, die in der angefochtenen Verfügung vom 10. Oktober 2018 nicht Eingang finden können. Aufgrund der oben aufgezeigten Befunde und ärztlichen Einschätzungen kann das Gericht nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestätigen, dass der Beschwerdeführer seit Juni 2016 eine angepasste Tätigkeit zu 80% ausüben kann. Die Sache ist deshalb zu ergänzenden Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

6.2 Die ergänzenden Abklärungen umfassen die Nachforderung fachärztlicher Berichte (Pneumologie, inkl. Spirometrie und Laborwerte) beim Beschwerdeführer und beim H. _____ seit 2018, danach die Veranlassung einer Begutachtung im Fachbereich Pneumologie in der Schweiz. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt. 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.). Dabei wird zu beachten sein, dass sich das Gutachten – entsprechend der Ausgangslage, dass eine Revision vorliegt – ausreichend auf das Beweisthema des Vorliegens einer erheblichen Änderung(en) des Sachverhalts beziehen muss; entsprechend hat eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands zu erfolgen. Gestützt auf dieser Grundlage hat die Vorinstanz einen neuen Revisionsentscheid zu treffen.

6.3 Die Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage – wie vorliegend die erstmalige gutachterliche Abklärung der Lungensituation – möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4). Während den Abklärungen hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Weiterauszahlung der per 1. Dezember 2018 eingestellten Invalidenrente, zumal nicht erkennbar wird, dass die Verwaltung vorliegend in missbräuchlicher Weise einen möglichst frühen Revisionszeitpunkt gewählt hätte (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_519/2013 vom 26. Februar 2014 E. 4 m.w.H. und 8C_451/2010 vom 11. November 2010 E. 2 und 4.3).

6.4 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der – vom Beschwerdeführer nicht gerügte – Einkommensvergleich nicht zu überprüfen. Hinzuweisen ist darauf, dass die übrigen aktenkundigen Beschwerden – worauf der medizinische Dienst der IVSTA zutreffend und in Abweichung der Beurteilung des Beschwerdeführers ("Es bestehen andere funktionale Einschränkungen des osteo-artikulären Apparates wie Osteoporose und andere medikamentös behandelte Dysfunktionen wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus" [B-act. 1 Beilage 1]) hinweist – der Ausübung einer angepassten Tätigkeit nicht entgegenstehen: Dr. D. _____ listete in ihrer Stellungnahme vom 19. März 2018 folgende (Neben-) Diagnosen als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Status nach Nikotinabusus ca. 70 Pack/Jahr, arterielle Hypertension medikamentös behandelt, Osteoporose, Status nach traumatischer Fraktur Femur rechts 2008, Diabetes Mellitus Typ 2, Hyperlipidämie, Status nach Tuberkulose in der Kindheit. Diese Beurteilung erscheint in Berücksichtigung der spanischen Arztberichte überzeugend. Ergänzt werden kann, dass trotz Hinweis im Arztbericht vom 5. November 2018 auf Abklärungen beim Kardiologen (B-act. 1 Beilage 3) die Akten bisher keine Hinweise dafür enthalten, dass eine für die Arbeitsfähigkeit relevante Einschränkung in kardiologischer Hinsicht vorliegen würde (s. Arztberichte vom 21. Januar 2010 [IV-act. 18] und 21. Januar 2016 [IV-act. 91/97]).

7.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

7.1 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. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Dem obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und

Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde vom 12. November 2018 wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 10. Oktober 2018 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurück-erstattet.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen ausgerichtet.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Brigitte Blum-Schneider

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 Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: