

BVGer C-1252/2014 vom 18. Januar 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-01-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1252_2014

FR: TAF C-1252/2014 du 18 janvier 2016

IT: TAF C-1252/2014 del 18 gennaio 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021, vgl. auch Art. 37 VGG) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1, vgl. auch Art. 3 lit. dbis VwVG).

E. 1.2

Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG von gesetzlich definierten Vorinstanzen, sofern kein Ausnahmesachverhalt gegeben ist (Art. 31, 33, 32 VGG).

E. 1.3

Zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht ist legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG).

E. 1.4

Eine Beschwerde muss schriftlich, unterschrieben sowie unter Angabe von Begehren und Begründung (Art. 52 Abs.1 VwVG) innert einer Frist von 30 Tagen eingereicht werden (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Fristenstillstand gemäss Art. 38 Abs. 3 ATSG).

E. 2.1

Bei Versicherten mit ausländischem Wohnsitz ist die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) für die Verfügung von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) zuständig (Art. 40 Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV, SR 831.201]). Der Beschwerdeführer ist in Bosnien-Herzegowina domiziliert. Die angefochtene Verfügung vom 19. Februar 2014 wurde deshalb zu Recht von der IVSTA erlassen.

E. 2.2

Die Vorinstanz gehört zum gesetzlichen Kreis derjenigen, deren Entscheide an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden können (Art. 33 lit. d VGG, explizit auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Es liegt auch kein Sachverhalt vor, der einer Ausnahme unterliegt. Das

Bundesverwaltungsgericht ist demzufolge zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

E. 2.3

Als Adressat ist der Beschwerdeführer durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse; er hat auch am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Seine Beschwerde wurde zudem form- und fristgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig einbezahlt, weshalb auf sie eingetreten werden kann.

E. 3.1

Die Schweiz hat mit Bosnien-Herzegowina bisher kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen; hingegen ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 08. Juni 1962 (nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen, SR 0.831.109.818.1) weiter anwendbar (BGE 139 V 263 E. 5.4).

E. 3.2

Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens sind Angehörige der jeweiligen Staaten den Angehörigen des Partnerstaates in Rechten und Pflichten betreffend die Invalidenversicherung gleichgestellt, insoweit nicht das Abkommen selbst eine Differenzierung vorsieht. Für Staatsangehörige Bosnien-Herzegowinas sieht das Abkommen vor, dass ordentliche IV-Renten bei einem Invaliditätsgrad von unter 50% nur solange ausgerichtet werden, wie ein Schweizer Wohnsitz aufrechterhalten wird (Art. 8 lit. e Sozialversicherungsabkommen).

E. 3.3

Nach Art. 4 Sozialversicherungsabkommen ist grundsätzlich die Gesetzgebung desjenigen Landes anwendbar, in welchem die für die Versicherung massgebende Beschäftigung ausgeübt wird. Bezog ein Staatsangehöriger Bosnien-Herzegowinas vor dem Verlassen der Schweiz eine IV-Rente, sei er Versicherten gemäss Schweizer Gesetzgebung gleichgestellt (Art 8 lit. b Sozialversicherungsabkommen). Demnach bestimmt sich die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.4.1

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger Bosnien-Herzegowinas, einer Vertragspartei des Sozialversicherungsabkommens, und begehrt Leistungen aus der Invalidenversicherung. Der persönliche und sachliche Geltungsbereich ist damit erstellt

E. 3.4.2

Vorliegend ist eine Verfügung vom 19. Februar 2014 betreffend einen Sachverhalt ab frühestens 2005 zu beurteilen. Die zeitliche Geltung des Abkommens steht deshalb nicht in Frage.

E. 4.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und des ATSG abzustellen, die für die Beurteilung jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend ist eine Verfügung vom 19. Februar 2014 betreffend eines Sachverhalts ab 2005 strittig, wobei der Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls noch offen ist. Deshalb können das

IVG und die IVV in den Fassungen der 4., 5. oder 6. IV-Revision massgebend sein. Unzweifelhaft sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

E. 4.2

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil BGer 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Ebenso wenig brachte die 6. IV-Revision - mit Ausnahme der auf die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 gestützten Rentenrevisionen - substantielle Änderungen bei der Bemessung der Invalidität.

E. 4.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG) und kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden, ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 4.4

Die Bemessung des Invaliditätsgrades erfolgt nach unterschiedlichen Methoden, je nachdem ob ein Versicherter als erwerbstätig einzustufen ist oder nicht.

E. 4.4.1

Bei einem als erwerbstätig einzustufenden Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das dieser nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG).

E. 4.4.2

Im Falle nicht als erwerbstätig einzustufender Versicherter, insbesondere bei im Haushalt tätigen Personen, wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen, nicht erwerbstätigen Personen gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV).

E. 4.4.3

Bei Versicherten, die nur zum Teil als erwerbstätig einzustufen sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach der allgemeinen Methode festgelegt. Waren sie daneben auch in anderen Aufgabenbereichen tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach der

spezifischen Methode festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit in anderen Aufgabenbereichen festzulegen und die jeweilig berechneten Invaliditätsgrade gewichtet zu mitteln (gemischte Methode, Art. 28a Abs. 3 IVG).

E. 4.5

Anspruch auf eine Rente haben nach aktueller Gesetzeslage Versicherte, die kumulativ (Art. 28 Abs. 1 IVG): - ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; - während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) waren; und - nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind. Für Versicherungsfälle unter Geltung der 4. IV-Revision war stattdessen eine dauerhafte oder mindestens ein Jahre andauernde durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40% verlangt (Art. 29 IVG in der damals gültigen Fassung). Auf alle Fälle sind einschränkend die Bestimmungen des Sozialversicherungsabkommens zu beachten, wonach bei Wohnsitz ausserhalb der Schweiz nur ab einem Invaliditätsgrad von 50% Renten ausgerichtet werden (E. 3.2). Der Rentenanspruch entsteht nach aktuellem Gesetz frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 IVG). Fällt der Versicherungsfall noch in die Geltung der 4. IV-Revision, kann bis zu zwölf Monate vor der Anmeldung rückwirkend eine Rente ausbezahlt werden (Art. 48 Abs. 2 IVG in der damals gültigen Fassung).

E. 4.6

Aufgrund der Untersuchungsmaxime prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (u.v. Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, §21, m.w.H.). Die objektive Beweislast für anspruchsbegründende Tatsachen liegt hingegen beim Beschwerdeführer (vgl. Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 292); lassen sich solche nicht oder nicht mehr beweisen, trägt er deshalb die Konsequenzen.

E. 5.1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG).

E. 5.2

Auch das Beschwerdeverfahren ist von der Untersuchungsmaxime beherrscht, weshalb das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2; BGE 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.) und der Rügemaxime, wonach der angefochtene Akt nicht auf sämtliche denkbaren Mängel hin zu untersuchen ist, sondern das Gericht sich nur mit jenen Einwänden auseinandersetzen muss, die in der Beschwerde

thematisiert wurden (vgl. Auer, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich 2008, Art. 12 Rz. 12).

E. 5.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt dieser Anforderung nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je m.w.H.).

E. 5.4

Führen die vorgenommenen Abklärungen bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten zusätzliche Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, muss nicht weiter untersucht werden. Der Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise stellt diesfalls keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör dar (antizipierte Beweiswürdigung BGE 134 I 140 E. 5.3; BGE 124 V 90 E. 4b).

E. 5.5.1

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 leidsbedingt 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).

E. 5.5.2

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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc 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 Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). So ist den im Rahmen des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, 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 zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. dazu das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a und weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b; 122 V 160 E. 1c; 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 43 Rz. 35).

E. 5.5.3

Nach der Rechtsprechung bestimmt sich der Beweiswert prognostischer Angaben zur Arbeitsfähigkeit im rechtlich massgebenden Beurteilungszeitpunkt danach, ob sie im Lichte der erhobenen medizinischen Befunde und Diagnosen sowie der vorher oder später erstatteten, beweiskräftigen Arztberichte nachvollziehbar, einleuchtend und konkret überzeugend sind und namentlich nichts für eine seitherige, objektive Verschlechterung des Gesundheitszustands spricht, welche ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der früheren Prognose respektive der ursprünglich zugemuteten Restarbeitsfähigkeit begründet (vgl. unveröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts I 783/06 vom 6. September 2007 E. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2573/2006 vom 8. Juli 2008 E. 8.1).

E. 6.1

Das IV-Anmeldeformular (IV-act. 10) trägt neben der Unterschrift des Beschwerdeführers das Datum des 01. Februar 2006 (p. 6) und eine auf den 26. September 2006 datierte Bestätigung durch den bosnisch-herzegowinischen Versicherungsträger (p. 7). Eine separate Bestätigung des Eingangsdatums auf dem Anmeldeformular selbst, wie sie abkommensrechtlich vorgesehen ist (Art. 4 Abs. 3 der Verwaltungsvereinbarung zum Sozialversicherungsabkommen [Verwaltungsvereinbarung, SR 0.831.109.818.12]), fehlt. Die Vorinstanz ging in der angefochtenen Verfügung vom 19. Februar 2014 deshalb vom 26. September 2006 als Anmeldedatum aus; der Beschwerdeführer argumentiert im Schriftenwechsel hingegen sinngemäss für den September 2005 (act. 1 p. 3), in den Vorakten für den Oktober bzw. Mai 2005 (IV-act. 164) als Anmeldemonat.

E. 6.2

Der bosnisch-herzegowinische Versicherungsträger bestätigt in seinem Beschluss vom 31. Oktober 2005 (IV-act. 39, Übersetzung act. 13) eine nationale Anmeldung am 10. Mai und

eine Untersuchung am 27. September 2005. Keines der bosnisch-herzegowinischen Dokumente lässt aber den Schluss zu, eine Schweizer Anmeldung sei zu diesem Zeitpunkt bereits erfolgt. Das Sozialversicherungsabkommen sieht keinen Gleichzug der bosnisch-herzegowinischen mit der schweizerischen Anmeldung vor, sondern unterscheidet vielmehr eine eigene, schweizerische Anmeldung (so Art. 4 Abs. 1 und 2 Verwaltungsvereinbarung); aus dem Anmeldezeitpunkt für Leistungen der bosnisch-herzegowinischen Versicherung kann deshalb nicht direkt auf den Anmeldezeitpunkt für eine schweizerische Invalidenrente geschlossen werden. Auch als Indiz für eine schweizerische Anmeldung taugt er vorliegend nicht.

E. 6.3

Der Vertreter des Beschwerdeführers erwähnt in seinem Einwand vom 25. November 2013 zum Vorbescheid vom 12. November 2013, das Gesuch um IV-Leistungen am 16. Oktober 2005 an die Vorinstanz gesandt zu haben (IV-act. 164). Den Akten ist aber lediglich ein Antwortschreiben der Vorinstanz vom 20. Oktober 2005 (IV-act. 5), bezugnehmend auf ein nicht aktenkundiges Schreiben vom 06. Oktober 2005 mit dem Inhalt, die Anmeldung via den bosnisch-herzegowinischen Versicherungsträger sei bisher nicht eingegangen. Ein Bezug zu eingesandten bosnisch-herzegowinischen oder schweizerischen Anmeldeunterlagen, die beigelegt haben könnten, ist den Akten nicht zu entnehmen.

E. 6.4

Die IVSTA hat vorliegend am 2. März 2011 den bosnisch-herzegowinischen Versicherungsträger explizit um Mitteilung des Anmeldedatums ersucht. Dieser bestätigte mit Schreiben vom 31. März 2011 (IV-act. 78, Übersetzung 102), das Datum der Anmeldung sei nicht streitig, die Einreichung des Gesuchs in Y. _____ sei am 26. September 2006 unterschriftlich bestätigt worden. Diese Bestätigung muss deshalb als der abkommensrechtlich vorgesehenen Eingangsbestätigung entsprechend (Art. 4 Abs. 3 Verwaltungsvereinbarung) angesehen werden, zumal die Vorinstanz entsprechend der Praxis des Bundesverwaltungsgerichts ihrer Abklärungspflicht nachgekommen ist (vgl. Urteile des BVGer C-77/2013 vom 13. November 2013, C-5174/2011 vom 25. Oktober 2013, C-6055/2010 vom 4. März 2013 E. 4.2.3 i.V.m. E. 7, C-4456/2009 vom 15. Oktober 2010 E. 5.2.3 und 5.4), C-7830/2008 vom 31. August 2010 E. 4.6).

E. 6.5

Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (E. 5.3) der 26. September 2006 als Anmeldedatum festzuhalten. Es gibt keinerlei Indizien dafür, dass das Unterschriftsdatum "offensichtlich" durch den bosnisch-herzegowinischen Versicherungsträger ergänzt worden (Sachv. C.a); den Einwänden des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden. Weitergehende Beweismassnahmen vermögen diese Überzeugung nicht umzustossen, weshalb auf solche verzichtet und die Beschwerde diesbezüglich abgewiesen wird (E. 5.4).

E. 7.1

Die Vorinstanz anerkennt mit der angefochtenen Verfügung, in welcher - nach Ablauf des Wartejahres - eine Rentengewährung ab Dezember 2012 angeordnet wurde, eine volle Invalidität des Beschwerdeführers ab 13. Dezember 2011 (Hirnschlag, Sachv. B.e; IV-act. 170 p. 2). Streitgegenständlich bleibt deshalb lediglich die Bemessung der Invalidität vor diesem Datum, nach Aktenlage im Zeitraum von 2005 oder 2006 bis zum 12. Dezember 2011.

E. 7.2

In ihrem polydisziplinären Gutachten vom 22. Dezember 2011 hielten die Experten Dr. F._____, Psychiatrie, Prof Dr. G._____, Kardiologie, und Dr. H._____, Innere Medizin, der MEDAS-Stelle C._____- gestützt auf stationär erfolgende Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 7. bis 11. November 2011 und zusätzliche Befundung durch Dr. I._____, Rheumatologie - als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Myocardinfarkt (anterior 2006), Diabetes mellitus II mit sensomotorischer Polyneuropathie und Verarbeitungsstörung bei somatischer Multimorbidität fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter: arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Adipositas, anamnestisch Miktionsbeschwerden bei Prostata-Adenom, Gewichtsverlust unklarer Ätiologie von 13kg innert fünf Jahren (differenzialdiagnostisch: Diabetes Mellitus/konsumierende Erkrankung/nutritiv), unklare Hautveränderungen im Skalp-Bereich, anamnestisch chronische Kopfschmerzen, klinisch degenerative Halswirbelsäulen-Veränderungen mit Bewegungseinschränkung, schmerzlos, bekannte degenerative Lendenwirbelsäulen-Veränderungen, derzeit beschwerdefrei, Spreizfüsse, beginnender Morbus Dupuytren Strahl III und IV, links mehr als rechts, Status nach Teilamputation des Endgliedes des Zeigefingers rechts ca. 2004 und links ca. 1991, chronische Unterschenkel- und Fusschmerzen mit Sensibilitätsstörung (differenzialdiagnostisch: funktionell/periphere Polyneuropathie/PAVK). Im Vordergrund stehe die koronare Herzkrankheit mit ausgeprägter Angina Pectoris, fast einem Ruheschmerz entsprechend; die beklagte weitgehende Geh-Unfähigkeit sei diagnostisch derzeit kaum fassbar. Es bestehe beim Versicherten auch ein Diabetes Mellitus Typ 2 mit einer sensomotorischen Polyneuropathie, welche einen gewissen Einfluss auf spezifische Tätigkeiten des Versicherten hätten. Die Verarbeitung des Leidens werde durch eine psychogene Verarbeitungsstörung erschwert. Aufgrund des kardialen Leidens sei der Versicherte aktuell arbeitsunfähig; diese Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Erleiden eines Myokardinfarktes im Jahre 2006 und gelte sowohl für die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau als auch in adaptierter Tätigkeit. Gefährliche Tätigkeiten (Gerüste steigen, Tätigkeiten in grosser Höhe u.a.m.) könnten wegen der sensomotorischen Polyneuropathie nicht ausgeübt werden. Das psychiatrische Leiden schränke den Versicherten per se nur wenig ein (leicht vermindertes Rendement). Daneben bestünden verschiedene internistische und dermatologische Erkrankungen, welche heute ungenügend abgeklärt, dem kardiologischen Leiden aber deutlich untergeordnet und nur bei dessen Verbesserung von Relevanz seien. Die pectanginösen Beschwerden des Versicherten seien heute nicht objektivierbar; dasselbe gelte für die (plausiblen) beidseitigen Beinschmerzen bei nur kurzer Gehstrecke. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die vom Versicherten beklagten Beschwerden auf einem organischen Substrat beruhen. Es hätten sich auch keine Hinweise auf ein Verdeutlichungsverhalten gefunden. Weitere kardiale Abklärungen seien vorliegend dringend indiziert, unabhängig von einer allfälligen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Die Prognose sei schlecht; es bestünden multimorbide somatische Erkrankungen, psychogen überlagert, bei bezüglich medizinischen Abklärungen/Behandlungen mangelhaften Ressourcen (IV-act. 91 p. 28-31).

E. 7.3

Der RAD und mit ihm die Vorinstanz sind der gutachterlichen Einschätzung voller Arbeitsunfähigkeit nicht gefolgt (Sachv. B.f). Dr. E._____- setzte sich in zwei Stellungnahmen mit dem Gutachtensergebnis auseinander (IV-act. 104, 132) und kam zum

Ergebnis, eine Angina Pectoris - ausschlaggebend für die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit - sei vom Kardiologen weder in den Diagnosekatalog aufgenommen noch von den anderen Experten bestätigt bzw. objektiviert worden. Keiner der Experten habe mit einer zielgerichteten Anamnese den Ursprung und die Natur der Brustschmerzen und der Atembeschwerden des Versicherten präzisieren können; auch sei während des stationären Aufenthaltes keine Dyspnoe objektiviert worden. Durch das durchgeführte EKG sei die Angina Pectoris als Grundlage der berichteten Schmerzen gar ausgeschlossen worden. Der Kardiologe beschreibe auch keinerlei funktionelle Einschränkungen. Der Einschätzung, wonach eine volle Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten bestehe, könne daher keinerlei Beweiswert zugerechnet werden. Dr. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, seinerseits weist in seiner Stellungnahme vom 26. April 2012 zu den psychiatrischen Aspekte der Expertise (IV-act. 104 p.1 f.) auf Mängel in der Sachverhaltserhebung durch den psychiatrischen Gutachter und Widersprüche in der Festlegung der Diagnosen hin. Fraglich lägen psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54) vor, diese seien aber nicht invalidisierend. Das psychiatrische Teilgutachten, das multiple Widersprüche enthalte, überzeuge daher nicht, um eine - auch nur partielle - Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten zu rechtfertigen. Der Versicherte habe aus nicht-medizinischen Gründen seine Arbeitstätigkeit aufgegeben; soziale Faktoren seien nicht IV-relevant. Mit kurzer Stellungnahme vom 15. Januar 2013 wies Dr. E. _____ des RAD nochmals daraufhin, dass das MEDAS-Gutachten "von schlechter Qualität" sei und nicht erlaube, die medizinisch begründete Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (IV-act. 132 p. 2). In seinem Bericht vom 30. Oktober 2013 schliesslich nahm er nur zu den (zwischenzeitlich ergänzend abgeklärten) Folgen des Hirninfarktes Stellung und verwies im Übrigen auf seine früheren Stellungnahmen (IV-act. 157).

E. 7.4

Festzustellen ist, dass die beiden RAD-Ärzte mit eingehender Begründung, ohne jedoch den Beschwerdeführer persönlich begutachtet zu haben, gestützt auf eine Aktenwürdigung zu - den Beurteilungen der MEDAS-Gutachter - diametral entgegenstehenden Schlüssen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gelangen. Damit kann dem MEDAS-Gutachten nicht voller Beweiswert im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (s. E. 5.5.2) zuerkannt werden. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann jedoch, zumal Dr. E. _____ keinen Facharztstitel in Kardiologie aufweist, und weder er noch Dr. J. _____ als Versicherungsärzte den Beschwerdeführer persönlich untersucht haben, auch nicht ohne weiteres auf deren Beurteilung abgestellt werden (S. E. 5.5.2). Diese Gründe sind geeignet, Zweifel ebenfalls an der Zuverlässigkeit der Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst aufkommen zu lassen. Die Vorinstanz hat zudem verzichtet, die gegenteiligen Schlüsse der beiden RAD-Ärzte den Gutachtern zur ergänzenden Stellungnahme zu unterbreiten.

E. 7.5

Bei dieser Sachlage erweist sich der entscheidungsrelevante Sachverhalt ohne weiteres als ungenügend erhoben, ist der angefochtene Entscheid vom 19. Februar 2014 im Sinne des Eventualantrages in der Beschwerde aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Festzuhalten bleibt, dass sowohl die Schlüsse der Gutachter in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht einer erneuten Überprüfung bedürfen. Anzufügen bleibt, dass vorliegend seitens der beurteilenden Ärzte,

der Vorinstanz und auch aus Sicht des Gerichts unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer seit dem 13. Dezember 2011 zu 100% arbeitsunfähig in seiner bisherigen Tätigkeit wie auch in angepasster Tätigkeit ist und daher Anspruch auf Ausrichtung einer ganzen Rente seit Dezember 2012 hat; bei dieser Sachlage ist darauf zu verzichten, zur angeordneten Rückweisung vorgängig das rechtliche Gehör zu gewähren (BGE 137 V 314 E. 3.4.2). Hinsichtlich des Antrags auf Anerkennung eines früheren Zeitpunkts der Rentenmeldung ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Praxisgemäss gilt eine Rückweisung als Obsiegen, weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Der obsiegende und im Verfahren nicht-anwaltlich 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 (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- und für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.