

BVGer A-4023/2012 vom 3. Juli 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-07-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_A-4023_2012

FR: TAF A-4023/2012 du 3 juillet 2014

IT: TAF A-4023/2012 del 3 luglio 2014

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Auf Verfahren in Sozialversicherungssachen findet das VwVG keine Anwendung, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind sodann diejenigen Verfahrensregeln anwendbar, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2; vgl. auch Art. 53 Abs. 2 VGG).

E. 1.2

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Die Abteilung I des Bundesverwaltungsgerichts hat das vorliegende Beschwerdeverfahren im Zuge einer - auf einer abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit basierenden - Entlastungsmassnahme gegenüber der Abteilung III übernommen. Die ursprüngliche Verfahrensnummer C4023/2012 wurde daher auf A-4023/2012 geändert.

E. 1.3

Nach Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinn von Art. 32 VGG liegt nicht vor, weshalb das Bundesverwaltungsgericht für die Beurteilung der Beschwerde zuständig ist. Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Beschwerdeführung berechtigt (Art. 59 ATSG) und er hat die Beschwerde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG). Auf die Beschwerde ist 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). Es wendet dabei das Recht von Amtes wegen an und ist folglich weder an die Beschwerdebegründung noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG; ferner BGE 133 II 249 E. 1.4; BVGE 2007/41 E. 2).

E. 1.5

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 1.6

Die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Bundesgerichts stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; statt vieler: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts A-2881/2012 vom 10. Juni 2014 E. 1.5 mit Hinweisen).

E. 2

Zunächst sind die massgebenden Rechtsgrundlagen darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger und wohnt in Österreich (Sachverhalt Bst. A), weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Anhang II des FZA betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wurde per 1. April 2012 geändert (Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012; AS 2012 2345). Vorliegend ist aufgrund des hier relevanten Beurteilungszeitraumes (vgl. E. 2.2.2) noch auf die bis Ende März 2012 gültige Fassung (vgl. AS 2002 1527, AS 2006 979 und 995, AS 2006 5851, AS 2009 2411 und 2421) abzustellen, wonach die Vertragsparteien insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (AS 2004 121) sowie die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 (AS 2005 3909) anwenden (Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Abschnitt A Anhang II des FZA). Nach Art. 40 Abs. 4 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Versicherten für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen einzelnen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz nicht. Der Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente ist daher auch im Geltungsbereich des FZA ausschliesslich nach schweizerischem Recht zu prüfen (BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 2.2.1

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 138 V 475 E. 3.1, 132 V 215 E. 3.1.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Es finden daher grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die im Zeitpunkt des Erlasses der

angefochtenen Verfügung (hier: 28. Juni 2012) in Kraft standen. Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft gesetzt waren, sind insoweit massgebend, als sie für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Anspruchs von Belang sind.

E. 2.2.2

Mit Abweisung des ersten Leistungsbegehrens am 14. April 2004, welche unangefochten blieb, hat die Vorinstanz letztmals eine für dieses Gericht verbindliche materielle Würdigung des Rentenanspruchs vorgenommen (Sachverhalt Bst. B). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV (SR 831.201) ist somit für den Zeitraum vom 14. April 2004 bis 31. Dezember 2007 ein allfälliger Rentenanspruch nach dem Recht gemäss den am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen (4. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837] und IVV in der Fassung vom 21. Mai 2003 [AS 2003 3859]) zu beurteilen. Für den Zeitraum danach ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129] und IVV in der Fassung vom 28. September 2007 [AS 2007 5155]) abzustellen. Nicht anwendbar sind vorliegend die Normen des erst auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 16. März 2011 [AS 2011 5659]). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 28. Juni 2012 und wurde somit nach dem Inkrafttreten der 6. IV-Revision erlassen. Ein allfälliger Anspruch auf eine Invalidenrente ist beim Beschwerdeführer aber mit Eintritt des Anspruchs auf eine Altersrente der AHV spätestens mit Erreichen des ordentlichen Rentenalters im Jahr 2011 und damit vor der Inkraftsetzung der 6. IV-Revision erloschen (Art. 30 IVG in den seit 2004 geltenden Fassungen).

E. 3.1

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). Die Arbeitsunfähigkeit wird zunächst definiert als die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Satz 1 ATSG). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Satz 2 ATSG).

E. 3.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG [in der ab 2004 geltenden Fassung] bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG [in der ab 2008 geltenden Fassung]). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der ab 2004 geltenden Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) i.V.m dem hier massgebenden FZA (E. 2.1) werden Renten, die

einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nicht nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, sondern auch an Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 mit Hinweis), was vorliegend zutrifft.

E. 3.3.1

Der Invaliditätsgrad wird mithilfe eines Einkommensvergleichs bestimmt. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit (bisherige oder Verweistätigkeit) bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2, BGE 128 V 29 E. 1). Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Das heisst, dass es bei der Bemessung der Invalidität einzig und allein auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung ankommt, welche nicht unbedingt mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 110 V 273 E. 4a).

E. 3.3.2

Auszugehen ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil der Versicherte nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne beigezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/bb mit Hinweisen). Dabei ist nach der Rechtsprechung zudem zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen (vgl. BGE 126 V 75 E. 6) gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25% zu begrenzen ist (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.3; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts B-6426/2011 vom 20. November 2012 E. 7).

E. 3.4

Ist die Verwaltung nach vorgängiger Rentenverweigerung auf eine Neuanmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 4 IVV eingetreten, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Versicherten glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist (BGE 130 V 72 E. 3.3, BGE 117 V 198 E. 3a).

E. 4

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

E. 4.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.2

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). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung zählen auch die Berichte der regionalen ärztlichen Dienste (nachfolgend: RAD) zu den versicherungsinternen Dokumenten (BGE 135 V 254 E. 3.4.2).

E. 4.3

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz zwar nicht bindend (vgl. E. 2.1). Dennoch sind die von Versicherungsträgern anderer EU-Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte zu berücksichtigen (vgl. FZA i.V.m. Art. 40 der Verordnung [EWG] Nr. 574/72 bzw. Art. 49 Abs. 2 der Verordnung [EG] Nr. 987/2009). Dies hat insbesondere zu gelten, wenn die IVSTA ärztliche Untersuchungen im Ausland angeordnet hat (für den Geltungsbereich des FZA war diese Möglichkeit ausdrücklich vorgesehen in Art. 51 der Verordnung [EWG] Nr. 574/72). Sodann unterliegen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung (statt vieler: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-168/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2.2).

E. 5

Im vorliegenden Fall ist zu beurteilen, ob die Vorinstanz das zweite Leistungsbegehren vom 9. Februar 2007 zu Recht abgewiesen hat oder ob der Beschwerdeführer im relevanten Zeitraum vom 14. April 2004 (Abweisung des ersten Leistungsgesuchs) bis zum (...) 2010 (bei allfälligem Vorbezug der Altersrente [vgl. Ausführungen der Vorinstanz im angefochtenen Entscheid und ihrer Vernehmlassung sowie IV-act. 51/II]), spätestens jedoch bis zum (...) 2011 (Beginn des Anspruchs auf eine ordentliche Altersrente) Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat. Dazu sind zunächst die ärztlichen Gutachten und Berichte zusammengefasst wiederzugeben (E. 5.1) und zu würdigen (E. 5.2). Anschliessend ist die Auswirkung der gesundheitlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit zu überprüfen (E. 5.3). Schliesslich ist auf die Bemessung des Invaliditätsgrades durch die Vorinstanz einzugehen (E. 5.4).

E. 5.1.1

Noch vor Eingang der Neuanmeldung vom 9. Februar 2007 gingen bei der Vorinstanz zwei im Rahmen des österreichischen IV-Verfahrens veranlasste orthopädische Gutachten ein.

E. 5.1.1.1

Am 19. Mai 2004 stellte Dr. B. _____, Facharzt für Orthopädie, Knieschmerzen beidseits bei röntgenologisch leichten Arthrosen und arthroskopisch dokumentierten innenseitigem Knorpelschaden, Handgelenksschmerzen und Bewegungseinschränkung links, Beschwerden am linken Sprunggelenk nach behandeltem Aussenknöchelbruch und fast unauffälligem Röntgenbefund, Nackenschmerzen bei Bandscheibenverschmälerungen (Osteochondrose) der unteren Halswirbelsäulenetagen und Rückenschmerzen bei unauffälligem klinischen Befund fest. Die Ausübung von leichten und halbzeitig mittelschweren Arbeiten seien vollschichtig zumutbar (IV-act. 44/I).

E. 5.1.1.2

Im Zusatzgutachten vom 29. Oktober 2004 beschrieb Dr. B. _____ zusätzlich eine Schulterreckgelenksarthrose, welche das Leistungskalkül jedoch nur insofern beeinflusse, als Überkopparbeiten vermieden werden sollten (IV-act. 45/I).

E. 5.1.1.3

In ihrer Stellungnahme vom 9. März 2005 erkannte Dr. C. _____, IV-Stellenärztin, gestützt auf das Gutachten von Dr. B. _____ auf eine Arbeitsunfähigkeit in der ehemaligen Tätigkeit als Montagetischler im Umfang von 70%. Hingegen liege eine Arbeitsfähigkeit von 100% vor in einer Verweistätigkeit als Portier, Bildschirmtätigkeit, Aufseher in sitzender Position, Telefonist oder Kassier (IV-act. 47/I). Der von der Vorinstanz veranlasste Einkommensvergleich vom 12. April 2005 ergab einen Invaliditätsgrad von 25.54% (IV-act. 48/I), weshalb die Vorinstanz keinen Anlass sah, ihre gestützt auf das erste Leistungsbegehren erlassene abweisende Verfügung vom 14. April 2004 zu revidieren.

E. 5.1.2

Mit der Neuanmeldung zum Leistungsbezug der schweizerischen Invalidenversicherung übermittelte der österreichische Versicherungsträger weitere ärztliche Unterlagen (IV-act. 50/I bis 58/I).

E. 5.1.2.1

Der ärztliche Bericht (E 213) vom 9. Mai 2007 von Dr. D._____, Vertrauensärztin der PVA, fasst die im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens eingereichten medizinischen Dokumente und die Ergebnisse der eigenen Untersuchung zusammen und nennt als Beschwerden: Kniegelenksknorpelabnutzung rechts bei Zustand nach Meniskus-Operation, rezidivierende Schulterschmerzen bei radiologisch leichten Abnützungen, rezidivierendes Halswirbelsäulen-Schmerzsyndrom bei mässigen Bandscheibenversmälnerungen, rezidivierendes Lendenwirbelsäulen-Schmerzsyndrom bei radiologisch nur geringgradigen Veränderungen, behandelter Bluthochdruck, Harnsäureerhöhung mit rezidivierenden Gichtgelenksentzündungen, behandelte Depression bei Arbeitslosigkeit seit 2003, Verdacht auf nächtliches Atemaussetzersyndrom und unklarer Lungenherd links bei Zustand nach Nikotinkonsum. Die Ärztin erachtet körperlich leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung ohne extremere Umgebungsbedingungen, ohne häufiges Knien oder Hocken als prinzipiell möglich (IV-act. 59/I).

E. 5.1.2.2

Dr. E._____, IV-Stellenarzt, folgerte aufgrund der neu eingelangten Arztberichte am 13. Dezember 2007, dass beim Beschwerdeführer als Hauptdiagnose ein chronisch-rezidivierendes zervikales und lumbales Schmerzsyndrom (ICD-10: M47.8/M50.8) vorliege. Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit liege zudem eine Anpassungsstörung bei Arbeitslosigkeit (ICD-10:F43.2) und als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit arterielle Hypertonie und Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom vor. Der Versicherte leide an den bekannten rezidivierenden zervikalen und lumbalen Schmerzen, für die sich objektiv sehr wenig finden lasse. Neue objektivierbare Probleme seien nicht bestätigt worden. Die entsprechenden Abklärungen seien alle negativ verlaufen, insbesondere auch Abklärungen im kardiopulmonalen Bereich. Der IV-Stellenarzt bezifferte die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit Wirkung ab 14. Februar 2003 auf 70% und in einer Verweisungstätigkeit (z. B. als Aufseher in sitzender Position, Billetverkäufer, Kassier, Telefonist, im Versandhandel, Bürohilfstätigkeiten) auf 0% (IV-act. 65/I).

E. 5.1.3

Am 22. Januar 2008 gingen bei der Vorinstanz vier weitere im Rahmen des österreichischen IV-Verfahrens erstellte Fachgutachten ein. Später folgte noch ein radiologischer Befundbericht.

E. 5.1.3.1

Gemäss augenärztlichem Gutachten von Dr. F._____, Fachärztin für Augenheilkunde, vom 19. Oktober 2007 bestehe beim Beschwerdeführer eine Maculopathie os, Narbenstadium. Deshalb sei eine Arbeitstätigkeit auf hohen Leitern nicht möglich (IV-act. 68/I; vgl. auch Arztbericht des Landeskrankenhauses Y._____ vom 1. August 2007, IV-act. 67/I).

E. 5.1.3.2

Dr. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, stellt im Gutachten vom 30. Oktober 2007 beim Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht keine Krankheit oder Funktionsstörung fest. Auf neurologischem Gebiet bestehe ein Spannungskopfschmerz, der mit Gabe eines Antidepressivums recht gut gebessert sei. Der Beschwerdeführer könne sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt verrichten (IV-act. 69/I).

E. 5.1.3.3

Im Gutachten vom 26. September 2007 diagnostizierte Dr. H._____, Facharzt für Orthopädie, beim Beschwerdeführer leichte bis mässiggradige degen. Veränderungen der Wirbelsäule, eine leichte seitliche Verkrümmung der Brustwirbelsäule, rez. Schmerzen in beiden Schultergelenken im Sinne eines Impingementsyndromes, Schmerzen in beiden Kniegelenken bei Zustand nach mehrfacher Arthroskopie und Knorpelanbohrung bei leichten degen. Veränderungen. Er kommt zum Schluss, dass leichte Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen möglich seien, sofern ein stündlicher Wechsel der Arbeitshaltung erfolge. Häufiges Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sei zu vermeiden. Nicht möglich seien ferner Arbeiten in einer Zwangsstellung des Oberkörpers in einer Vorneigung von mehr als 45 Grad ohne Abstützmöglichkeit, in dauernder Hohlkreuzstellung, mit verstärkten Drehbewegungen der Wirbelsäule, mit häufigem Bücken, mit grösseren Gewichtsbelastungen der angehobenen Arme, längere Zeit dauernde Arbeiten über Kopf, Arbeiten am Fliessband mit sehr monotonen Bewegungsabläufen, sodann Arbeiten, die mit Laufen im unebenen Gelände, häufigem Treppensteigen oder dauerndem Knien verbunden seien (IV-act. 70/I).

E. 5.1.3.4

Aus dem internistischen Gutachten von Dr. I._____, Facharzt für Innere Medizin, vom 29. August 2007 ergeben sich folgende Erkrankungen: Arterielle Hypertonie, Hyperurikämie, extrakardiale Thoraxschmerzen, Fettleberhepatitis, Zustand nach Borreliose, Diabetes mellitus Typ II b, Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom. Dem Beschwerdeführer seien unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses nur leichte Arbeiten zumutbar (IV-act. 71/I).

E. 5.1.3.5

Mit Befundbericht vom 7. November 2007 beschreibt Dr. J._____, Facharzt für Radiologie, eine Osteopenie, deutlich unter der Altersnorm, stammskelettbetont (IV-act. 79/I und 80/I).

E. 5.1.3.6

In seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2008 folgerte Dr. E._____, IV-Stellenarzt, dass sich aus den neu eingegangenen Fachgutachten keine signifikante Arbeitsunfähigkeit für die genannten Verweistätigkeiten ergebe. Die Augenprobleme hätten zu einer Visusreduktion am linken Auge geführt, jedoch sei der Verlauf ungewiss. Auch seien die Untersuchungen im Schlaflabor wegen des Verdachts auf ein Schlafapnoe-Syndrom noch ausstehend (IV-act. 82/I). Am 3. September 2008 nahm der IV-Stellenarzt vom Bericht von Prim. Dr. K._____ vom 18. März 2008 Kenntnis, der beim Beschwerdeführer ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom bestätigte und ausführte, dass für die Therapie ein Atemgerät angepasst worden sei (IV-act. 84/I). In der Annahme, mit der geeigneten Therapie werde sich der Allgemeinzustand des Beschwerdeführers bessern, verneinte Dr. E._____ eine Auswirkung des Schlafapnoe-Syndroms auf die Arbeitsfähigkeit. Auch der 65%-ige Visusverlust am linken Auge stelle keine Einschränkung für angepasste Verweistätigkeiten dar (IV-act. 90/I).

E. 5.1.4

Nachdem das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 23. Februar 2011 im Verfahren C-6460/2008 (Sachverhalt Bst. F) die Nichteintretensverfügung vom 22. September 2008

aufgehoben und die Sache zur materiellen Prüfung des Leistungsgesuches an die Vorinstanz zurückgewiesen hatte, gingen bei der IVSTA weitere medizinische Unterlagen ein.

E. 5.1.4.1

Dr. L._____ beschrieb am 26. Januar 2011 ein chronisches HWS-Syndrom mit Einschränkung der Drehbewegung nach links und Druckschmerzen der Querfortsätze der oberen HWS rechts. Der Röntgenbefund zeige Osteochondrosen C5-C7 mit mässigen Unkarthrosen und Spondylarthrosen und Einengung der Neuroforamina C5-C7 bds. und C4/C5 links (IV-act. 21/22). Am 29. April 2011 bestätigte Dr. L._____ ein chronisches HWS-Syndrom und chronisches Lumbago. Das MRT der HWS zeige multisegmentale Chondrosen und leichte Diskusprotrusionen, Unkarthrosen mit Einengung der Neuroforamina und eine wesentliche Irritation der Nervenwurzeln (IV-act. 22/II).

E. 5.1.4.2

Am 14. April 2011 berichtete Dr. J._____ nach einem MRT der HWS von einer multisegmentalen Discopathie mit geringen Protrusionen ohne relevante Recessusstenosen. Weiter ergab das MRT des Schädels eine leichte cortikale Atrophie, leichte Minderbelüftung der linken Kieferhöhle und der peripheren Mastoidzellen rechts (IV-act. 23/II).

E. 5.1.4.3

Dr. M._____ hält im Arztbericht vom 2. Juni 2010 fest, dass aus lungenfachärztlicher Sicht ein regelrechter radiologischer und atemfunktioneller Befund bestehe. Eine exogen allergische Auslösung der Symptome habe nicht festgestellt werden können (IV-act. 24/II).

E. 5.1.4.4

Nach stationärer Behandlung vom 22. bis 26. Januar 2010 im Landeskrankenhaus Y._____ wurden im Austrittsbericht vom 29. Januar 2010 die Diagnosen akuter Gichtschub linker Vorfuss, Zustand nach Teilmeniskektomie linkes Knie 1999, Zustand nach Teilmeniskektomie rechtes Knie 2005, KHK und Psoriasis vermerkt (IV-act. 25/II).

E. 5.1.4.5

Dr. N._____ beschreibt im ärztlichen Bericht vom 24. April 2009 eine diskrete superfizielle perivasuläre lymphozytär prädominante Dermatitis mit psoriasiformer Epidermis hyperplasie (IV-act. 27/II). Aus dem Arztbericht von Dr. O._____ vom 5. Juni 2009 ergibt sich sodann eine Psoriasis vulgaris an Knie und US (IV-act. 28/II).

E. 5.1.4.6

Gemäss ärztlichem Bericht von Dr. P._____ vom 9. Juli 2011 liege eine Prostatahyperplasie mit PSA Erhöhung vor (IV-act. 46/II), weshalb eine Prostatastanzbiopsie durchgeführt wurde (siehe Arztbericht Dr. Q._____ vom 11. August 2011 [IV-act. 45/II]).

E. 5.1.5

Mit Schlussbericht des RAD Rhone nennt Dr. med. R._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 24. Januar 2012 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Cervicalsyndrom (ICD-10: M54.2) und ein chronisches Lumbalsyndrom (ICD-10: M54.4). Zu den Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zählt der Arzt die Leiden Prostatahyperplasie, Schlafapnoe, Psoriasis,

behandelte Depression und Hypertonie. Die nachgereichten Berichte betreffend einer Vergrösserung der Prostata ohne eigentliche Prostatabeschwerden würden die früheren Beurteilungen nicht beeinflussen (IV-act. 52/II).

E. 5.1.6

In ihrer Stellungnahme vom 14. Februar 2012 schloss Dr. S._____, IV-Stellenärztin, dass gemäss den vorliegenden Akten lediglich aufgrund des chronischen Cervicalsyndroms (ICD-10:M54.2) und des chronischen Lumbalsyndroms (ICD-10: M54.4) eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Bereich von 70% seit dem 14. Februar 2003 gegeben sei. In Verweistätigkeiten liege keine Arbeitsunfähigkeit vor (IV-act. 54/II).

E. 5.1.7

Nachdem die Vorinstanz den abweisenden Vorbescheid erlassen hatte, wurden ihr am 13. April 2012 zwei von ihr bereits am 30. September 2011 in Auftrag gegebene Fachgutachten übermittelt.

E. 5.1.7.1

Dr. T._____, Facharzt für Augenheilkunde, führt im Gutachten vom 6. Februar 2012 die Minderung des Sehvermögens links auf einen Maculaschaden zurück, woraus sich eine Invalidität (recte: Arbeitsunfähigkeit) von 10% ergebe (IV-act. 59/II).

E. 5.1.7.2

Gemäss der neurologisch-psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. U._____, vom 9. März 2012 ergebe sich beim Beschwerdeführer eine chronische Schmerzstörung ohne akute psychiatrische Komorbidität (ICD-10: R52.2) und eine chronische Schlafstörung bei früher diagnostiziertem Schlafapnoe-Syndrom (zuletzt ohne spezifische Maskenbehandlung), aktuell kein fassbares Erschöpfungssyndrom. Aus rein psychiatrischer und neurologischer Sicht bestehe derzeit kein anzuerkennender Invaliditätsgrad (IV-act. 60/II).

E. 5.1.8

Mit Schlussbericht des RAD Rhone vom 15. Mai 2012 bestätigte Dr. med. R._____, aufgrund der neu eingelangten Gutachten die Diagnosen chronisches Cervicalsyndrom (ICD-10: M54.2), chronisches Lumbalsyndrom (ICD-10: M54.4) und Maculadegeneration (ICD-10: H35.3) und bezifferte die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 70% ab 2005 und in einer angepassten Tätigkeit seit März 2012 auf 10% (IV-act. 67/II).

E. 5.1.9

Weiter findet sich bei den Akten ein ärztlicher Befundsbericht von Dr. V._____, Facharzt für Orthopädie, vom 5. April 2012. Der Arzt beschreibt eine deutliche Bandscheibenversmälnerung L2/L3 mit Osteochondrose und Spondylosen, eine leichte Retrolisthese von L2, eine dorsal betonte Bandscheibenversmälnerung L4/L5 sowie leichte Facettarthrosen in der unteren LWS (IV-act. 70/II).

E. 5.1.10

Am 11. April 2012 berichtete das Landeskrankenhaus Y._____, über eine Tendovaginitis stenosans Kleinfinger links (M.65.3). Die Ringbandspaltung-Operation sei ohne Komplikationen erfolgt (IV-act. 70/II).

E. 5.2

Wie gesehen, liegen zahlreiche ärztliche Gutachten und Berichte im Recht. Es bleibt zu prüfen, inwiefern den einzelnen Dokumenten Beweiswert zukommt. In erster Linie ist dabei zu unterscheiden zwischen den ausführlichen Fachgutachten, die im Rahmen des österreichischen Sozialversicherungsverfahrens oder direkt durch die Vorinstanz veranlasst worden sind, und den übrigen externen ärztlichen Berichten, die sich punktuell zu Beschwerden äussern und namentlich keine Einschätzungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit enthalten.

E. 5.2.1

In Würdigung der gesamten medizinischen Akten ist festzuhalten, dass die fachärztlichen Gutachten, denen allen eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers zugrunde lag, umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden sowie die Vorakten berücksichtigen und in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend und in ihren Schlussfolgerungen, insbesondere der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, nachvollziehbar sind. Die Begutachtungen erfolgten ausschliesslich von Ärzten mit den erforderlichen Spezialarzttiteln. Sodann erscheinen die einzelnen fachärztlichen Gutachten in sich und untereinander widerspruchsfrei. Auch aus den übrigen ärztlichen Berichten ergeben sich keine unerklärlichen Widersprüche mit den Fachgutachten. Den fachärztlichen Gutachten kommt daher voller Beweiswert zu (E. 4.1). Dasselbe gilt im Wesentlichen auch für die weniger umfassenden externen ärztlichen Berichte. Der Aussagekraft der ärztlichen Gutachten und Berichte schadet nicht, dass sie im Ausland erstellt worden sind. Wie bereits dargelegt (E. 4.3), sind die von Versicherungsträgern anderer EU-Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte zu berücksichtigen. Ferner steht es im Ermessen der Vorinstanz, ob sie ärztliche Untersuchungen im Ausland oder in der Schweiz anordnet. Ein Anspruch des Versicherten auf eine Untersuchung in der Schweiz besteht nicht. Die Rüge des Beschwerdeführers, wonach keine medizinische Untersuchung in der Schweiz stattgefunden habe, ist unbegründet.

E. 5.2.2

Zusammengefasst ergeben sich aus den medizinischen Akten beim Beschwerdeführer folgende Gesundheitsschäden: Im Zentrum stehen Beschwerden am Bewegungsapparat (Kniegelenke, Schultern, Halswirbelsäule, Lendenwirbelsäule), die sich im relevanten Zeitraum chronifiziert haben, und eine Verminderung der Sehkraft durch eine Maculopathie. Sodann liegen oder lagen folgende Beschwerden vor: Harnsäureerhöhung mit rezidivierenden Gichtgelenksentzündungen, Fettleberhepatitis, Diabetes mellitus Typ II b, Prostatahyperplasie, Osteopenie, Psoriasis, Hypertonie, Schlafapnoe-Syndrom, Depression und Spannungskopfschmerz. Beschwerden im kardiopulmonalen konnten klinisch nicht bestätigt werden.

E. 5.3

Zu prüfen ist weiter, inwiefern sich die obgenannten Gesundheitsschäden im relevanten Beurteilungszeitraum auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers, namentlich die Arbeitsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit als Montagetischler bzw. in einer Verweistätigkeit, auswirkten.

E. 5.3.1

In ihren Stellungnahmen zu den ärztlichen Berichten vertraten die Ärzte der IV-Stelle und des RAD stets die Ansicht, dass aufgrund des zunächst chronisch-rezidivierenden

zervikalen und lumbalen Schmerzsyndroms (ICD-10: M47.8/M50.8) bzw. später des chronischen Cervicalsyndroms (ICD-10: M54.2) und Lumbalsyndroms (ICD-10: M54.4) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gegeben sei. Hingegen erachteten sie trotz der orthopädischen Leiden leichte Arbeiten in einer Verweistätigkeit (z. B. als Aufseher in sitzender Position, Billetverkäufer, Kassier, Telefonist, im Versandhandel, Bürohilfstätigkeiten) noch vollzeitlich für möglich. Als Beschwerden ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte der IV bzw. des RAD sodann Prostatahyperplasie, Schlafapnoe-Syndrom, Psoriasis, behandelte Depression und Hypertonie (vgl. IV-act. 47/I, 65/I, 82/I, 90/I, 52/II, 54/II).

E. 5.3.2

Vorab ist festzustellen, dass die Berichte und Stellungnahmen der IV- und RAD-Ärzte insgesamt knapp ausfallen, was deren Überprüfbarkeit erschwert. Dennoch erscheinen die Schlussfolgerungen der beurteilenden Ärzte mit Blick in die übrigen medizinischen Akten letztlich als nachvollziehbar. So deckt sich die Beurteilung der IV-Ärzte mit den Einschätzungen in den orthopädischen Fachgutachten von Dr. B. _____ vom 29. Mai 2004 und 29. Oktober 2004 (IV-act. 44/I, 45/I), dem ärztlichen Bericht der Vertrauensärztin der PVA, Dr. D. _____, vom 9. Mai 2007 (IV-act. 59/I) und dem orthopädischen Gutachten von Dr. H. _____ vom 26. September 2007 (IV-act. 70/I). Was eine allfällige Verschlechterung der orthopädischen Beschwerden betrifft, haben es die IV-Stellenärzte und die Ärzte des RAD unterlassen, ausdrücklich auf die jüngeren Röntgenbefunde von Dr. L. _____ vom 26. Januar 2011 und 29. April 2011 (IV-act. 21/II, 22/II) und von Dr. J. _____ vom 14. April 2011 (IV-act. 23/II) sowie den Bericht von Dr. V. _____ vom 5. April 2012 (IV-act. 70/II) Bezug zu nehmen. Bei einem Vergleich der Röntgenbefunde aus dem Jahr 2007 (vgl. Fachgutachten Dr. H. _____ [IV-act. 70/I], S. 5) und denjenigen aus den Jahren 2011 und 2012 ergeben sich jedoch keine signifikanten Abweichungen. Indem die Ärzte den Beschwerden einen neuen Diagnosecode zugewiesen haben (Entwicklung des chronisch-rezidivierenden zervikalen und lumbalen Schmerzsyndroms [ICD-10: M47.8/M50.8] zum chronischen Cervical- und Lumbalsyndrom [ICD-10: M54.2/M54.4]), haben sie von der Chronifizierung der Beschwerden Kenntnis genommen und dieser in ihrer Beurteilung Rechnung getragen. Nach dem Gesagten stellen auch die neueren orthopädischen Arztberichte keine Indizien dar, die gegen die Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Beurteilungen spricht (E. 4.2). Der Vollständigkeit halber ist zu ergänzen, dass zumindest fraglich ist, inwiefern die Befunde aus dem Jahr 2011 bzw. 2012 für den hier relevanten Beurteilungszeitraum (E. 5) überhaupt aussagekräftig sein können. Diese bildgebenden Untersuchungen stellen eine Momentaufnahme dar und aus den erwähnten Arztberichten lässt sich nichts in Bezug auf den zeitlichen Verlauf der Beschwerden im massgebenden Zeitraum entnehmen.

E. 5.3.3

Zu Recht haben sodann die Ärzte der IV bzw. des RAD den Beschwerden Schlafapnoe-Syndrom und Depression letztlich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt. Zum einen konnte das Schlafapnoe-Syndrom offenbar mit entsprechender Maskentherapie behandelt werden, zum anderen bestätigen die psychiatrischen Gutachter Dr. G. _____ am 30. Oktober 2007 (IV-act. 69/I) und Dr. U. _____ am 9. März 2012 (IV-act. 60/II) übereinstimmend, dass eine Depression aus dem Jahr 2003 sowie auch ein Spannungskopfschmerz erfolgreich behandelt werden konnte und aus psychiatrisch-neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

vorliege. Weiter finden sich in den medizinischen Akten keine Hinweise darauf, dass die Prostatahyperplasie und Psoriasis die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen.

E. 5.3.4

Was die übrigen internistischen Beschwerden betrifft, begnügen sich die IV-Ärzte mit dem Hinweis, dass sich diese nicht auf die Ausübung der vorgeschlagenen Verweistätigkeiten auswirken. Im Ergebnis ist dieser Beurteilung zuzustimmen. Zwar kommt der Facharzt für Innere Medizin am 29. August 2007 zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aus internistischer Sicht unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses nur leichte Arbeiten zumutbar seien (IV-act. 71/I). Insofern ist ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Zusammenhang zwischen den Beschwerden und der Arbeitsunfähigkeit zu bejahen. Es ist indessen nicht zu erkennen, dass die von den IV-Ärzten beschriebenen Verweistätigkeiten mit den vom Facharzt genannten Einschränkungen nicht vereinbar wären.

E. 5.3.5

Der Beschwerdeführer moniert, im Jahr 2012 sei zwar der Zustand der Augen und der Psyche, nicht aber die Verschlechterung des Allgemeinzustandes abgeklärt worden. Die Gutachten, auf welche der Beschwerdeführer Bezug nimmt, wurden von der Vorinstanz bereits am 30. September 2011 in Auftrag gegeben (IV-act. 41/II). Zu diesem Zeitpunkt bestanden keine Anhaltspunkte, dass sich der Allgemeinzustand des Versicherten wesentlich verschlechtert hatte. Auch führt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift nicht aus, worin konkret die Verschlechterung des Allgemeinzustandes bestehen soll und inwiefern die geltend gemachte Verschlechterung des Allgemeinzustandes für den massgebenden Beurteilungszeitraum von Bedeutung sein könnte. Von vornherein nicht zu berücksichtigen sind diejenigen medizinischen Ereignisse, die erst nach dem relevanten Beurteilungszeitraum neu eingetreten sind (so etwa der operative Eingriff infolge Tendovaginitis tenonae des Kleinfingers links im April 2012 [IV-act. 70/II] oder die Hospitalisation infolge einer Sepsis im Mai/Juni 2012 [siehe Beschwerdebeilage]). Die Vorinstanz war nach dem Gesagten nicht gehalten, den Allgemeinzustand des Versicherten erneut abzuklären.

E. 5.3.6

Ebenfalls nicht zu beanstanden ist, dass die IV-Ärzte aufgrund des Visusverlustes am linken Auge von anfänglich 65% von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten ausgingen (IV-act. 82/II). So erachtete auch Dr. F. _____ im augenärztlichen Gutachten vom 19. Oktober 2007 aufgrund des genannten Visusverlustes lediglich Arbeiten auf hohen Leitern für ausgeschlossen. Auch diese Einschränkung ist mit den vorgeschlagenen Verweistätigkeiten vereinbar. Wie das augenärztliche Gutachten von Dr. T. _____ vom 6. Februar 2012 zeigt, hat sich die Sehkraft aufgrund der Maculopathie seit der Begutachtung im Jahr 2007 insofern verschlechtert, als dass der Gutachter im Untersuchungszeitpunkt von einer Invalidität (recte: Arbeitsunfähigkeit) von 10% ausging. Diese verminderte Arbeitsfähigkeit kann jedoch bei der Beurteilung des Rentenanspruchs nur dann berücksichtigt werden, wenn die nochmalige Verschlechterung der Sehkraft bereits vor Bezug der Altersrente, d.h. dem (...) 2010 bzw. (...) 2011, eingetreten ist. Weder in den medizinischen Unterlagen noch in den Schreiben des Beschwerdeführers finden sich Anhaltspunkte dafür, dass sich die Sehkraft vor diesem Datum im genannten Ausmass verschlechtert hat. Damit ist nicht mit dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit erstellt, dass im Beurteilungszeitraum 14. April 2004 bis (...) 2010 bzw. 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 10% in der angestammten bzw. in Verweistätigkeiten tatsächlich eingetreten ist. Zu Recht hat daher die Vorinstanz die Arbeitsunfähigkeit von 10% infolge des Visusverlustes bei der Bemessung der Invalidität nicht berücksichtigt.

E. 5.3.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz im relevanten Zeitraum zu Recht leichte angepasste Arbeiten in einer Verweistätigkeit für den Beschwerdeführer aus gesundheitlicher Sicht als zumutbar erachtet hat.

E. 5.4

Der auf obgenannter Grundlage von der Vorinstanz durchgeführte Einkommensvergleich vom 28. März 2012 ergab einen Invaliditätsgrad von 33.15% (IV-act. 55/II). Die Bemessung des Invaliditätsgrades wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Sie erweist sich denn auch als bundesrechts- und praxiskonform (E. 3.3). Hervorzuheben ist, dass die Vorinstanz bei ihrer Berechnung zu Gunsten des Beschwerdeführers bereits den Maximalabzug von 25% zugelassen hat, was nicht zu beanstanden ist. Der so ermittelte Invaliditätsgrad von 33% ergibt keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (E. 3.2.). Nur der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass selbst bei Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 10% in Verweistätigkeiten aufgrund des Visusverlustes (E. 5.3.6) beim Einkommensvergleich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde.

E. 6.1

Sodann stellt sich die von der Vorinstanz nicht behandelte Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit, d.h. ob der Beschwerdeführer angesichts seines fortgeschrittenen Alters nach allgemeiner Lebenserfahrung in einem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt noch als vermittelbar gelten und die ihm verbliebene Leistungsfähigkeit erwerblich hätte verwerten können. Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist (BGE 107 V 17 E. 2c). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweistätigkeiten massgebend sind (ausführlich: Urteil des Bundesgerichts 8C_345/2013 vom 10. September 2013 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen). Was den Zeitpunkt anbelangt, in welchem über die Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit zu entscheiden ist, hat das Bundesgericht das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil)-Erwerbstätigkeit als massgebend erachtet. Die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)-Erwerbstätigkeit steht fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.3 und 3.4).

E. 6.2

Der vorliegende Rentenentscheid kann sich in Bezug auf die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)-Erwerbstätigkeit lediglich auf die unter E. 5.1.3 erwähnten und im Herbst 2007 erstellten Fachgutachten bzw. das am 18. März 2008 zur Kenntnis gebrachte

Abklärungsergebnis betreffend Schlafapnoe-Syndrom abstützen, denn die später erstellten Arztberichte äussern sich entweder nicht zur Frage der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 5.1.4) oder sie wurden erst in einem Zeitpunkt erstellt (vgl. E. 5.1.7), in dem sich - infolge Erreichen des AHV-Alters - die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ohnehin erübrigte. Im März 2008 war der Beschwerdeführer 61 Jahre alt. Dennoch ist zu diesem Zeitpunkt aufgrund der gesamten Umstände, insbesondere der noch vollschichtigen Arbeitsfähigkeit in einem relativ weiten Spektrum an Verweistätigkeiten, von der Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_345/2013 vom 10. September 2013 E. 4.3).

E. 7

Schliesslich bleibt auf die weiteren Rügen des Beschwerdeführers einzugehen.

E. 7.1

Wie bereits erwähnt (E. 2.1), sind die schweizerischen Behörden nicht an die Entscheide ausländischer Sozialversicherungsträger gebunden. Die Vorinstanz durfte also unabhängig vom Entscheid der PVA betreffend Invaliditätspension (Sachverhalt Bst. D) verfügen. Zu beachten ist, dass die Anspruchsvoraussetzungen für eine Invalidenrente in der Schweiz und in Österreich nicht identisch sind, was - wie vorliegend - zu unterschiedlichen Beurteilungen führen kann. Insbesondere wird in der Schweiz der Invaliditätsgrad nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen ermittelt, so dass der Grad der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit oftmals nicht mit dem Invaliditätsgrad übereinstimmt (E. 3.1.1).

E. 7.2

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wurde ihm mit Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 23. Februar 2011 keine Invalidenrente zuerkannt (Sachverhalt Bst. F). Vielmehr hat das Gericht entschieden, dass die Vorinstanz zu Unrecht auf sein Leistungsgesuch nicht eingetreten sei. Es hat daher die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen damit diese materiell prüfe, ob Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe und insbesondere zu ermitteln, ob ein für eine Rentenzusprache genügender Invaliditätsgrad ausgewiesen sei. Insofern erweist sich das Schreiben der österreichischen Botschaft in Bern vom 6. Juni 2011 (Beilage zu BVGer-act. 18), wonach gemäss telefonischer Auskunft des Bundesverwaltungsgerichts die IV-Stelle die Pensionsleistung zu berechnen habe, als nicht korrekt. Aus dieser Auskunft kann der Beschwerdeführer indessen nichts zu seinen Gunsten ableiten.

E. 8

Nach dem Gesagten erweist sich die Verfügung der Vorinstanz als rechtmässig. Die Vorbringen des Beschwerdeführers genügen nicht, um die medizinischen Feststellungen sowie die Zumutbarkeit von angepassten Verweistätigkeiten in Frage zu stellen. Da der Beschwerdeführer im relevanten Beurteilungszeitraum einen Invaliditätsgrad von maximal 33 % aufweist, hat er keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen.

E. 9.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten

werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Dem Beschwerdeführer sind jedoch trotz Unterliegens keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil ihm mit Zwischenverfügung vom 7. Juni 2013 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde (Art. 65 Abs. 1 VwVG).

E. 9.2

Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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