

BVGer C-2044/2014 vom 26. April 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-04-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2044_2014

FR: TAF C-2044/2014 du 26 avril 2016

IT: TAF C-2044/2014 del 26 aprile 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [Verwaltungsverfahrensgesetz; VwVG; SR 172.021]; BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

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

E. 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 lit. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a-26bis und 28-70 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).

E. 1.4

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG; act. 71). Als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2014 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Es

ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 2

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

E. 2.1

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreiten oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

E. 2.3

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2; BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Gygi, a.a.O., S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

E. 2.4

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) und die Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung dieses Sozialversicherungsabkommens vom 5. Juli 1963 (nachfolgend: Verwaltungsvereinbarung; SR 0.831.109.818.12) für alle

Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 203 E. 2b, 122 V 382 E. 1). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien und Mazedonien), nicht aber mit Serbien neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als Bürger von Serbien findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 sowie die Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist.

E. 2.5

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 - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen. Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 21. Februar 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung der Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (21. Februar 2014) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

E. 3

Die Vorinstanz führt aus, der Beschwerdeführer sei seit Februar 2008 arbeitsunfähig. Er habe sich am 28. Mai 2013 zum Bezug einer Rente angemeldet und deshalb ab 1. November 2013 einen Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente (ganze Rente) im Betrag von Fr. 537.-. Der Beschwerdeführer macht hingegen geltend, er habe am 1. Februar 2009 in Novi Sad einen Rentenanspruch eingereicht; sein Anspruch sei bereits zu diesem Zeitpunkt entstanden. Im vorliegenden Verfahren ist weder die Höhe des Rentenanspruchs noch der Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit, sondern lediglich auf welches Datum hin die Rentenmeldung erfolgt resp. der Anspruch auf eine IV-Rente entstanden ist, bestritten. Aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. E. 2.3) hat das Bundesverwaltungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen, weshalb neben dem Zeitpunkt des Rentenanspruchs vorgängig zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 4.1

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: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7).

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

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG). Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden 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. Laut 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 zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

E. 4.3.1

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, 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).

E. 4.3.2

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 4.3.3

Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der medizinische Dienst für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt der versicherungsinterne Arzt seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit kein Grund, um einen Bericht des medizinischen Dienstes in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und

keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 4.4

Vorab ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss Auszug seines individuellen Kontos (IK) während 89 Monaten Beiträge an die AHV/IV geleistet und somit die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren erfüllt hat (IV-act. 48, S. 5). Es ist nun zuerst zu prüfen, ob die Vorinstanz den Sachverhalt richtig und vollständig abgeklärt und zu Recht eine ganze Rente zugesprochen hat. Im Anschluss ist dann zu überprüfen, ob die Vorinstanz das Datum der Rentenmeldung korrekt auf den 28. Mai 2013 festgesetzt hat.

E. 4.5

Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2014 stützte sich die Vorinstanz auf den vom RAD-Arzt Dr. D._____ verfassten Schlussbericht vom 7. November 2013 (IV-act. 40). Dieser Bericht sowie weitere medizinische Dokumente und Unterlagen aus Serbien sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 4.5.1

Aus dem Entlassungsschreiben vom 7. März 2008 des Allgemeinen Spitals (...), Abteilung für Innere Medizin, in (...) (IV-act. 27) geht hervor, dass der Versicherte vom 25. Februar bis 7. März 2008 im Spital aufgenommen worden war. Dr. F._____ stellte folgende Diagnosen: Infarctus myocardii actus par. inferioposterioris. Fibrinolysis cum Streptokin (akuter Myokardinfarkt [ICD-10: I21]), Insufficiencia valvulae mitralis non rheumatic gr. II/III (Mitralklappeninsuffizienz [ICD-10: I34.0]), Cardiomyopathia chr. ischaemica comp. (Kardiomyopathie [ICD-10: I42]) und Hyperlipidaemia mixta (gemischte Hyperlipidämie [ICD-10: E78.2]) und führte zusammengefasst aus, der Patient sei aufgrund von Schmerzen im Brustbereich und in der rechten Hand als Notfall aufgenommen worden. Die intensivsten Schmerzen hätten einigen Stunden vor der Aufnahme eingesetzt; zuvor sei er gesund gewesen. Während des Behandlungsverlaufs habe er zweimal eine Postinfarktangina erlitten. Dr. G._____ führte am 25. April 2008 im Bericht des Zentrums für Nuklearmedizin in (...) (IV-act. 26) zusammengefasst aus, es sei das Verfahren SPECT Myokardperfusion durchgeführt worden. Der szintigraphische Befund weise auf eine kleinere ischämische Zone des proximalen Septums hin, welche keine Elemente aufweise, die eine invasive Strategie als angebracht erscheinen lasse. Im Entlassungsbericht der Rehaklinik, Institut für Behandlung und Rehabilitation (...) vom 29. September 2008 (IV-act. 25) wurden die Diagnosen Angina pectoris stabilis (Angina pectoris [ICD-10: I20.9]), St. post infarctum myocardii par. inferaposterioris (Postmyokardinfarkt - Syndrom [ICD-10: 124.1]) sowie Hyperlipoproteinaemia (Hyperlipidämie) festgehalten. Es wurde im Wesentlichen festgehalten, der Patient sei nach einem erlittenen Herzinfarkt zur Behandlung und Rehabilitation aufgenommen worden.

E. 4.5.2

Dr. H._____, Facharzt für Neurologie, hielt in seinem fachärztlichen Bericht des Allgemeinen Spitals (...) vom 3. September 2008 zuhanden der Invalidenkommission (IV-act. 30, S. 3) fest, der Patient beklage sich über Tremor der Hände und Schwindelanfälle und stellte die Diagnosen SY extrapiamidale (extrapyramidales Syndrom [ICD-10: G21]) und Vertigo (Schwindel [ICD-10: H82*]). Im Gutachten zur Erwerbsfähigkeit des Institut für Herz- Kreislauf Erkrankungen, Klinik für Kardiologie in (...) (IV-act. 30, S. 1) hielten die Dres. I._____, J._____, K._____ und L._____ unter Auswertung medizinischer Unterlagen folgende Diagnosen - ohne die Erwähnung des ICD-Codes - fest: Angina pectoris non stabilis, Infarctus myocardii actus par. inferioposterioris. Fibrinolysis cum Streptocinasae a.m. VIII, Insufficiencia valvulae mitralis non rheumatic gr. II/III, Hyperlipidaemia mixta und SY extrapiramidalae vertigo und führten weiter aus, der Versicherte sei unfähig, schwerere psychophysische Belastungen und Arbeit unter schweren Witterungsverhältnissen ausgesetzt zu werden. Im Gutachten zur perkutanen Koronarintervention vom 24. Dezember 2008 (IV-act. 34) desselben Instituts führte Dr. M._____ aus, es sei der Beschluss zur Dilatation gefasst worden. Danach sei die Implantierung von Stents erfolgt.

E. 4.5.3

Gemäss dem auf den 25. Dezember 2008 datierten Entlassungsschreiben der Klinik für Kardiologie des Instituts für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in (...) (IV-act. 38, 24) hielt sich der Versicherte vom 22. Dezember bis 25. Dezember 2008 erstmals in der Klinik zwecks Durchführung einer Koronarographie auf. Es wurden folgende Entlassungsdiagnosen aufgeführt: ICD-10: Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik, ICD-10: I20.0 Instabile Angina pectoris, ICD-10: I25.2012 Infarctus myocardii transmuralis inveteratus reg. inferio-posterioris (alter Myokardinfarkt), ICD-10: I22.102 Reinfarctus myocardii transmuralis re. infero-posterioris acutus 12.12.2008 (Rezidivierender Myokardinfarkt der Hinterwand), ICD-10: I25.5 Cardiomyopathia ischaemica (Ischämische Kardiomyopathie), ICD-10: I34.0 Insufficiencia valvulae mitralis non rheumatic gr. 2 (Mitralklappeninsuffizienz nicht rheumatisch), ICD-10: I65.2 Stenosis a. carotis communis dex. - 30 % (Verschluss und Stenose der A. carotis), und ICD-10: E78.2 Hyperlipidaemia mixta (Gemischte Hyperlipidämie). Aus dem Entlassungsschreiben vom 9. März 2009 (IV-act. 37) des Instituts für Herz-Kreislauf-Erkrankungen geht hervor, dass der Versicherte sich vom 4. März bis 9. März 2009 zum zweiten Mal in der Klinik aufgehalten hat. Es wurde ausgeführt, dass am 6. März 2009 eine invasive hämodynamische Untersuchung vorgenommen worden sei, wobei nicht signifikante Veränderungen der Herzkranzgefässe registriert und der Versicherte im verbesserten Zustand entlassen worden sei. Am 9. September 2009 gaben die Dres. N._____ und O._____ im fachärztlichen Bericht der Fachärztlichen Praxis für Innere Medizin (IV-act. 33) in (...) an, es sei ein körperlicher Belastungstest durchgeführt worden, wobei keine sicheren Anzeichen einer Reduzierung der Koronarreserve festgestellt worden seien. In seinem Arztbericht vom 12. Oktober 2009 (IV-act. 23) gab Dr. P._____, Internist-Kardiologe des Republikfonds für Renten- und Invalidenversicherung der Republik Serbien die bereits genannten Diagnosen an und führte weiter aus, der Versicherte sei seit 2008 krank und nicht erwerbsunfähig, könne nicht in seinem früheren Beruf arbeiten, aber eine andere Tätigkeit ausüben.

E. 4.5.4

Dr. Q._____, Facharzt für Radiologie, führte in seinem fachärztlichen Bericht des onkologischen Instituts (IV-act. 32) vom 5. September 2012 aus, es habe eine MRI Untersuchung des Endocraniums stattgefunden; der Befund der MR-Angiographie liege in physiologischen Grenzen. Im Befund und Gutachten des Psychologen für die Invalidenkommission (IV-act. 29) vom 1. November 2012 gab Dr. R._____, Spezialistin für medizinische Psychologie, an, der Versicherte sei gelegentlich aufgrund der objektiven existentiellen und gesundheitlichen Probleme ängstlich, angespannt und gereizt, besorgt und verängstigt. Die vorhandenen Störungen erreichten derzeit nicht das Niveau einer strukturierten psychopathologischen Störung. Dr. S._____, Psychiaterin der Abteilung Psychiatrie - Tagesklinik / psychiatrische Abteilung des Allgemeinen Spitals (...), stellte im fachärztlichen Bericht vom 28. November 2012 (IV-act. 28) fest, es lägen keine psychopathologischen Symptome vor.

E. 4.5.5

Am 14. Januar 2013 stellte die Fachärztin für Neurologie, Dr. T._____, in ihrem fachärztlichen Bericht des Allgemeinen Spitals (...) zuhanden der Invalidenkommission (IV-act. 21) die Diagnose Tremor essentialis in abs. Dr. U._____, Internist-Kardiologe des Republikfonds für Renten- und Invalidenversicherung, Direktion Novi Sad, der Republik Serbien (IV-act. 20) gab in seinem Arztbericht vom 11. Februar 2013 die Diagnosen morbus coronarius, ST. post implantationen stenti Nr. 2 (2008), CMP ch. isch. comp. (EF 54 %), Angst und depressive Störung, St. post i.m. inveteratus par inferioris (2008) an und führte neben den bereits genannten Krankheitsbildern auf, der psychologische Test zeige neurotische Störungen in Bezug auf existentielle Probleme. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich dahingehend, dass der Versicherte nicht erwerbsunfähig sei und sowohl in seinem früheren Beruf als auch in einem anderen Beruf eine Tätigkeit ausüben könne.

E. 4.5.6

Im Gutachten vom 23. April 2013 der Kommission des Instituts für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Klinik für Kardiologie in (...) zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit (IV-act. 19) hielten die Dres. K._____, L._____, und V._____, unter Aufzählung der bereits genannten Diagnosen zusammengefasst fest, der Versicherte sei kardial kompensiert. Es bestehe eine Invalidität; der Versicherte sei unfähig, schweren psychophysischen Belastungen ausgesetzt zu werden und unter ungünstigen Witterungsverhältnissen zu arbeiten. Die Behandlung sei nicht beendet. Dem Entlassungsschreiben des Instituts für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Klinik für Kardiologie in (...) (IV-act. 35) vom 11. Juni 2013 ist zu entnehmen, dass der Versicherte für die Zeit vom 11. Juni bis 19. Juni 2013 zur Durchführung einer chirurgischen Revaskularisation des Myokards hospitalisiert war. Es wurde ausgeführt, dass er im April 2013 aufgrund STEMI der Vorderwand in stationärer Behandlung gewesen sei. Vorher sei er im Februar 2008 aufgrund eines akuten STEMI der Inferiorregion, ab Dezember 2008 aufgrund eines Reinfarktes des Myokard der Inferiorregion wiederholt stationär behandelt worden. Es sei eine Katheterisierung mit Implantation zweier Stents durchgeführt worden. Danach habe sich der Versicherte bis zum letzten Reinfarkt des Myokards wohlfühlt. Gelegentlich habe er Schmerzen im Brustbereich und Erstickungsanfälle gehabt. Die Entlassung sei im verbesserten Zustand erfolgt. Im auf den 24. Juli 2013 datierten fachärztlichen Bericht des Allgemeinen Spital (...), Koronareinheit / Innere Medizin in (...) (IV-act. 18) beurteilte Mr. sci. med. W._____, den Versicherten als erwerbsunfähig und nannte als Diagnosen

Vorhandensein von sonstigen näher bezeichneten funktionellen Implantaten STENT (ICD-10: Z96.8) und Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses (bypass graft) CABG x 2 LAD/LIMA (ICD-10: Z95.1).

E. 4.5.7

Aus dem von den Dres. A.a._____, B.b._____ und C.c._____ unterzeichneten Befund der Kommission zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit des Instituts für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Klinik für Kardiologie in (...) (IV-act. 36) vom 5. August 2013 geht hervor, dass der Versicherte für die Zeit von 28. April bis 8. Mai 2013 hospitalisiert war. Es wurde ausgeführt, er sei als Notfall infolge eines akuten Myokardinfarkts der Vorderwand mit ST-Hebung aufgenommen worden. Es sei eine urgente Koronarographie samt BMS-Implantation in RIA durchgeführt worden. Im Weiteren wurde an den früheren Ausführungen betreffend den Krankheitsverlauf festgehalten und neben den bereits genannten Diagnosen die Diagnose infarctus myocardii transmuralis par. anterioris actutus - STEMI (Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand [ICD-10: I21.0]) genannt.

E. 4.5.8

Nach Würdigung der fachärztlichen Berichte hielt der RAD-Arzt Dr. med. D._____ in seinem Schlussbericht vom 7. November 2013 (IV-act. 40) fest, der Versicherte habe im Februar 2008 einen Myokardinfarkt erlitten. Im Dezember 2008 sei eine Angioplastie durchgeführt worden und eine Behandlung mit Stents auf der rechten Koronare erfolgt; neue Infarkte seien 2011, 2012 und schliesslich im April 2013 erfolgt. Als Hauptdiagnose gab er unter Verwendung des Codes ICD-10: I24.1 Myokardinfarkte 2008, 2011, 2012 und 2013 an und führte aus, der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit ab 25. Februar 2008 zu 100 %, für Tätigkeiten im Haushalt zu 0 % und in einer angepassten Tätigkeit ebenfalls ab 25. Februar 2008 zu 100 % arbeitsunfähig. Er gab zusammengefasst weiter an, die Beschwerden seien ernst, beständen aus einer ischämischen Kardiomyopathie mit vier Myokardinfarkten und einer Herzschwäche.

E. 4.6.1

Bei den Stellungnahmen von Dr. med. D._____ (RAD-Arzt) handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV siehe Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.3.3 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

E. 4.6.2

Vorliegend führte der RAD-Arzt Dr. med. D._____ für die Beurteilung des Leistungsanspruchs keine eigene ärztliche Untersuchung durch, sondern zog die Gutachten bzw. medizinischen Atteste der serbischen Ärzte heran und wertete diese aus. Die Stellungnahme vom 7. November 2013 (IV-act. 40) ist somit ein reiner Aktenbericht (vgl.

E. 4.3.3). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens im Widerspruch mit einer vorhandenen Expertise entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen, vgl. auch Urteil des BGer 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2).

E. 4.6.3

Auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. D. _____ (IV-act. 40) betreffend die Würdigung der Gutachten und Befundberichte der serbischen Ärzte kann nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügt (vgl. E. 4.3.3).

E. 4.6.4

Aus dem Entlassungsschreiben des Allgemeinen Spitals (...) vom 7. März 2008 geht hervor, dass der Beschwerdeführer im Februar 2008 einen akuten Myokardinfarkt erlitten hat (IV-act. 27). Im Dezember 2008 erlitt er erneut einen Herzinfarkt, wobei eine Katheterisierung mit Implantation zweier Stents erfolgt ist (IV-act. 38, 24). Danach war er vom 4. März bis 9. März 2009 aufgrund wiederholter Schmerzen im Brustbereich im Institut für Herz-Kreislauf-Erkrankungen stationiert. Am 6. März 2009 wurde eine invasive hämodynamische Untersuchung vorgenommen, wobei nichtsignifikante Veränderungen der Herzkranzgefässe registriert worden sind; der Versicherte wurde im verbesserten Zustand entlassen. In der Folge fanden halbjährliche bis jährliche Kontrolluntersuchungen statt. Aus den entsprechenden Akten (IV-act. 20, 21, 23, 28, 29, 32 und 33) geht hervor, dass der Beschwerdeführer sich nach der Behandlung im Dezember 2008 - abgesehen von gelegentlichen Schmerzen im Brustbereich und Erstickungsanfällen - wohl gefühlt hat. Jedoch wurde im Befund vom 1. November 2012 festgehalten, dass er angespannt und gereizt sei, indessen die vorhandenen Störungen nicht das Niveau einer psychopathologischen Störung erreichen würden (IV-act. 29). Am 11. Februar 2013 wurde neben den bereits genannten Diagnosen eine Angst- und depressive Störung erwähnt (IV-act. 20). Der Beschwerdeführer erlitt am 28. April 2013 abermals einen akuten Myokardinfarkt (IV-act. 35, 36) und begab sich in stationäre Behandlung. Nach einer am 12. Juni 2013 erfolgten chirurgischen Revaskularisation des Myokards ist er in verbessertem Zustand entlassen worden. Zur Arbeitsfähigkeit äusserten sich die serbischen Ärzte folgendermassen: Der Internist / Kardiologe Dr. P. _____ gab am 12. Oktober 2009 an, der Beschwerdeführer sei in seinem angestammten Beruf nicht erwerbsfähig, wohl aber einem anderen Beruf (IV-act. 23). Am 11. Februar 2013, zwei Monate vor einem erneuten Herzinfarkt, befand der Internist / Kardiologe Dr. U. _____ den Beschwerdeführer sowohl in seinem angestammten als auch in einem anderen Beruf als erwerbsfähig (IV-act. 20). Nachdem der Beschwerdeführer im April 2013 abermalig einen Herzinfarkt erlitten hatte, stellte Dr. W. _____ am 24. Juli 2013 eine Erwerbsunfähigkeit fest (IV-act. 18). Der Beschwerdeführer hat demnach gemäss den serbischen Krankenakten im Februar sowie im Dezember 2008 Myokardinfarkte erlitten, war danach fast beschwerdefrei und wurde zuletzt auch für erwerbsfähig befunden, bis im April 2013 ein Reinfarkt auftrat.

E. 4.6.5

Der RAD-Arzt Dr. med. D. _____ beurteilte die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorhandenen Akten des Dossiers, ohne den Beschwerdeführer persönlich untersucht zu haben. Er stellte fest, dass der Beschwerdeführer am 25. Februar 2008 einen Herzinfarkt und in den Jahren 2011, 2012 und 2013 Reinfarkte erlitten habe und kam betreffend seine Arbeitsfähigkeit zum Schluss, dass dieser ab Juli 2013 sowohl in seiner zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Der Bericht des RAD-Arztes D. _____ weist grobe Mängel auf. Zum einen fasst er weder die medizinischen Berichte aus Serbien zusammen, noch gibt er an, auf welche Akten er sich in seinem Schlussbericht gestützt und welche er gewürdigt hat. Zum anderen sind seine Ausführungen widersprüchlich zu den medizinischen Unterlagen, welche im Übrigen den Krankheitsverlauf nach Juni 2013 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung im Februar 2014 nicht weiter dokumentieren. So hält Dr. med. D. _____ im Einklang mit den Akten fest, dass der Beschwerdeführer im Februar 2008 sowie im April 2013 Herzinfarkte erlitten hat, übersieht jedoch den Reinfarkt im Dezember 2008. Weiter erwähnt er, dass der Beschwerdeführer 2011 und 2012 Reinfarkte erlitten habe, obwohl dies aus den Akten nicht hervorgeht. Aufgrund der Akten lässt sich schliessen, dass sich der Beschwerdeführer im Zeitraum von April 2009 bis März 2012 in einem stabilen gesundheitlichen Zustand befunden hat, allerdings nach dem erneuten Herzinfarkt im April 2013 als arbeitsunfähig erachtet wurde. Somit kann der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. D. _____ ebenfalls nicht gefolgt werden. Darüber hinaus befinden sich in den Akten Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung. So gab Dr. R. _____, Spezialistin für medizinische Psychologie, in ihrem Befundbericht vom 1. November 2012 an, der Beschwerdeführer sei unter anderem besorgt und verängstigt, kam jedoch zum Schluss, dass die vorhandenen Störungen nicht das Niveau einer psychopathologischen Störung erreicht hätten (IV-act. 29). Drei Monate später hielt Dr. U. _____ fest, dass der Beschwerdeführer unter Angst und einer depressiven Störung leide (IV-act. 20). Somit liegen Hinweise darauf vor, dass beim Beschwerdeführer neben den kardiologischen auch psychologisch / psychiatrische Krankheitsbilder vorhanden sein könnten. Ob diese Beschwerden einen Einfluss auf einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers haben, wurde bislang nicht abgeklärt. Anzumerken ist überdies, dass Dr. med. D. _____ als Facharzt für Allgemeinmedizin nicht über einen Facharztstitel der Kardiologie verfügt. Die Beurteilung des RAD-Arztes ist insgesamt nicht konsistent und kann nicht nachvollzogen werden. Die Voraussetzungen für eine blosse Aktenbeurteilung durch den RAD können nicht als gegeben erachtet werden. Ein lückenloser Befund bzw. ein feststehender medizinischer Sachverhalt liegt nicht vor.

E. 4.7

Unter den gegebenen Umständen ist festzuhalten, dass eine zuverlässige Einschätzung, in welchem Mass der Beschwerdeführer Einschränkungen in seiner Arbeitsfähigkeit unterliegt, aufgrund der bestehenden, den Krankheitsverlauf nur bis April 2013 dokumentierenden, Aktenlage und ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers nicht rechtsgenügend beurteilt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht resp. die Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist durch die Vorinstanz nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt wurden (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG), sodass die Verfügung vom 21. Februar 2014 schon aus diesem Grunde aufzuheben ist.

E. 4.7.1

Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA auch im Lichte der Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 ausnahmsweise möglich. Zu beachten sind insbesondere die Ausführungen des Bundesgerichts, wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der de lege lata gegebenen Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 ff., E. 4.2).

E. 4.7.2

Hier liegt indessen nicht ein vom Bundesverwaltungsgericht zu würdigendes Administrativgutachten im Recht. Vielmehr war die Zulässigkeit eines Aktenberichts durch den RAD zu beurteilen. Wie sich vorstehend gezeigt hat, konnte weder der eine noch der andere auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen offensichtlich unzulässig, was zwangsläufig zur weiteren Sachverhaltsabklärungen hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären (sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann), auf das Gericht. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als dass die Aktenbeurteilung durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die oftmals weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Weiter ist zu beachten, dass für Fälle mit Auslandsbezug eine spezialisierte IV-Stelle eingerichtet worden ist. Daher und aufgrund dessen, dass vorliegend aufgrund der Aktenlage keine genügende Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zum Verfügungszeitpunkt erfolgen konnte - mithin insbesondere sein psychischer Gesundheitszustand als vollkommen ungeklärt zu betrachten ist - ist die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Da es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei Versicherten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art unabdingbar ist, physische und psychische Beeinträchtigungen nicht isoliert, sondern interdisziplinär beurteilen zu lassen und vorliegend auch Krankheitsbilder der inneren Medizin vorliegen, wird die Rückweisung mit der Weisung verbunden, dass die Vorinstanz eine tridisziplinäre, kardiologische, internistische und psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers in der Schweiz zu veranlassen hat (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2, mit weiteren Hinweisen). Danach hat die Vorinstanz eine neue Verfügung zu

erlassen, in welcher sie sich unter Einbezug der medizinischen Vorakten zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit und in einer leidensangepassten Tätigkeiten zu äussern hat.

E. 4.8

Im Weiteren ist der Zeitpunkt der Rentenmeldung zu prüfen. Der Beschwerdeführer macht geltend, er erfülle die Voraussetzungen für eine Invalidenrente seit dem 1. Februar 2009. Deshalb habe er bereits zu diesem Zeitpunkt in seiner Heimat ein Rentengesuch eingereicht, jedoch nie eine Antwort erhalten. Im Jahr 2013 habe er sich erneut angemeldet. Die Vorinstanz bestätigt in der angefochtenen Verfügung, dass der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2009 einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Sie gibt aber an, dass ihr vom serbischen Versicherungsträger keine frühere Anmeldung zugestellt worden sei. Die Anmeldung sei erst am 28. Mai 2013 erfolgt, weshalb die Rente frühestens ab 1. November 2013 ausgerichtet werden könne.

E. 4.8.1

Dem vorliegend anwendbaren Sozialversicherungsabkommen ist in seinen Durchführungsbestimmungen (Art. 4 der Verwaltungsvereinbarung) zu entnehmen, dass in Jugoslawien wohnhafte jugoslawische Staatsangehörige, die Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erheben, ihr Gesuch bei der zuständigen Landesanstalt einzureichen haben (Abs. 1). Für die Gesuche sind die von der Schweizerischen Ausgleichskasse den Landesanstalten zur Verfügung gestellten Formulare zu verwenden (Abs. 2). Die zuständige Landesanstalt vermerkt das Datum des Eingangs auf dem Rentengesuch, prüft dasselbe auf seine Vollständigkeit und bestätigt die Richtigkeit der vom Gesuchsteller gemachten Angaben und die Gültigkeit der von ihm vorgelegten Ausweise (Abs. 3). Die zuständige Landesanstalt leitet hierauf die Rentengesuche an die Schweizerische Ausgleichskasse weiter (Abs. 4). Nach Art. 40 der Verwaltungsvereinbarung gewähren sich die Vertragsstaaten gegenseitig die für die Anwendung der vom Abkommen erfassten Versicherungszweige erforderliche Hilfe, indem sie auf allgemeines Ansuchen hin oder auf Verlangen im Einzelfall vertretungsweise die zweckdienlichen Handlungen vornehmen oder vornehmen lassen. Sie nehmen insbesondere zuhanden des Versicherungsträgers des anderen Vertragsstaats Erhebungen vor, stellen ihm Akten im Original oder in Abschrift zur Verfügung, vollziehen oder überwachen Durchführungsmaßnahmen. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevante Abweichung vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beantwortet sich die Frage nach dem Rentenbeginn aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2, und 4 des Sozialversicherungsabkommens; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts A-3318/2012 vom 20. Oktober 2014 E. 2.1 sowie C-2984/2012 vom 21. November 2013 E. 3.1). Der Rentenanspruch entsteht somit frühestens sechs Monate nach der Anmeldung (E. 4.2).

E. 4.8.2

Die Vorinstanz führte vernehmlassungsweise aus, nach Prüfung der Akten habe sie festgestellt, dass lediglich das am 28. Mai 2013 vom Beschwerdeführer unterzeichnete Anmeldeformular vorliege; es gebe keine Anhaltspunkte für eine frühere Anmeldung. In den Akten befinden sich jedoch Unterlagen, die auf ein Anmeldeverfahren von 2008 resp. 2009 hinweisen. Zum einen liegt ein auf den 30. Dezember 2008 datiertes Schreiben

der SAK an den serbischen Versicherungsträger ("Rep. Fond penzijsko invalidsko") in Novi Sad vor (IV-act. 1, S. 2). In diesem Schreiben bezog sich die SAK auf eine Mitteilung vom 5. Dezember 2008 und führte aus, "der Antrag könne nicht behandelt werden". Er werde deshalb mit der Aufforderung, einen Staatsbürgerschaftsnachweis sowie eine Identitätskarte einzureichen, zurückgesandt. Die Betreffzeile weist den Vermerk: "E 205 / X. _____ né(e) le (...)" auf. Gemäss Eingangsstempel wurde das Schreiben am 19. Januar 2009 dem ausländischen Versicherungsträger übergeben. Das Antwortschreiben an die SAK datiert auf den 23. Juni 2009 (IV-act. 1, S. 1; deutsche Übersetzung: act. 18). Mit diesem Schreiben wurden die gewünschten Dokumente eingereicht und zudem darum gebeten, die in der Schweiz vom Versicherten erbrachten Arbeitszeiten zu bestätigen. In der Betreffzeile ist, neben dem Namen des Beschwerdeführers, dessen Geburtsdatum und der Vermerk "Rente" aufgeführt. Weiter liegt ein IK-Auszug des Beschwerdeführers, in welchem als Bearbeitungsdatum der 6. August 2009 angegeben wurde, bei den Akten (IV-act. 2). Des Weiteren wandte sich der Republikfonds für Renten- und Invalidenversicherung in Novi Sad mit Schreiben vom 28. Mai 2013 (IV-act. 17, S. 3 f.) an die SAK und führte aus, der Beschwerdeführer habe am 7. Oktober 2008 sowie am 4. Dezember 2012 Anträge auf Feststellung des Anspruchs auf eine Invalidenrente eingereicht. Diese Daten beziehen sich alleine auf Anmeldungen beim serbischen Versicherungsträger. Dass bereits die erste Rentenanmeldung von 2008 an die SAK weitergeleitet worden sein muss, ergibt sich - wie nachfolgend aufgezeigt - aus dem Schriftverkehr des Republikfonds mit der SAK.

E. 4.8.3

Die SAK bezog sich in ihrem Schreiben vom 30. Dezember 2008 unter Angabe des Betreffs "E 205" auf eine Anfrage des Provinzfonds für Renten- und Invalidenversicherungen aus Serbien. Bei dem Begriff "E 205" handelt es sich um das Formular "Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in der Schweiz" (vgl.

<http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/index/category:118/lang:deu>; eingesehen am 17. Februar 2016). Die entsprechende Anfrage ist nicht in den Unterlagen; jedoch lässt sich vermuten, dass es sich dabei um eine Anmeldung zum Bezug einer Invalidenrente handelt.

Diese Vermutung wird durch das Antwortschreiben des ausländischen Versicherungsträgers, in welchem der Betreff "Rente" angegeben wurde, sowie des sich bei den Akten befindlichen IK-Auszugs von 2009, bestärkt (vgl. dazu Urteile des Bundesverwaltungsgerichts A-3318/2012 vom 20. Oktober 2014 E. 4.2.3; C-6055/2010 vom 4. März 2013 E. 4.2.2; C-4456/2009 vom 15. Oktober 2010 E. 5.2.5; C-7830/2008 vom 31. August 2010 E. 4.4). Schliesslich macht auch der Beschwerdeführer geltend, er habe sich bereits im Jahr 2009 angemeldet. Den Ausführungen der Vorinstanz, es gebe keine Anhaltspunkte für ein früheres Verfahren, kann aufgrund der Aktenlage nicht gefolgt werden. Es ist somit mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (E. 2.3) erstellt, dass bereits 2008/2009 ein Anmeldeverfahren betreffend Ausrichtung einer IV-Rente eingeleitet worden ist.

E. 4.8.4

Es ist nun zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden Unterlagen das genaue Anmeldedatum ermittelt und in der Folge der Beginn des Rentenanspruchs festgesetzt werden kann. Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe den Antrag am 1. Februar 2009 in Serbien eingereicht. Eine entsprechende Anmeldung findet sich jedoch nicht in den Akten. Ein Hinweis auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Anmeldung ergibt sich aus dem Schreiben der SAK, in welchem sie die ausländische Verbindungsstelle aufforderte, die für

die Behandlung des Antrags erforderlichen Unterlagen einzureichen. Dieses Schreiben ist auf den 30. Dezember 2008 datiert und bezieht sich wiederum auf die nicht weiter bestimmte Anfrage des serbischen Versicherungsfonds vom 5. Dezember 2008. Es ist demnach unklar, zu welchem Zeitpunkt die Anmeldung tatsächlich erfolgt ist. Das genaue Anmeldedatum lässt sich aufgrund der Akten und der vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen nicht eruieren. Demnach kann die Frage des Anspruchsbeginns nicht rechtsgenügend beantwortet werden (vgl. E. 4.2 und 4.4.2).

E. 4.9

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht geltendem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass bereits 2008/2009 ein Anmeldeverfahren betreffend Ausrichtung einer IV-Rente eingeleitet worden ist. Die Vorinstanz hat jedoch auf das Datum des zweiten Rentengesuchs vom 28. Mai 2013 abgestellt, ohne weitere Abklärungen vorzunehmen. Aufgrund der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen und der Korrespondenz zwischen der SAK und dem ausländischen Versicherungsträger aus den Jahren 2008 und 2009 liegen genügend Anhaltspunkte dafür vor, dass schon zum damaligen Zeitpunkt eine Anmeldung erfolgt ist. Die Vorinstanz wäre gehalten gewesen, den Hinweisen in den Akten auf eine frühere Anmeldung nachzugehen und das Anmeldedatum beim serbischen Versicherungsträger, der zur Hilfeleistung im Rahmen der Verwaltungsvereinbarung verpflichtet ist, abzuklären (vgl. E. 4.3). Sie hätte die Beweismittel daher würdigen und durch den serbischen Versicherungsträger verifizieren sollen. Indem sie weitere Abklärungen zum Anmeldedatum unterliess, hat sie Art. 40 der Verwaltungsvereinbarung und damit Bundesrecht verletzt. Es ist nicht Sache des Bundesverwaltungsgerichts, den serbischen Versicherungsträger wie eine erstinstanzliche Behörde um Amtshilfe zu ersuchen, zumal der Beschwerdeführer dadurch eine Instanz verlöre (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5174/2011 vom 25. Oktober 2013 E. 5.3). Die Sache ist daher auch in diesem Punkt an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die entsprechenden Abklärungen zum Zeitpunkt der Anmeldung vornimmt und neu verfügt.

E. 5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz sowohl den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt als auch das Datum der Rentenanmeldung ungenügend abgeklärt hat. Die angefochtene Verfügung vom 21. Februar 2014 beruht damit auf einem unvollständig ermittelten Sachverhalt (Art. 49 lit. b VwVG und Art. 49 ATSG), weshalb die Beschwerde vom 20. März 2014 in dem Sinne gutzuheissen ist, als dass die angefochtene Verfügung vom 21. Februar 2014 aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen 4.7.2 und 4.9 zur neuen Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 6

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

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ist somit gegenstandslos. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Keinen Anspruch auf Parteientschädigung haben Bundesbehörden und, in der Regel, andere Behörden, die als Parteien auftreten (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da dem obsiegenden Beschwerdeführer, welcher nicht anwaltlich vertreten ist, keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden sind resp. er keine solchen geltend gemacht hat, ist ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen. (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

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