

BVGer C-3189/2014 vom 6. September 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3189_2014

FR: TAF C-3189/2014 du 6 septembre 2016

IT: TAF C-3189/2014 del 6 settembre 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 Bst. 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, ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung und am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen 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). Bei kostenpflichtigen Verfahren ist zudem ein Vorschuss in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (Art. 63 Abs. 4 VwVG).

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 Bst. b der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV, SR 831.201]). Der Beschwerdeführer ist in Mazedonien domiziliert. Die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2014 wurde also 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 Bst. d VGG, explizit

auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Es liegt auch kein ausgenommener Sachverhalt vor. 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 beziehungsweise Änderung ein schutzwürdiges Interesse; er hat auch am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Seine Beschwerde wurde zudem form- und fristgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss geleistet, weshalb auf sie einzutreten ist.

E. 3.1

Seit dem 1. Januar 2002 gilt das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit vom 9. Dezember 1999 (Sozialversicherungsabkommen, SR 0.831.109.520.1). Es ist insbesondere auf die schweizerische Gesetzgebung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 2 Abs. 1 Bst. A no. i und ii).

E. 3.2

Gemäss dem Sozialversicherungsabkommen sind Angehörige der jeweiligen Staaten den Angehörigen des Partnerstaates in Rechten und Pflichten betreffend die angeführten Sozialversicherungen gleichgestellt, insoweit nicht das Abkommen selbst eine Differenzierung vorsieht (Art. 4 Sozialversicherungsabkommen).

E. 3.3

Im Sinne einer solchen Differenzierung sollen Versicherte ohne Wohnsitz in der Schweiz eine Invalidenrente nur erhalten, wenn sie zu mindestens 50% invalid sind (Art. 5 Abs. 2 Sozialversicherungsabkommen).

E. 3.4

Das Sozialversicherungsabkommen sieht, bis auf den Fall einer Zusammenrechnung von Versicherungszeiten (Art. 18 Sozialversicherungsabkommen), keine Situation vor, in der gleichzeitig Schweizer und mazedonisches Recht zur Anwendung kommt. Demnach bestimmt sich die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund des schweizerischen Rechts.

E. 3.5.1

Der Beschwerdeführer besitzt die Staatsangehörigkeit Mazedoniens, eines Vertragspartners, und beantragt Leistungen aus der Invalidenversicherung. Die persönliche und sachliche Anwendbarkeit des Sozialversicherungsabkommens ist damit erstellt.

E. 3.5.2

Die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2014 sowie der zugrundeliegende Sachverhalt ab 30. März 2005 fallen vollständig in die Periode nach Inkrafttreten des Sozialversicherungsabkommens. Seine zeitliche Anwendbarkeit steht deshalb ausser Frage.

E. 3.5.3

Nachdem vorliegend kein Fall der parallelen Anwendung der Rechtsordnung beider Staaten zu beurteilen ist, beurteilt sich der Anspruch, unter Berücksichtigung konventionsrechtlicher Schranken, allein aufgrund schweizerischer Rechtsvorschriften.

E. 4.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und des ATSG abzustellen, die für die Beurteilung im in E. 3.4 genannten Zeitraum jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend ist eine Rentenverfügung vom 2. Mai 2014 betreffend einen Sachverhalt ab 30. März 2005 (Sachv. D) strittig, weshalb bis zum 31. Dezember 2007 das IVG und das ATSG in der Fassung vom 21. März 2003, die IVV in der Fassung vom 21. Mai 2003 (4. IV-Revision, AS 2003 3837 beziehungsweise AS 2003 3859) und ab dem 1. Januar 2008 die mit der 5. IV-Revision in Kraft getretenen Gesetzes- und Verordnungsänderungen (AS 2007 5129 und AS 2007 5155) anwendbar sind. Soweit ein Anspruch auf Rente ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden - falls nichts Gegenteiliges vermerkt - die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung zitiert.

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 des Bundesgerichts 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). 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. 4.4

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV).

E. 4.5

Die in Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV genannte Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3, 125 V 410 E. 2b, 117 V 198 E. 4b). Art. 87 Abs. 4 IVV beruht auf dem Grundgedanken, dass die Rechtskraft der früheren Verfügung einer neuen Prüfung so lange entgegensteht, als der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht in rechtserheblicher Weise verändert hat. Um zu verhindern, dass sich die Verwaltung mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhaltes darlegenden Rentengesuchen befassen muss, ist sie nach Eingang einer Neuanschuldung demnach zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (Urteil des Bundesgerichts [BGer] I 489/05 vom 4. April 2007 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 109 V 262 E. 3, Urteil BGer 9C_68/2007 vom 19. Oktober 2007 E. 3.3 sowie Urteil BGer 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 E. 2.2).

E. 4.6

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29) - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung. Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende

Person dieses Ergebnis - vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision - bei einer weiteren Neuanschuldung entgegen halten lassen (BGE 133 V 108 E. 5.3 130 V 71 E. 3.2.3 AHI 1999 S. 84 E. 1b).

E. 4.7

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. 4.8

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 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 Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD respektive der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann 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. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1 vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab.

Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht 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).

E. 4.9

Die beweisrechtliche Würdigung bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage soll in zwei Stufen erfolgen (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 4.1.3, zur Publikation vorgesehen). Ein einer ersten Stufe soll der funktionelle Schweregrad der Beschwerden bestimmt werden; dazu sind insbesondere die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Behandlungs- und Eingliederungserfolg (oder aber -resistenz) und Komorbiditäten zu bestimmen. Im Gegensatz zur früheren Praxis des Bundesgerichts werden hier aber auch mobilisierbare Ressourcen zur Beschwerdekompensation, in Form der Persönlichkeitsstruktur und des sozialen Kontexts, berücksichtigt (BGE 141 V 281 E. 4.3.2, 4.3.3). In einem zweiten Schritt ist dann eine Konsistenzprüfung zu bestehen. Wesentlich ist dabei zu berücksichtigen, ob die geltend gemachte Einschränkung gleichmässig in allen vergleichbaren Lebensbereichen auftritt und in welchem Ausmass Behandlungsoptionen wahrgenommen bzw. vernachlässigt werden, ob also ein entsprechender Leidensdruck manifestiert wird (BGE 141 V 281 E. 4.4.1, 4.4.2).

E. 4.10

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. 5.1

Nachdem das Bundesgericht mit Urteil 9C_624/2007 vom 19. Oktober 2007 (IV-act. 182) die Sache aufgrund neuer, nach dem Einspracheentscheid eingegangener Berichte im Sinne einer Neuanschuldung an die Vorinstanz zurückgewiesen hat, ist diese auf das Gesuch eingetreten, hat weitere Abklärungen vorgenommen und am 22. September 2008 das Rentengesuch abgewiesen (IV-act. 182). Nach zweimaliger Rückweisung der Sache durch das Bundesverwaltungsgericht an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen (Urteile C-6669/2008 vom 4. September 2009 [IV-act. 218] und B-3908/2011 vom 11. Juni 2012 [IV-act. II/1 S. 1]) bestätigte die Vorinstanz nach ergänzenden Abklärungen mit Verfügung vom 2. Mai 2014 die Verneinung eines Rentenanspruchs ab April 2005, bejahte aber den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. November 2012.

E. 5.2

Hinsichtlich der Vergleichszeitpunkte ergibt sich damit Folgendes: Mit Blick auf die in E. 4.4 ff. wiedergegebene bundesgerichtliche Rechtsprechung beurteilt sich die Frage, ob beim Beschwerdeführer eine wesentliche Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch im Sinne von Art. 17 ATSG zu

beeinflussen, durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er zur Zeit des in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheid vom 30. März 2005 bestanden hatte, mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2014 eingetreten war.

E. 5.3

In medizinischer Hinsicht lagen dem Einspracheentscheid vom 30. März 2005 folgende Beurteilungen zugrunde: In seinem Gutachten vom 11. Juli 2003 (IV-act. 111) hielt Dr. D._____, Spezialarzt für Psychiatrie & Psychotherapie des Zentrums E._____, als ersten Schwerpunkt eine Dysthymie (Differenzialdiagnostisch und/oder thymische und ängstliche Störung begründet durch Alkoholkonsum), eine Schmerzstörung in Verbindung mit einerseits psychologischen Faktoren und andererseits einem allgemeinen medizinischen Leiden, einer Abhängigkeit und/oder eines Missbrauchs von Alkohol, einer Nichteinhaltung der medikamentösen Behandlung (Seroxat, Helex), als zweiten Schwerpunkt eine einfache, impulsive Persönlichkeit, als dritten Schwerpunkt eine somatische Pathologie (unter Verweis auf die Beurteilung des Fachexperten) und als vierten Schwerpunkt eine Vermeidung von schweren Stressfaktoren fest (S. 14). In der Gesamtbeurteilung schloss er auf eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seit der Rückkehr des Versicherten nach Mazedonien im Jahre 1997 (S. 19). Es liege aktuell eine Dysthymie sowie eine Schmerzstörung vor. Die Persönlichkeitsstörung sei nicht dekomponiert ("entgleist"), da der psychosoziale Kontext günstig sei. Gleichzeitig sei eine Nichtbeachtung der ihm auferlegten Medikation festzustellen. Die Arbeitsfähigkeit in rein psychiatrischer Hinsicht liege bei einer an seine physischen Probleme angepassten Tätigkeit bei 70% (S. 17, 20). In somatischer Hinsicht hielt Dr. F._____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz am 17. September 2003 und 29. Juni 2004 ergänzend fest, dass Einschränkungen und Schmerzen am linken Fuss (Luxation/Bruch) nicht mehr existierten und auch keine relevante Einschränkung der Atemwege sowie Pathologie betreffend die innere Medizin (praktisch normale Leberwerte) mehr bestehe. Auch der attestierte Diabetes, der mit leichter Medikation behandelt werde, habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der (übermässige) Alkoholkonsum zeige keine somatischen Auswirkungen (IV-act. 112, 126). Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil 9C_624/2007 vom 19. Oktober 2007 fest, die mit der Arthrose verbundenen belastungsabhängigen Beschwerden fielen bei leichten, sitzend wahrzunehmenden Tätigkeiten (nach wie vor) nicht massgeblich ins Gewicht. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden sei eine Besserung ausgewiesen; es liege im Wesentlichen noch eine Dysthymie vor. Diese sei mit einer Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf 30% verbunden. Das metabolische Syndrom schränke - unter Berücksichtigung der dem Beschwerdeführer zumutbaren Schadenminderungspflicht - ebenfalls nicht ein. Der Invaliditätsgrad betrage deshalb neu nur noch (nicht rentenbegründende) 43 Prozent. Hinweise auf kardiologische Befunde und Diagnosen seien bis zum Betrachtungszeitraum (30. März 2005) nicht beachtlich (E. 2.1-2.4).

E. 5.4

Zur Beurteilung des in der Neuanmeldung geltend gemachten Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit holte die Vorinstanz bei der MEDAS in Y._____ ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine und Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie) ein. Aufgrund der im Gutachten vom 24. Juni 2010 festgehaltenen Diagnosen (vgl. Sachv. E.c) schlossen die Gutachter, dass dem Versicherten die vorherige Tätigkeit als Eisenleger nicht mehr zumutbar sei. Nach Einstellung des Blutzuckers bestehe bei Ausschluss sekundärer

Ursachen der Hypertonie eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit für wechselbelastende, leichte Tätigkeiten. Nachdem sich die verschiedenen Symptome des hohen Blutdrucks gelegt hätten, seien jedoch weitere Untersuchungen zur sicheren Diagnose beziehungsweise zum Ausschluss einer diabetischer Nephropathie und eines cor hypertonicum indiziert. Die Parteien interpretieren diese Resultate jedoch unterschiedlich, indem der Beschwerdeführer die Feststellung einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit verlangt, die Vorinstanz hingegen auf Überwindbarkeit der Arbeitsunfähigkeit schliesst. In einem ersten Schritt ist deshalb zu prüfen, ob das Gutachten der MEDAS den beweisrechtlichen Anforderungen (E. 4.8) genügt.

E. 5.4.1

Das Gutachten umfasst 47 Seiten, darin inbegriffen sind die allgemein-internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Teilgutachten (IV-act. 245 p. 19, 16, 32); Labor- und Röntgenberichte wurden integriert. Es basiert auf den Vorakten sowie persönlichen Untersuchungen während eines stationären Aufenthaltes im Zeitraum vom 22.-25. März 2010.

E. 5.4.2

Der Hauptteil beginnt mit einer Erläuterung des Grundes der Begutachtung und den Grundlagen, insbesondere einer umfassenden Aufstellung der medizinischen Vorakten (48 ärztliche Berichte oder Stellungnahmen), damit zusammenhängender Entscheide und einer ausführlichen Anamneseerhebung. Zusätzliche oder nachträglich eingegangene Akten sind keine verzeichnet.

E. 5.4.3

An aktuellen Leiden gab der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern an: schlechter Schlaf, Kopf-, stechende Rücken-, und Fuss-, Knie-, Schulter- sowie Hüftschmerzen links, Schmerzen und "Vibrieren" im ganzen Körper sowie Kraftlosigkeit und anhaltender Bluthochdruck. In letzter Zeit leide er zudem unter häufigem Harndrang, auch in der Nacht, Kribbelsensationen im Bereich der Füße und verminderter Sensibilität. Es wird in der Beschwerde nicht geltend gemacht, es seien Leiden unberücksichtigt geblieben.

E. 5.4.4

In der allgemein-internistischen Untersuchung stellt der Teilgutachter ein auffällig rotes Gesicht, Schonhinken links mit Wadenhypotrophie, die Vermeidung einer Bückbewegung und eine äusserst erschwerte Anamneseerhebung fest. Der gemessene Body-Mass-Index (BMI) liege im adipösen Bereich, der Blutdruck im Bereich schwerer Hypertonie (nach WHO-Klassifikation). Die Lungenfunktionsprüfung sei aufgrund miserabler Kooperation (der Beschwerdeführer klage sofort über Müdigkeit und höre mit der Prüfung auf [IV-act. 245 S. 22]) nicht aussagekräftig. Gesteigerter Durst und Harndrang seien wohl auf den seit zirka 2000 behandelten, aber schlecht eingestellten, erhöhten Blutzucker zurückzuführen. Sensibilitätsstörungen und Kribbelsensationen sprächen für eine periphere diabetische Nephropathie. Der Blutdruck sei ebenfalls schlecht eingestellt und verursache die Kopfschmerzen; falls er trotz Intensivierung der Therapie nicht gesenkt werden könne, sei eine sekundäre Hypertonie zu untersuchen. Es stelle sich aber auch die Frage nach der Compliance [Therapietreue]. Eine hypertensive oder koronare Herzkrankheit könne erst nach einer Echokardiographie bzw. Myokardperfusionsszintigraphie bestätigt werden.

E. 5.4.5

Der orthopädische Teilgutachter erkennt ebenfalls ein Schonhinken links, aber normales Bücken aus dem Sitzen. Er notiert einen lumbosakralen Klopfschmerz sowie eingeschränkte und schmerzhafte Abwinklung/ Reklination der Lendenwirbelsäule. Die linke Schulter sei endgradig eingeschränkt und es zeigten sich deutliche Krepitationsgeräusche [Knochenreiben]; das linke Knie zeige eine deutliche Druckdolenz, das obere linke Sprunggelenk sei etwas eingeschränkt beweglich, das untere vollständig blockiert. Die Fussbeschielung links sei deutlich herabgesetzt. Die Röntgenaufnahmen zeigten eine Osteochondrose L5/S1, durchgehende ventrale Spondylose und Spondylarthrosen. Bereits 1993 sei eine schwere Arthrose des unteren linken Sprunggelenks diagnostiziert worden, der Beschwerdeführer habe aber die wiederholte Empfehlung einer Arthrodeese jeweils abgelehnt. Das lumbospondylogene Syndrom erkläre sich durch eine chronische Fehlbelastung.

E. 5.4.6

Der psychiatrische Teilgutachter erwähnt einen spontan hypertonen Eindruck des Beschwerdeführers. Das Gespräch habe grundsätzlich auf Deutsch stattgefunden, allerdings im Beisein eines Dolmetschers, der auch oft übersetzte. Der Beschwerdeführer gebe aufgrund einfacher Struktur vage und ungenaue Antworten, inhaltlich stark auf die Schmerzen fixiert. Er äussere unspezifische Ängste und wirke etwas dysphorisch - eine Depression sei aber klinisch nicht zu bestätigen. Eine gewisse Verdeutlichung durch Stöhnen komme auf. Die anamnestisch erwähnte Persönlichkeitsstörung sei wohl aufgrund mangelnder Kooperation und Einsichtsfähigkeit nach dem Unfallgeschehen 1992 ins Auge gefasst, seither aber nie überprüft oder begründet worden. Sie könne, auch retrospektiv, nicht bestätigt werden.

E. 5.4.7

Das Gutachten attestiert als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend ein chronisches Schmerzsyndrom des linken Sprunggelenks, ein lumbo-spondylogenes Syndrom nach chronischer Fehlbelastung, ein chronisches Impingment-Syndrom linke Schulter, eine Patellachondropathie links, einen Diabetes Mellitus Typ 2, einen schlecht eingestellten Blutdruck und -zucker und einen Verdacht auf chronisch obstruktive Pneumopathie bei ausgeprägtem Nikotinabusus. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nennen die Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, akzentuiert narzisstische Persönlichkeitszüge, Dysthymia, Adipositas bei Body-Mass-Index 32 und eine Hepatopathie (s. Sachverhalt E.c).

E. 5.4.8

Das Gutachten attestiert eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Der psychiatrische Teilgutachter merkte jedoch an, es fehle an objektiv feststellbaren Befunden, die die verwertbare Arbeitsfähigkeit effektiv beeinträchtigten. Auf die vom Bundesgericht früher festgehaltenen Überwindbarkeitskriterien ist er im Einzelnen nicht eingegangen. Er hielt aber fest, dass die attestierte Persönlichkeitsstörung, die zur Annahme einer vollen Arbeitsunfähigkeit geführt habe, vorliegend nicht bestätigt werden könne, retrospektiv sei vielmehr von einer Anpassungsstörung nach Unfall, mit dysphorischen und narzisstisch gekränkten Gefühlsanteilen auszugehen. Unklar bleibe, woraus Dr. B. _____ diese Diagnose in seiner erneuten Begutachtung am 13. Dezember 2005 begründe (S. 36 f.). Der Versicherte erfülle die Kriterien überhaupt nicht für eine Persönlichkeitsstörung, weder in seinen sozialen Beziehungen noch in seinen Gefühlen und seinem Handeln, er habe auch

seine Sozialkompetenz nicht aufgegeben. Nach dem Unfall 1999 sei er noch einmal Vater geworden, habe zu seinen Kindern gute und regelmässige Kontakte gehabt. Er lebe zwar ein etwas zurückgezogenes Leben in Mazedonien, habe aber die Sozialkompetenz dort überhaupt nicht aufgegeben und fahre auch weiterhin Auto. Der Versicherte zeige eine gute kognitive Leistungsfähigkeit. Er sei etwas verlangsamt, wirke auch etwas müder, zeige aber keine depressive Symptomatik. Die Affekte hellten während der Untersuchung recht gut auf. Er weise einen etwas ungesunden Lebenswandel auf, rauche zuviel, bewege sich wohl kaum und sei deshalb etwas dekonditioniert. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge seien gesichert nicht invalidisierend auf die Arbeitsfähigkeit. Objektiv feststellbare Befunde, die die verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt effektiv beeinträchtigen würden, hätten im vorliegenden Gutachten nicht festgehalten werden können (S. 37 f.). In dieser Konstellation ist davon auszugehen, dass die notwendige, minimale Schwere der Störung für eine effektive Beeinträchtigung gar nicht erreicht wird. Auch unter der neueren Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (E. 4.9) kann deshalb keine Auswirkung dieser Störung auf die Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Die Klassifizierung der Dysthymie als nicht invalidisierend ist ebenfalls nicht zu beanstanden (Urteil der Bundesgerichts I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.3.1).

E. 5.4.9

Die Gutachter sprechen sich schliesslich über die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf und einer Verweistätigkeit aus. Im angestammten Beruf als Eisenleger sei der Beschwerdeführer voll und dauerhaft arbeitsunfähig. In angepassten, körperlich leichten, nicht rein stehenden oder gehenden Tätigkeiten ohne Heben über 10 kg, ohne Zwangspositionen oder repetitive Überkopfarbeiten bestehe aufgrund des schlecht eingestellten Blutdrucks und -zuckers aktuell ebenfalls Arbeitsunfähigkeit. Allerdings sei zu erwarten, dass diese Werte durch intensivere Behandlung und eine zumutbare Anpassung des Lebensstils des Beschwerdeführers normalisiert werden und vollschichtige Arbeitsfähigkeit unter diesen Einschränkungen erreicht werden könne.

E. 5.4.10

Die Leiden des Beschwerdeführers wurden sämtlich in den jeweiligen Teilgutachten berücksichtigt. Die klinischen Untersuchungen und Beobachtungen in den einzelnen Teilen erscheinen umfassend und schlüssig. Die Zusammenhänge und medizinischen Schlussfolgerungen der Teilgutachten wie auch der Gesamtdiskussion erscheinen ausführlich und begründet. Es sind insbesondere keine medizinischen Widersprüche oder unbegründete Abweichungen von Vordiagnosen beziehungsweise Auslassungen erkennbar. Das amtlich erstellte Gutachten vom 24. Juni 2010 erfüllt somit die Beweisanforderungen an ein Gutachten (E. 4.8) und wurde von Fachärzten erstellt. Schliesslich sind auch keine Indizien für eine ausnahmsweise Unzuverlässigkeit ersichtlich. Es kommt ihm also volle Beweiskraft zu.

E. 5.5.1

Der Beschwerdeführer stellt die Ergebnisse des amtlichen Gutachtens nicht grundsätzlich in Frage, sondern spricht sich gegen die Annahme einer zumutbaren Reduktion des Bluthochdrucks und -zuckers aus, die auch - trotz Umsetzung der gutachterlichen Empfehlungen - nicht erreicht worden sei (IV-act. 255, 262; B-3908/2011 act. 1 p. 5). Im Lichte seiner Schadenminderungspflicht (BGE 129 V 460 E. 4.2; Urteil des EVG U 417/04

vom 22. April 2005 E. 4.5) hat sich der Beschwerdeführer zumutbaren medizinischen Massnahmen zu unterziehen; der Beweis für eine angebliche Wirkungslosigkeit der medikamentösen Behandlung liegt bei ihm. Dazu gibt er medizinische Atteste zu den Akten, davon eines vom 28. Februar 2011 (IV-act. 259) mit der Bestätigung eines Blutdrucks von 195/120 mmHg und Blutzuckers von 19.5 mm/L (recto mmol/l).

E. 5.5.2

Das Expertengremium des medizinischen Dienstes der Vorinstanz konnte diesen Einwänden am 19. Mai 2011 (IV-act. 266) nicht folgen. Weder bestätigte die neu beigebrachte Dokumentation eine Medikation gemäss gutachterlichen Empfehlungen, noch sei damit die Compliance, grundlegend für jede dauerhafte Blutdruckbehandlung, erstellt. Auch sei der Beschwerdeführer in seinen täglichen Verrichtungen nicht durch den Blutdruck eingeschränkt.

E. 5.5.3

Nach Sichtung der neuesten medizinischen Unterlagen hielt das Expertengremium des medizinischen Dienstes am 5. Dezember 2013 (IV-act. II/60) gestützt auf die Beurteilung des anwesenden Onkologen fest, dass aufgrund des diagnostizierten Lungenkarzinoms seit dem 19. November 2012 (Datum des Spitalberichts und des Histologieberichts aus W. _____) eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für sämtliche Aktivitäten bestehe. Des Weiteren hielt es fest, dass durch die operative Behandlung des Lungenkarzinoms die im Gutachten diskutierten, schwerwiegenderen Koronarerkrankungen ausgeschlossen werden könnten. Andernfalls wäre eine Operation kontraindiziert gewesen. Sowohl Blutdruck wie auch -zuk-ker seien offensichtlich behandelbar, wie die Werte während der Hospitalisierung (vom 15. bis 19. November 2012) zeigten; die zuvor verschiedentlich berichteten, schlechten Werte könnten nur auf eine schlechte Compliance zurückgeführt werden. Auch das vor der Operation erstellte EKG vom 19. Dezember 2012 zeige keine Zeichen einer Bluthochdruck-bedingten Kardiopathie oder koronaren Ischämie. Die Kreatinin-Werte von 49 (Laborbericht vom 15. Februar 2013) und 66 (Laborbericht vom 20. März 2013) zeigten keine bedeutenden Nierenprobleme. Die Glykämie-Werte seien - unter Behandlung - in der Norm liegend. Die neuesten Ergebnisse seien damit verbessert, gegenüber beispielsweise der Analyse vom 7. Februar 2008. Es sei davon auszugehen, dass zuvor die Therapie nicht konsequent befolgt worden sei. Es sei daher zu bestätigen, dass die Arbeitsunfähigkeit von 30% in Verweistätigkeiten ohne Veränderungen bis zur deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes (mit Feststellung des Lungenkarzinoms) angedauert habe.

E. 5.6

Der Beschwerdeführer rügt die unrichtige beziehungsweise unvollständige Erhebung des Sachverhalts, da die Vorinstanz die im Gutachten diskutierten und von diesem Gericht danach angeordneten, zusätzlichen Untersuchungen unterlassen habe (Sachv. G.a).

E. 5.6.1

Entgegen der Rügen in Beschwerde und Replik hat die Vorinstanz rechtsgenügende Abklärungen veranlasst. Den Vorakten sind folgende (neue) medizinische Akten - nach Rückweisung der Sache durch das Bundesverwaltungsgericht zu weiteren Abklärungen - zu entnehmen: · 18.02.2008: Arztbestätigung Dr. G. _____, Institut H. _____ (IV-act. II/64) · 28.02.2011: Nachuntersuchung, Ultraschall der Bauchorgane, Dr. I. _____, Intermedikal Z. _____ (IV-act. II/25) · 28.02.2011: Arztbericht Dr. _____, Intermedikal Z. _____ (IV-act. II/22) · 01.03.2011: Arztbericht Dr. J. _____, Facharzt

für Neurologie, Klinik für Psychiatrie, Krankenhaus in V. _____ (IV-act. II/26) ·
02.03.2011: Arztbericht Dr. G. _____, Krankenanstalt H. _____ (IV-act. II/24) ·
02.10.2012: CT Lunge, Dr. I. _____ (IV-act. II/18) · 03.10.2012: Röntgenbericht Lunge,
Dr. K. _____ (IV-act. II/14) · 03.10.2012: Röntgenbilder (IV-act. II/28) · 01.11.2012:
Röntgenbilder (IV-act. II/27) · 02.11.2012: CT der Lunge (IV-act. II/15): "Infill pulmo" ·
14.11.2012: CT Lunge mit Kontrastmittel, Dr. L. _____ (IV-act. II/16) · 15.11.2012:
Rapport OAIE (IV-act. II/4): 1. Stellungnahme · 19.11.2012: Austrittsbericht Dres.
M. _____ (Internist), N. _____ (Pneumologe), O. _____ (Internistin/Pneumologin)
(IV-act. II/12) · 21.11.2012: Biopsie, Labor für Zytologie & Histopathologie, W. _____
(IV-act. II/13) · 26.11.2012: CT Lunge, Bericht Dr. P. _____ (IV-act. II/17) · 27.11.2012:
Arztbericht Dr. Q. _____ (IV-act. II/19) · 19.12.2012: Ultraschall Bauchorgane, Dr.
I. _____, Internist, Fachklinik für Innere Medizin, Z. _____ (IV-act. II/9) · 19.12.2012:
Echokardiographie (IV-act. II/21) · 19.12.2012: Handschriftlicher Bericht Dr. I. _____,
Fachklinik für Innere Medizin, Z. _____ (IV-act. II/20) · 19.12.2012: Arztbericht Dr.
I. _____, Fachklinik für Innere Medizin, Z. _____ (IV-act. II/10) · 05.02.2013: Attest
Dr. Q. _____, Institut für Strahlentherapie & Onkologie (IV-act. II/12) · 07.02.2013:
Ärztlicher Bericht Dr. G. _____, Krankenanstalt H. _____ (IV-act. II/11) ·
13.02.2013: Arztbericht Dr. R. _____, Röntgen (IV-act. II/44 S. 22; IV-act. II/53) ·
15.02.2013: Blutgruppen-Bestimmung (IV-act. II/44 S. 13; IV-act. II/52) · 15.02.2013:
Laborbericht (IV-act. II/43 S. 2), Laborwerte (IV-act. II/43 S. 1) · 15.02.2013: Ultraschall
und Echokardiografie (IV-act. II/38) · 15.02.2013: Bericht EKG Dr. S. _____,
Internistin, Krankenhaus T. _____, W. _____ (IV-act. II/44 S. 21; IV-act. II/50 S. 3) ·
15.02.2013: Arztbericht Dr. S. _____, Internistin, Krankenhaus T. _____,
W. _____ (IV-act. II/44 S. 20; IV-act. II/50 S. 1): voroperative, kardiologische
Untersuchung. · 20.02.2013: Echokardiographie (IV-act. II/37) · 20.02.2013: Röntgenbilder
(IV-act. II/39) · 20.02.2013: Laborwerte (IV-act. II/42) · 20.02.2013: Röntgenbericht Lunge
Dr. U. _____, Radiologie (IV-act. II/44 S. 19; IV-act. II/57 S. 5) · 21.02.2013:
Laborwerte (IV-act. II/41) · 21.02.2013: Arztbericht zu Laborauswertung, Dr. V. _____,
Pathologie, Privatkrankenhaus, W. _____ (IV-act. II/44 S. 18) · 26.02.2013: Laborbericht
(IV-act. II/43 S. 4) · 26.02.2013: Entlassungsbericht Dres. W. _____ und X. _____,
Chirurgische Abteilung, Krankenhaus T. _____, W. _____ (IV-act. II/44 S. 17;
IV-act. II/57) · 04.03.2013: Kurzbericht Dr. Q. _____, Onkologin/Internistin, Uniklinik
W. _____ (IV-act. II/44 S. 6, IV-act. II/44 S. 23, IV-act. II/49) · 19.03.2013: Arztbericht
Dr. Q. _____, Onkologin/Internistin (IV-act. II/44 S. 7; IV-act. II/56 S. 4) · 19.03.2013:
Handschriftlicher Arztbericht Dr. Y. _____, Internistin/Endokrinologie (IV-act. II/44 S.
3) · 22.03.2013: Entlassungsbericht, Klinik für Endokrinologie, W. _____ (IV-act. II/44
S. 9; IV-act. II/56 S. 5) · 22.03.2013: Entlassungsbrief Klinik für Endokrinologie,
W. _____ (IV-act. II/44 S. 8; IV-act. II/56 S. 1) · 05.04.2013: Entlassungsbrief Dr.
Z. _____, (IV-act. II/44 S. 14; IV-act. II/55): Behandlung mit 1. Einheit Chemotherapie ·
08.04.2013: Laborwerte (IV-act. II/40) · 26.04.2013: Entlassungsbericht Dr. AA. _____,
Onkologe (IV-act. II/44 S. 5; IV-act. II/54): Behandlung mit 2. Einheit Chemotherapie ·
13.05.2013: Handschriftlicher Arztbericht Radiodiagnostik (IV-act. II/44 S. 2, IV-act.
II/51): Röntgen Herz und Lunge · 19.07.2013: Arztbericht Dr. Q. _____,
Onkologe/Internist, Uniklinik für Röntgen und Onkologie, W. _____ (IV-act. II/44 S.
15) · 19.07.2013: Handschriftlicher Bericht Dr. BB. _____, Neurologie, Uniklinik für
Neurologie, W. _____ (IV-act. II/44 S. 4) · 30.08.2013: Echokardiographie (IV-act. II/36)
· 02.09.2013: Kurzbericht Dr. I. _____, Internist, Privatklinik Intermedikal (IV-act. II/44

S. 16, IV-act. II/46) · 05.09.2013: Handschriftlicher Arztbericht (IV-act. II/44 S. 1, IV-act. II/45) · 05.12.2013: Rapport OAIE (IV-act. II/60): 2. Stellungnahme · 03.04.2014: Rapport OAIE (IV-act. II/66): 3. Stellungnahme Es kann damit - entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers - geschlossen werden, dass der Vorinstanz für die Beurteilung der gemäss Urteil B-3908/2011 noch abzuklärenden Diagnosen (diabetische Nephropathie, sekundäre Hypertonie, Hypertonikerherz, koronare Herzkrankheit) in rechtsgenügender Weise neue, noch nicht aktenkundige Abklärungen der behandelnden Ärzte in Mazedonien zur Verfügung standen. Von den oben genannten Dokumenten beziehen sich die kursiv dargestellten Berichte nicht oder nicht nur auf die Abklärungen im Zusammenhang mit dem später diagnostizierten Lungentumor. Es trifft daher nicht zu, dass die neuen Arztberichte nur im Zusammenhang mit der nachträglich diagnostizierten Lungentumor-Erkrankung stünden und keine Rückschlüsse auf die offenen Diagnosen zuließen.

E. 5.6.2

Den eingereichten Berichten ist zu entnehmen, dass die im Raume stehenden, schwerwiegende Koronarerkrankung und diabetische Nierenerkrankung ausgeschlossen werden konnten und zudem der Nachweis der Behandelbarkeit des Bluthochdrucks und -zuckers möglich war (vgl. dazu im Einzelnen E. 5.8); insofern genügt dies zur rechtsgenügenden Sachverhaltsfeststellung.

E. 5.7

Ebenfalls lässt sich dem Einwand des Beschwerdeführers nicht folgen, diese Ergebnisse seien für den strittigen Zeitraum vor November 2012 nicht einschlägig. Bereits im Gutachten vom 24. Juni 2010 wurde darauf hingewiesen, dass in Mazedonien nach wie vor keine konsequente antihypertensive Behandlung durchgeführt werde und eine Blutdrucksenkung auch mit einer Gewichtsreduktion verbunden werden müsse (IV-act. 245 S. 42 ff.). Das Expertengremium des medizinischen Dienstes weist in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 2013 zutreffend und nachvollziehbar daraufhin, dass in der stationären Behandlung vom 15. bis 19. November 2012, unter Überwachung der Medikamentengabe, die eingereichten Akten einen in der Norm liegenden Blutdruck aufzeigen. Normale Blutdruckwerte ergeben sich auch aus den Berichten vom 15. Februar 2013 (IV-act. II/50 S. 1) und 22. März 2013 (IV-act. II/56 S. 5-7). Das Expertengremium ergänzt, dass im MEDAS-Gutachten keine Überprüfung der Medikamenteneinnahme anhand einer Blutprobe vorgenommen worden und damit fraglich sei, ob die anamnestisch vom Beschwerdeführer bestätigte Medikamenteneinnahme auch tatsächlich erfolge. Seiner Erfahrung nach könne zudem in Mazedonien keine Blutüberprüfung zum Nachweis der eingenommenen Medikamente vorgenommen werden (IV-act. 4 S. 1). Damit drängt sich mit dem Expertengremium der Schluss auf, der Beschwerdeführer habe die medikamentöse Therapie vor November 2012 nicht konsequent und anweisungsgemäss eingehalten (IV-act. II/60), weshalb sich der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht die von den Ärzten des medizinischen Dienstes der IV-Stelle bestätigte retrospektive Arbeitsfähigkeit zu 70% in Verweistätigkeiten entgegen halten lassen muss. Weshalb eine konsequente Therapie ausserhalb des Spitals nicht eingehalten werden könne, unter zusätzlicher Begleitung durch den behandelnden Facharzt, wird vom Beschwerdeführer in der Beschwerde nicht ansatzweise dargelegt (act. 1 S. 7).

E. 5.8.1

Soweit der Beschwerdeführer rügt, die Vorinstanz habe die vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil B-3908/2011 angeordneten Untersuchungen nicht durchgeführt, ist mit dem Expertengremium darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Nierenbiopsie und der Myokardperfusionsszintigraphie um invasive Eingriffe handelt, die mit gewissen Risiken für den Patienten verbunden sind und nicht ohne dessen Zustimmung erfolgen können (IV-act. II/4). Die genannten Untersuchungen beruhen auf Empfehlungen der MEDAS in seinem Gutachten vom 24. Juni 2010 (IV-act. 245). In der vorliegenden Konstellation war deshalb die Vorgehensweise, wie der (noch offene) Diagnosenkomplex diabetische Nephropathie, sekundäre Hypertonie, Hypertonikerherz und koronare Herzkrankheit zusätzlich abgeklärt werden kann, in die Entscheidungskompetenz der Vorinstanz zu legen. Es sind - wie bereits gesagt - umfangreiche medizinische Akten nachgereicht worden, die bezüglich besagter Diagnosen ergänzende und einleuchtende Schlüsse des Expertengremiums der Vorinstanz zulassen. Zudem kann die Würdigung des Rappports vom 5. Dezember 2013 insoweit bestätigt werden, als die zwischen dem 21. und 26. Februar 2013 durchgeführte Pneumektomie (Entfernung eines Lungenflügels), mit welcher gleichzeitig eine partielle Resektion des Perikards [Herzmuskel] erfolgte (vgl. IV-act. II/44 S. 17 f.), einen schweren operativen Eingriff mit Eröffnung des Brustkorbs darstellt und nur bei genügend stabilen Blutdruck- und Herzwerten durchgeführt werden kann. Zudem habe das Elektrokardiogramm vom 19. Dezember 2012 keine Anzeichen für eine kardiale Hypertrophie und eine koronare Ischämie enthalten. Daraus kann geschlossen werden, dass zum Operationszeitpunkt die Herz- und Kreislaufsituation nicht in pathologischer Weise eingeschränkt war. Zum Blutdruck ist auf das in E. 5.7 Gesagte zu verweisen.

E. 5.8.2

Hinsichtlich des Verdachts auf Vorliegen einer Nephropathie (Nierenerkrankung) ist mit dem Expertengremium zu bestätigen, dass die Kreatininwerte, anhand derer die Nierenfunktion und allfällige chronische Erkrankungen der Niere beurteilt werden können (vgl. http://flexikon.doccheck.com/de/Diabetische_Nephropathie; abgerufen am 11. August 2016), in den nachgereichten Berichten Normalwerte enthalten und keine relevante Erkrankung bestätigen. Gleiches gilt für die Glykämiewerte (Zuckerwerte im Blut), die gemäss Aussagen der Experten zudem generell besser seien als im Jahre 2008. Zu dieser Würdigung hat der Beschwerdeführer notabene nicht ansatzweise Stellung genommen. Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die Mikroalbuminurie - der geringfügigen Ausscheidung von Albumin, einem Protein - anhand einer Urinuntersuchung festgestellt werden kann und als Hinweis auf das Vorliegen einer diabetischen Nephropathie gilt (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Auflage 2013, S. 50; http://flexikon.doccheck.com/de/Diabetische_Nephropathie, abgerufen am 11. August 2016), sich jedoch - wie oben aufgezeigt - eine Nierenschädigung auch in anderen Laborergebnissen widerspiegeln kann. Dies war vorliegend nicht der Fall.

E. 5.8.3

Es besteht aufgrund der Untersuchungsergebnisse und deren Würdigung durch das Expertengremium auch kein Anlass, der Diabetes und Adipositas entgegen dem Regelfall eine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen (Urteile des Bundesgerichts 9C_751/2012 vom 24. Januar 2013 E. 3.2 und 8C_372/2012 vom 13. Juni 2013 E. 2.2).

E. 5.9

Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Vorinstanz den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers rechtsgenügend und zutreffend bestimmt hat.

E. 6.1

Damit ist die angefochtene Verfügung hinsichtlich der Würdigung, dass seit April 2005 bis Oktober 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 70% bestanden habe, was einen nicht rentenrelevanten Invaliditätsgrad von 43% ergebe, zu bestätigen. Darauf hinzuweisen bleibt, dass - insoweit der Beschwerdeführer mit Replik implizit daran festhält, dass das Lungenkarzinom bereits vor dem 19. November 2012 zu einer rentenrelevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt habe - der Hinweis des Expertengremiums vollumfänglich zu bestätigen ist, wonach für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge Lungenkarzinoms erst ab dessen Diagnostizierung am 21. November 2012 (Histologiebericht gestützt auf eine Entnahme am 19. November 2012; IV-act. II/13) eine rechtsgenügend Grundlage gelegt worden ist. Früher gestellte Diagnosen wie eine chronische Bronchitis (vgl. Arztbericht Dr. G._____, Institut H._____, vom 18. Februar 2008; IV-act. II/64) vermögen kein Lungenkarzinom zu bestätigen.

E. 6.2

Die Rügen des Beschwerdeführers an der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2014 verfangen somit nicht. Die Abweisung des Leistungsgesuchs, soweit darin eine Rente ab April 2006 beantragt wurde, und die Gutheissung, soweit darin eine ganze Invalidenrente ab 1. November 2012 zugesprochen wird, ist daher zu bestätigen. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 6.3

Zum Verfahrensantrag der Auszahlung der zugesprochenen Rente während hängigen Beschwerdeverfahrens bleibt darauf hinzuweisen, dass mit der angefochtenen Verfügung die Auszahlung der Rentenbetreffnisse ab 1. November 2012 innert den ersten 20 Tagen des der Verfügung folgenden Monats angeordnet wurde, weshalb der Antrag als gegenstandslos abzuschreiben ist.

E. 7.1

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). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf CHF 400.- festzusetzen und aus dem bereits geleisteten Kostenvorschuss zu entnehmen.

E. 7.2

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]). Der unterliegende Beschwerdeführer hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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