

BVGer C-3381/2014 vom 23. Juli 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-07-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3381_2014

FR: TAF C-3381/2014 du 23 juillet 2015

IT: TAF C-3381/2014 del 23 luglio 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist.

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem 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 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 Abs. 1 IVG (SR 831.20) sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (IV; Art. 1a - 26bis und Art. 28 - 70 IVG) anwendbar, 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).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG 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 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.3

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

E. 1.4

Da die Beschwerde auch frist- und formgerecht (Art. 60 Abs. 1 und 61 Bst. b ATSG; vgl. dazu auch Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der geforderte Kostenvorschuss überwiesen wurde, ist darauf einzutreten.

E. 2

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

E. 2.1

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2B, 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Die Schweiz hat mit verschiedenen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens neue Abkommen über die Soziale Sicherheit abgeschlossen, so auch mit der Republik Mazedonien (Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über die Soziale Sicherheit vom 9. Dezember 1999, in Kraft seit 1. Januar 2002, SR 0831.109.520.1, nachfolgend: Abkommen). Der Beschwerdeführer ist mazedonischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in seinem Heimatland. Nach Art. 4 Ziff. 1 des Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten (vgl. dazu Art. 3 des Abkommens) in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 2 des Abkommens genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Da vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung aufgrund des IVG, des IVV (SR 831.201), des ATSG sowie der ATSV (SR 830.11).

E. 2.2

Ab dem 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IVG-Revision Änderungen des IVG und weiterer Erlasse wie der IVV (SR 831.201) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (Urteil des BGer 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1, BGE 132 V 215 E. 3.1.1), sind die Leistungsansprüche für die Zeit ab 1. Januar 2008 nach den neuen Normen zu prüfen. Diese Lösung stellt zufolge ihres allgemein gültigen Bedeutungsgehalts einen für alle Rechtsverhältnisse - und somit auch für Dauerleistungen - geltenden intertemporalrechtlichen Grundsatz auf (BGE 130 V 445 E. 1.2.1; SVR 2010 IV Nr. 59 S. 181 E. 3.1). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 8. Mai 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 IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (8. Mai 2014) kommen auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) zur Anwendung (in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision]; bzw. für die IVV in der entsprechenden Fassung 6. IV-Revision [AS 2011 5679]).

E. 3.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom

Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. hierzu act. 19), sodass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 3.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität 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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). 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. 3.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, 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. 3.4

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).

E. 3.5

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

E. 3.6

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).

E. 3.7

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 3.8

Für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz besteht keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V

351 E. 3a).

E. 4

Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist in erster Linie die Frage, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht rechtsgenügend nachgekommen ist.

E. 4.1

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der funktionellen Leistungsfähigkeit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2014 liegen insbesondere die folgenden Arztberichte vor: - Mit gutachtlichem Bericht vom 13. September 2012 hielt die Begutachtungskommission des mazedonischen Versicherungsträgers als Diagnosen das Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten (nach ICD-10: Z95), einen Status nach dreifacher Bypass-Operation (KABG X 33 PP Morbus koronarius) sowie einen Bluthochdruck fest. Die Kommission kam in ihrer Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer als Folge seiner Gesundheitsbeeinträchtigung ein dauerhafter Verlust der Arbeitsfähigkeit geben sei (act. 4). - Die RAD-Ärztin, Dr. med. B._____, hielt mit Bericht vom 5. Juni 2013 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Herzkrankheit, bei Status nach dreifachem koronarem Bypass (ICD-10: Z95.1) fest. Ferner führte sie aus, dass die durchgeführten medizinischen Abklärungen ungenügend seien; es sei deshalb eine kardiologische Untersuchung (einschliesslich einer Kardiographie mit Angabe der linksventrikulären Funktion sowie einer Ergometrie mit Angabe der funktionellen NYHA-Klassifikation) zu veranlassen (act. 20). - Ein vom Internisten in Ohrid (Mazedonien), Dr. med. C._____, am 3. September 2013 durchgeführtes Belastungs-Elektrokardiogramm (EKG) ergab auch unter Belastung keine bedeutsamen Änderungen des Rhythmus sowie eine normale, stabile ST-Strecke (Kurvenabschnitt des EKG). Es zeigten sich keine Symptome einer Angina pectoris, sodass der Test im Ergebnis negativ ausfiel und damit keine Auffälligkeiten zeigte (act. 57, S. 4 bzw. act. 57, S. 3 [französische Übersetzung]). Eine gleichentags durch Dr. med. D._____ durchgeführte Ultraschalluntersuchung (Echosonografie) des Herzens ergab keinerlei Anzeichen für Thrombosen (act. 57, S. 2 bzw. act. 57, S. 1 [französische Übersetzung]). - Auf entsprechende Aufforderung der Vorinstanz hin unterzog sich der Beschwerdeführer am 1. November 2013 wiederum kardiologischen Untersuchungen. Eine Echokardiografie durch die Internistin, Dr. med. E._____, ergab eine Ejektionsfraktion (EF) von 45 % (Kardiografie vom 1. November 2013; act. 32, S. 2 bzw. act. 32, S. 1 [französische Übersetzung]). Der ebenfalls am 1. November 2013 von der Internistin, Dr. med. F._____, durchgeführte Leistungstest musste nach rund 6 Minuten infolge manifestierter Müdigkeit, Schwindel und Schmerzen abgebrochen werden (act. 32, S. 4 bzw. act. 32, S. 3 [französische Übersetzung]). Dr. med. G._____ Internist und Spezialist für Allgemeinmedizin, stufte die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers allerdings als im Grenzbereich zur Norm ein (act. 31, S. 2 bzw. act. 31, S. 1 [französische Übersetzung]). - Gestützt auf diese Untersuchungen hielt Dr. med. B._____ mit Bericht vom 11. Dezember 2013 fest, dass die Ergebnisse der Echokardiografie und des Leistungstests an der Grenze zum Normbereich ausgefallen seien. Deshalb sei der Beschwerdeführer in einer angepassten Verweistätigkeit, bei welcher die beschriebenen Einschränkungen (sitzende Position mit Möglichkeit zum Positionswechsel, gelegentliches Tragen mit max. Traglast von 5 kg unter Ausschluss von schweren Gewichten, keine Tätigkeit in der Kälte oder Nässe, kein Treppensteigen) beachtet würden, zu 100 % arbeitsfähig (act. 35). - Mit Bericht

vom 27. Januar 2014 kam die Internistin, Dr. med. D._____, zum Schluss, dass die gleichentags durchgeführte Echografie keine erheblichen Stenosen (maximale lokale Stenosen von 25 - 30 %) ergeben habe, welche keinen hämodynamischen Einfluss hätten (act. 56, S. 2 bzw. act. 56, S. 1 [französische Übersetzung]). - Mit RAD-Bericht vom 30. April 2014 hielt Dr. med. B._____ abschliessend fest, dass die neu eingereichten medizinischen Berichte aus objektiver Sicht keine neuen medizinischen Elemente beinhalten würden. An den im Bericht vom 11. Dezember 2013 gezogenen Schlussfolgerungen vermöchten diese Berichte nichts zu ändern (act. 61).

E. 4.2.1

Die Vorinstanz stützte ihre Leistungsfähigkeitsbeurteilung auf die vorstehend aufgeführten RAD-Berichte vom 5. Juni 2013, 11. Dezember 2013 und vom 30. April 2014 (act. 20, 35 und 61). Nach der Schlussfolgerung der RAD-Ärztin ist dem Beschwerdeführer in einer angepassten Verweistätigkeit, bei welcher die entsprechenden Einschränkungen beachtet werden, eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren (act. 35).

E. 4.2.2

Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz hiermit ihrer Untersuchungspflicht rechtsgenügend nachgekommen ist.

E. 4.2.2.1

Reine Aktenbeurteilungen sind rechtsprechungsgemäss zulässig, wenn es sich nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteil des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 mit Hinweisen). Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.6 und 3.7 hievore), sind in solchen Fällen allerdings strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass auch bei nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil 9C_28/2015 E. 3.3).

E. 4.2.3

Vorliegend stützte sich die RAD-Ärztin im Wesentlichen auf das Ergebnis der Echokardiografie der Internistin, Dr. med. Donevski, welche eine Ejektionsfraktion (EF) von 45 % ergeben hat (Kardiografie vom 1. November 2013; act. 32, S. 2 bzw. act. 32, S. 1 [französische Übersetzung]). Eine EF in dieser Höhe gilt in der Kardiologie als (nur) leichte Funktionsstörung (vgl. dazu Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzkrankheit, Deutsche Rentenversicherung, Januar 2010, S. 24). Der ebenfalls am 1. November 2013 durch die Internistin, Dr. med. Kolevski, durchgeführte Leistungstest musste zwar nach rund 6 Minuten infolge manifester Müdigkeit, Schwindel und Schmerzen abgebrochen werden (act. 32, S. 4 bzw. act. 32, S. 3 [französische Übersetzung]); während dieser Zeit zeigten sich allerdings keinerlei Auffälligkeiten, weder hinsichtlich der ST-Strecke, noch in Bezug auf den Rhythmus, die Erregbarkeit des Herzens oder die Blutzirkulation. Dieses Ergebnis wird zudem bestätigt durch das bereits am 3. September 2013 durch die Internistin, Dr. med. C._____, durchgeführte Belastungs-EKG, welche auch unter Belastung keine bedeutsamen Änderungen ergeben hatte (act. 57, S. 4 bzw. act. 57, S. 3 [französische Übersetzung]) sowie die gleichentags durch die Internistin, Dr. med. D._____, durchgeführte Ultraschalluntersuchung, welche ebenfalls keinerlei Anzeichen für Thrombosen gezeigt

hatte (act. 57, S. 2 bzw. act. 57, S. 1 [französische Übersetzung]). Damit in Einklang steht schliesslich auch die Beurteilung durch Dr. med. G. _____, Internist und Spezialist für Allgemeinmedizin, welcher die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als im Grenzbereich zur Norm einstufte (act. 31, S. 2 bzw. act. 31, S. 1 [französische Übersetzung]). Mit Blick auf diese objektiven Messergebnisse erweist sich die Schlussfolgerung der RAD-Ärztin, wonach der Beschwerdeführer zwar in seiner bisherigen Tätigkeit als Arbeiter einer Speditionsfirma seit dem 29. Dezember 2011 nicht mehr arbeitsfähig sei, allerdings in einer leichten angepassten Tätigkeit unter Beachtung der dargelegten Einschränkungen (sitzende Position mit Möglichkeit zum Positionswechsel, gelegentliches Tragen mit max. Traglast von 5 kg unter Ausschluss von schweren Gewichten, keine Tätigkeit in der Kälte oder Nässe, kein Treppensteigen) zu 100 % leistungsfähig sei, als durchwegs nachvollziehbar und begründet. Damit kann hinsichtlich des hier ausschliesslich massgeblichen kardiologischen Aspektes von einem bereits feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden, sodass die Vornahme einer medizinischen Aktenbeurteilung als solche im Grundsatz nicht zu beanstanden ist. In ihrem Bericht vom 11. Dezember 2013 führt Dr. med. B. _____ zudem die ihrer Beurteilung zugrunde gelegten Akten im Einzelnen auf und fasst auch die wesentlichen Erkenntnisse zusammen. Ferner werden auch die bei einer Verweistätigkeit zu beachtenden Restriktionen im Einzelnen aufgeführt (act. 35, S. 2 f.). Unter diesen Umständen kann die Aktenbeurteilung als schlüssig, überzeugend und damit als rechtsgenügend bewertet werden. Daran ändert im vorliegenden Fall nichts, dass die Beurteilung durch eine Allgemeinmedizinerin erfolgt ist; denn es geht hier in erster Linie um die verlässliche Bewertung von objektiven Messergebnissen, welche einen direkten Hinweis auf die kardiologische Leistungsfähigkeit erlauben. Diese Auswertung kann auch durch eine Allgemeinmedizinerin erfolgen. Dass sich die RAD-Ärztin nicht im Detail mit der abweichenden Beurteilung durch die Ärzte der Begutachungskommission des mazedonischen Versicherungsträgers vom 13. September 2012 (act. 4) auseinandergesetzt hat, ist im vorliegenden Fall deshalb nicht entscheidend, weil sie sich auf mehrere, aktuellere Untersuchungen behandelnder (mazedonischer) Ärzte stützen konnte, welche ihrerseits objektive Messdaten erhoben hatten. Der massgebliche medizinische Sachverhalt erweist sich demnach in Bezug die hier ausschliesslich entscheidende Frage, ob und gegebenenfalls inwiefern der Beschwerdeführer als Folge der Herzkrankheit in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist, als rechtsgenügend abgeklärt.

E. 4.2.4

Nach dem Gesagten kann von weiteren Beweisabnahmen, wie insbesondere einer kardiologischen Begutachtung, abgesehen werden, da von solchen für den hier massgeblichen Zeitpunkt vom 8. Mai 2014 keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind. Die Prüfung der vorliegenden Akten ergibt vielmehr, dass dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verweistätigkeit vollzeitlich möglich und zumutbar war. Von einer weitergehenden medizinischen Abklärung sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Bei dieser Sachlage ist der sinngemässe Antrag des Beschwerdeführers auf Durchführung weiterer Abklärungen abzuweisen (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 137 V 64 E. 4b). Auf eine Rückweisung zur Durchführung ergänzender Abklärungen kann daher verzichtet werden.

E. 5

Abschliessend ist über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden.

E. 5.1

Die Verfahrenskosten sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache und insbesondere der Art der Prozessführung auf Fr. 400.- festgesetzt (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG in Verbindung mit Art. 1, Art. 2 Abs. 1 und 2 sowie Art. 4 des Reglements über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

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 Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). 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.