

BVGer C-2223/2009 vom 27. Mai 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2223_2009

FR: TAF C-2223/2009 du 27 mai 2010

IT: TAF C-2223/2009 del 27 maggio 2010

Regeste

Invalidenversicherung (IV)

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, die zu den Vorinstanzen des Bundesverwaltungsgerichts gehört (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formell-rechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). Dieser intertemporalrechtliche Grundsatz kommt aber dort nicht zur Anwendung, wo hinsichtlich des verfahrensrechtlichen Systems zwischen altem und neuem Recht keine Kontinuität besteht und mit dem neuen Recht eine grundlegend neue Verfahrensordnung geschaffen worden ist (BGE 130 V 1 E. 3.2, 215 E. 3.2 und 560 E. 3.1, 129 V 113 E. 2.2; RKUV 1998 KV 37 S. 316 E. 3b; SVR 2004 AHV Nr. 3 S. 8 E. 3.2).

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss innerhalb der angesetzten Frist geleistet wurde, ergibt

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

E. 1.4

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 1.5

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 13. März 2009, mit welcher der Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist, ob die Abweisung zu Recht erfolgt war und in diesem Zusammenhang, ob sich der Sachverhalt insbesondere in medizinischer Hinsicht als rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt erweist.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Mazedonien und hat dort seinen Wohnsitz. Vorliegend findet damit das Abkommen vom 9. Dezember 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.520.1; im Folgenden: Abkommen) Anwendung. Nach Art. 3 in Verbindung mit Art. 4 Abs.1 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in seinem Art. 2 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die IV gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung der beidseitigen Staatsangehörigen vor. Die Frage ob, und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der IV besteht, bestimmt sich daher vorliegend alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 2.2

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 17. Februar 2009 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die am 17. Februar 2009 bereits ausser Kraft getreten waren, für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs aber von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 1988 in der Fassung vom 9. Oktober 1986 [AS 1987 447; 2. IV-Revision], ab dem 1. Januar 1992 in der Fassung vom 22. März 1991 [AS 1991 2377; 3. IV-Revision], ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen). Für die Prüfung des Rentenanspruchs ab 1. Januar 2003 ist sodann das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG anwendbar. Da die darin enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit, der Invalidität und der Einkommensvergleichsmethode den bisherigen

von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung entsprechen und die von der Rechtsprechung dazu herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG weiterhin Geltung haben (BGE 130 V 343), wird im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen. Meldet sich ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach der Entstehung eines Leistungsanspruchs an, so werden IV-Leistungen gemäss Art. 48 Abs. 2 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) lediglich für die der Anmeldung vorangehenden 12 Monate ausgerichtet - abgesehen von einer Ausnahme, die vorliegend ohne Belang ist. Vorliegend ist demnach zu prüfen, ob der Beschwerdeführer am 16. Januar 2006, d.h. 12 Monate vor der Antragstellung, Anspruch auf Leistungen der IV hat oder ob ein solcher Anspruch danach bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (13. März 2009) entstanden ist.

E. 2.3

Die Vorinstanz hat in ihrer Verfügung vom 13. März 2009 (act. 64) die gesetzlichen Bestimmungen über den Umfang des Rentenanspruchs und dessen Entstehung (Art. 28 Abs. 1 und 2 bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG in der ab 1. Januar 2008 gültigen Fassung; vgl. Art. 28 Abs. 1 und 1ter IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung [vgl. hierzu ergänzend BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1]), die Bemessung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG i.V.m. mit Art. 28a Abs. 1 IVG; vgl. Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 2 IVG in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung [vgl. hierzu ergänzend BGE 130 V 343 E. 3.4.2]) und die für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit massgeblichen Kriterien (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) zutreffend dargelegt, weshalb darauf verwiesen werden kann.

E. 2.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7): ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 2.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und

bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2, 1999 KV Nr. 22 E. 3b; AHI 2001 S. 115 E. 3b ee).

E. 3.1

Vorliegend war der Versicherte wegen eines im Mai 2002 erlittenen inferoposterioren Herzinfarkts im D._____ in E._____ hospitalisiert. Nach einer Woche wurde er wegen eines Reinfarktes ins F._____ verwiesen, wo notfallmässig eine perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA) mit Stentimplantation durchgeführt wurde; die Hospitalisation dauerte vom 27. bis 29. Mai 2002 (act. 18 bis 20, 29 bis 30, 35). Die aus den stationären Klinikaufenthalten resultierende vollständige Arbeitsunfähigkeit löste vorliegend keine Eröffnung der Wartezeit nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung; Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) aus. Der Versicherte war aufgrund der oben beschriebenen Leiden gemäss den ärztlichen Unterlagen und seinen eigenen Ausführungen bloss während kurzer Zeit vollständig arbeitsunfähig (act. 16 und 35). Dagegen, dass aufgrund der Infarktproblematik eine länger dauernde (rentenrelevante) Arbeits- und Leistungsunfähigkeit resultiert hätte, spricht auch, dass dem Beschwerdeführer die Rente vom ausländischen Versicherungsträger erst ab 13. Februar 2006 zugesprochen wurde (act. 2 und 3). Unter diesen Umständen kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass ab Mai 2002 eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen während mindestens eines Jahres im Sinne von Art. 29ter IVV (vgl. dazu BGE 130 V 97 Erw. 3.2 mit Hinweisen) bestanden hatte.

E. 3.2

Der Beschwerdeführer arbeitete bis Ende Februar 2006 in der Eigenschaft als Verwalter seines eigenen Betriebes und ging laut seinen Beschreibungen seither keiner Erwerbstätigkeit mehr nach (act. 8 und 9 resp. 12 und 13). Die Frage, ob, und wenn ja, ab

wann bei ihm eine allfällige rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist, ist somit allein aufgrund der ärztlichen Angaben zu prüfen.

E. 3.3

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2009 (act. 64) insbesondere auf die Stellungnahmen von Dr. med. B._____, Spezialarzt Innere Medizin FMH, vom medizinischen Dienst vom 26. Januar (act. 61) und 13. November 2009 (act. 66); letztere wurde nach Vorliegen des Berichts des Allgemeinmediziners Dr. med. C._____, vom 10. September 2009 (act. 65) verfasst. Obwohl die Berichte der Dres. med. C._____, und B._____, vom 10. September und 13. November 2009 nach dem massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung erlassen wurden, sind sie vorliegend ebenfalls zu berücksichtigen und zu würdigen, da sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4 in fine mit Hinweis) sowie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen). Dies gilt im Übrigen auch für die im Rahmen der Eingabe des Beschwerdeführers vom 16. Dezember 2009 nachgereichten ärztlichen Unterlagen (B-act. 20).

E. 3.4.1

Nach Kenntnis verschiedener ärztlicher Dokumente aus der Heimat des Versicherten - unter anderem der Berichte der Dres. med. C._____, sowie G._____, H._____, und I._____, vom 13. März 2008 und 2. März 2007 (act. 26 und 30) - führte Dr. med. B._____ in seiner ersten Stellungnahme vom 15. Mai 2008 aus, der Versicherte werde im Bericht von Dr. med. C._____ vom 14. März 2008 als zu 80 % bzw. 100 % arbeitsunfähig betrachtet, doch die genauen medizinischen Daten, auf denen diese Einschätzung basiere, seien in den Unterlagen nicht ersichtlich. Je nach Ausmass der funktionellen Einschränkungen wäre es möglich, dass der Versicherte zumindest teilweise als Verwalter einer "Malerfirma" arbeiten könnte. Damit seien zur definitiven Beurteilung die in der Anlage I genannten Unterlagen zu besorgen (act. 32). Auch nach Würdigung weiterer mazedonischer Arztberichte aus der Zeit von Mai 2002 bis März 2008 (act. 35 bis 42) konnte Dr. med. B._____ den medizinischen Sachverhalt nicht definitiv beurteilen (act. 43).

E. 3.4.2

Nachdem sich Dr. med. B._____ ein Bild über die zusätzlich eingeholten resp. bei der Vorinstanz eingegangenen ärztlichen Dokumente vom 12. und 29. September 2008 (act. 50 bis 54) sowie vom 1. und 2. Oktober 2008 (act. 55 bis 58) hatte machen können, nahm er am 26. Januar 2009 erneut Stellung (act. 61). Er diagnostizierte zur Hauptsache ein Adenokarzinom des Magens sowie eine koronare Herzkrankheit und führte aus, die Herzkrankheit sei im Jahre 2002 erfolgreich behandelt worden und das Magenkarzinom habe im Februar 2006 zur vollständigen Entfernung des Magens geführt. Aufgrund der im Gefolge seiner Stellungnahme vom 10. Juli 2008 eingegangenen Dokumente bestünde als Folge des durchgemachten Herzinfarktes eine höchstens leicht eingeschränkte Kreislauffunktion. Im Zusammenhang mit dem operierten Magenkarzinom lägen bisher keinerlei Hinweise auf ein Wiederauftreten des Tumors vor.

E. 3.4.3

Nach Kenntnisnahme des vom Beschwerdeführer im Laufe des Beschwerdeverfahrens am 11. September 2009 ins Recht gelegten Berichts von Dr. med. C. _____ vom 10. September 2009 (act. 65 resp. B-act. 12) hielt Dr. med. B. _____ in seiner Stellungnahme vom 13. November 2009 dafür, der Bericht vom 10. September 2009 enthalte keinerlei neue Elemente, die eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten belegen würden (act. 66).

E. 3.5

Bei all den vorstehend erwähnten somatischen Leiden handelt es sich nach konstanter Rechtsprechung um labile pathologische Geschehen, d.h. um Leiden, die sich verschlimmern oder verbessern können. Vorliegend gelangen demnach die Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG (ab 1. Januar 2008: Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG) in Verbindung mit Art. 28 Abs. 1ter IVG (ab 1. Januar 2008: Art. 29 Abs. 4 IVG) - welche Norm keine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine Anspruchsvoraussetzung bildet (SVR 2006 IV Nr. 8 S. 31 E. 5.5) - zur Anwendung, wonach der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt entsteht, in welchem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 50 % arbeitsunfähig gewesen war. Eine Ausnahme von diesem Prinzip, wie sie ab 1. Juni 2002 für Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie Angehörige von Mitgliedstaaten der Europäischen Union gilt, welche Anspruch auf Viertelsrenten haben, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union Wohnsitz haben, ist vorliegend nicht gegeben (vgl. auch E. 2.3 hiervor).

E. 3.6.1

Hinsichtlich des Einflusses dieser Leiden auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers kam Dr. med. B. _____ in seinen Stellungnahmen vom 26. Januar und 13. November 2009 zum Schluss, dass der Versicherte für körperlich schwere bis mittelschwere Tätigkeiten sicher nicht mehr relevant arbeitsfähig sei. Körperlich leichte Tätigkeiten wie die aktuell ausgeübte seien ihm indessen uneingeschränkt zumutbar.

E. 3.6.2

Vorab ist in einem ersten Schritt festzustellen, dass die Berichte von Dr. med. B. _____ vom 26. Januar und 13. November 2009 zwar nicht auf eigenen Untersuchungen und Befunderhebungen durch den Medizinischen Dienst basieren und nicht - analog der Berichte des RAD - als Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV zu qualifizieren sind. Dennoch erfüllen diese Berichte die an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Kriterien. Sie sind übereinstimmend, in sich schlüssig, nachvollziehbar begründet, und es bestehen keine schwerwiegenden Indizien gegen deren Zuverlässigkeit. Hinzu kommt, dass sie für die streitigen Belange umfassend sind, die geklagten Beschwerden berücksichtigen und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden. Demnach lässt sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren grundsätzlich schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. zum Ganzen E. 2.5 hiervor) und den Berichten des medizinischen Dienstes der Vorinstanz kommt diesbezüglich volle Beweiskraft zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Weitere medizinische Abklärungen resp. eine Untersuchung in der Schweiz - wie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt - sind unter diesen Umständen nicht geboten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. SVR 2001 IV Nr. 10 Erw. 4b mit Hinweisen).

E. 3.6.3

Betreffend die beim Beschwerdeführer vorliegende koronare Herzkrankheit ist festzustellen, dass im Juni 2002 (act. 23 bis 26), März 2008 (act. 40) und September 2008 (act. 50 bis 51) Echokardiografien durchgeführt wurden, wobei sich der EF(= Ejection fraction)-Wert von Juni 2002 von 64 % auf 51 % im September 2008 verschlechterte. Diese Verschlechterung ist insofern kaum relevant, als dass ein EF-Wert von 51 % bloss eine leichtgradig eingeschränkte systolische LV-Pumpfunktion bedeutet (vgl. www.asecho.org > Guidelines > Chamber Quantification > Recommendations for Chamber Quantification, JASE, December 2005). Es ist demnach mit Blick auf die schlüssigen und überzeugenden Ausführungen von Dr. med. B. _____ davon auszugehen, dass als Folge des durchgemachten Herzinfarktes eine höchstens leicht eingeschränkte Kreislauffunktion besteht, welche keine - auch mit Blick auf die leichte Verschlechterung seit Juni 2002 bis September 2008 - relevante Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in leichten Tätigkeiten wie bspw. der zuletzt ausgeübten zur Folge hat (vgl. auch E. 3.1 hiervor). Nicht abgestellt werden kann demgegenüber auf die Beurteilung von Dr. med. C. _____, wonach der Versicherte sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensangepassten Verweistätigkeit keine Restarbeits- bzw. Leistungsfähigkeit mehr aufweist, denn Dr. med. C. _____ hatte keine rechtsgenügeliche Begründung für die von ihm attestierte vollständige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit geliefert. Vielmehr gab er seine Sichtweise wieder, worauf wegen der Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag nicht abgestellt werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 mit Hinweisen). Hinzu kommt schliesslich, dass Dr. med. C. _____ im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung eher zugunsten des Beschwerdeführers ausgesagt hatte (BGE 125 V 351 E. 3b cc).

E. 3.6.4

Hinsichtlich der Problematik im Zusammenhang mit dem von Dr. med. B. _____ in Übereinstimmung mit den ausländischen Arztberichten diagnostizierten Adenokarzinom des Magens mit Status nach totaler Gastrektomie ist darauf hinzuweisen, dass die am 29. September 2008 durchgeführten Untersuchungen (act. 52 bis 54) eine Leber ohne Pathologie gezeigt hatten und die Bauchspeicheldrüse und beide Nieren normal gewesen waren (act. 55 bis 59). Auch die Transaminasenwerte lagen nicht ausserhalb der Norm. Die Blutwerte bewegten sich ebenfalls innerhalb des Normbereichs (act. 57 bis 58). Unter diesen Umständen sind die Ausführungen von Dr. med. B. _____, wonach im Zusammenhang mit dem operierten Magenkarzinom bisher keinerlei Hinweise auf ein Wiederauftreten des Tumors vorlägen und dem Versicherten körperlich leichte Tätigkeiten wie die bisher ausgeübte uneingeschränkt zumutbar sei, ohne weiteres schlüssig und nachvollziehbar. Dies umsomehr unter dem Gesichtspunkt, dass sich die aus der operativen Entfernung des Magens resultierenden Beschwerden häufig durch eine geeignete Diät, durch die Einnahme häufiger und kleiner Mahlzeiten, durch Vermeiden unverträglicher Speisen und durch eine entsprechend angepasste Lebensweise sowie Medikamente lindern lassen. Relevante Hinweise darauf, dass sich der Organismus des Beschwerdeführers an die veränderten Verhältnisse nicht gewöhnt hätte, lassen sich den Akten keine entnehmen; vielmehr bestätigen diese, dass es im Bereich des Bauches zu keiner Säurebildung gekommen war (act. 55 und 56).

E. 3.6.5

Mangels rechtsgenügelicher Begründung der von den Dres. med. G. _____, H. _____ und I. _____ attestierten 80%igen Arbeitsunfähigkeit kann auch auf deren Bericht vom 2.

März 2007 (act. 23 bis 26) nicht abgestellt werden. Hinzu kommt, dass sich diese Fachärzte bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vom subjektiven Empfinden des Beschwerdeführers, er sei weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit arbeitsfähig, offensichtlich hatten beeinflussen lassen.

E. 3.6.6

Die weiteren ausländischen Arztberichte können schon deshalb nicht als Entscheidungsgrundlage dienen, da sie sich weder generell zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit noch speziell zur dieser in der angestammten resp. in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit äussern (act. 36 bis 40, 50 bis 51, 55 bis 58; B-act. 20).

E. 3.6.7

Mit Blick auf die Ausführungen in der Eingabe an die Vorinstanz vom 25. Februar 2009 (act. 63) ist der Beschwerdeführer abschliessend darauf hinzuweisen, dass Diagnosen für sich allein noch keinen Schluss auf die gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulassen (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4).

E. 3.7

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass beim Versicherte am 1. Februar 2006 eine totale Gastrektomie (mit ösophago-jejunaler Anastomose, Omentektomie, Splenektomie und Lymphadenektomie; act. 21 bis 26, 61) durchgeführt wurde. Es ist unbestritten, dass im Zusammenhang mit der Operation im Februar 2006 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden und demnach die einjährige gesetzliche Wartezeit (vgl. BGE 104 V 191 E. a) zu diesem Zeitpunkt zu laufen begonnen hatte. Selbst wenn im Anschluss an diese Operation eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen während mindestens eines Jahres im Sinne von Art. 29ter IVV (vgl. dazu BGE 130 V 97 Erw. 3.2 mit Hinweisen) Bestand gehabt hätte, wäre der Beschwerdeführer nach Ablauf der Wartezeit im Februar 2007 nicht rentenberechtigt. Denn aufgrund der schlüssigen und überzeugenden Berichterstattung von Dr. med. B. _____ ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer spätestens ab Februar 2007 eine körperlich leichte Tätigkeit wie die zuletzt ausgeübte oder eine adäquate Verweisungstätigkeit ohne Leistungsminderung zumutbar gewesen wäre. Der Umstand, dass nach der vom 7. bis 9. Februar 2006 erfolgten Berichterstattung (act. 36, 37, 38, 39) erst am 2. März 2007 wieder ein ärztliches Dokument verfasst wurde (act. 23 bis 26), stand offensichtlich primär mit dem am 16. Januar 2007 gestellten Leistungsgesuch (act. 1) und nicht mit der medizinischen Situation im Zusammenhang.

E. 4

Im Zusammenhang mit der Bemessung der Invalidität kann angesichts des Umstands, dass der Versicherte nach Ablauf der einjährigen gesetzlichen Wartezeit sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer adäquaten Verweisungstätigkeit eine volle Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit aufweist, von der Durchführung eines bezifferten Einkommensvergleichs abgesehen werden; denn bereits ein Prozentvergleich ergibt, dass der Beschwerdeführer schon im Februar 2007, dem frühest möglichen Ablauf der einjährigen Wartezeit gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung; Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; vgl. auch E. 2.3 hiervor), keine Renten berechtigende Invalidität aufwies (vgl. hierzu bspw. Entscheid I 816/05 des EVG vom 7. Juni 2006, E. 4.3 mit Hinweisen), was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 5.1

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese werden auf Fr. 400.-- festgesetzt.

E. 5.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch 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]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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