

BVGer B-6706/2010 vom 27. Mai 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-6706_2010

FR: TAF B-6706/2010 du 27 mai 2013

IT: TAF B-6706/2010 del 27 maggio 2013

Regeste

Invaliditätsbemessung

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA. Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA (Vorinstanz) vom 10. September 2010. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der Verfügung vom 10. September 2010 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

E. 1.3

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Die Abteilung II des Bundesverwaltungsgerichts hat das vorliegende Beschwerdeverfahren im Zuge einer - auf einer abteilungsübergreifenden, freiwilligen Zusammenarbeit basierenden - Entlastungsmassnahme der Abteilung III übernommen. Die bisherige Verfahrensnummer C-6706/2010 lautet deshalb fortan B-6706/2010.

E. 1.4

Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren VwVG; SR 172.021) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

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

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Bosnien und Herzegowina, wo er auch wohnt. Die Schweiz handelt zurzeit mit Bosnien und Herzegowina ein Sozialversicherungsabkommen aus, wobei hinsichtlich des Inkrafttretens noch keine

Angaben möglich sind (vgl. www.zas.admin.ch > International > Bilaterale Abkommen > Liste der Sozialversicherungsabkommen; zuletzt besucht am 1. März 2013). Bis zum Inkrafttreten dieses neuen Abkommens ist weiterhin das bisherige Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1) anwendbar (vgl. BGE 126 V 198 E. 2b, BGE 122 V 381 E. 1 mit Hinweisen). Nach Art. 2 des Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 des Abkommens genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen über Sozialversicherung keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der IV besteht, bestimmt sich daher vorliegend alleine auf Grund der schweizerischen Rechtsvorschriften. Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz in einem EU-Staat hat. Für die Beurteilung eines Rentenanspruchs sind die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179).

E. 2.2

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil BGer 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens per Ende Juni 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen BGE 138 V 475).

E. 2.3

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 10. September 2010 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar

2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Noch keine Anwendung findet das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

E. 3

Im vorliegenden Verfahren ist in der Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente abgewiesen hat.

E. 3.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG, Art. 4, 28, 29 aIVG) und beim Versicherungsfall mindestens während dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Der Beschwerdeführer hat in der Schweiz während der Dauer von annähernd 19 Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, womit die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente zweifelsohne erfüllt sind. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer als invalid im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist.

E. 3.2

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

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend indessen nicht gegeben. Vielmehr sieht Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens zwischen der Schweiz und Jugoslawien vor, dass ordentliche schweizerische Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, nur gewährt werden, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 3.4

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. 3.4.1

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).

E. 3.4.2

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).

E. 3.4.3

Auf Stellungnahmen der RAD resp. 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. 3.5

Zu bemerken bleibt, dass auf Grund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ein invalider Versicherter gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a, 111 V 239 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer IV-Stelle aus medizinischer Sicht zu bestimmen, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen kann. Diese Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen.

E. 4

Der Beschwerdeführer rügt in seiner Beschwerdeschrift, die Vorinstanz habe nicht darauf insistiert, dass die bosnischen-herzegowischen Ärzte die vom RAD in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2008 aufgeworfenen Fragen tatsächlich beantworten (vgl. Sachverhalt Bst. E). Die vom RAD aufgeworfenen Fragen richteten sich ursprünglich an die beiden Ärzte, welche das Gutachten vom 11. Juni 2004 verfasst hatten und sollten erhellen, ob seit der Erstellung jenes Gutachtens eine Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist. Nachdem indessen vorliegend noch nie über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers rechtskräftig entschieden worden ist und das Bundesverwaltungsgericht im Rahmen eines ersten Leistungsprüfungsverfahrens (Erstanmeldung) zu befinden hat, sind nachfolgend - anders als bei einem Revisionsverfahren - die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers sowie dessen Arbeitsfähigkeit ohne zeitliche Einschränkung auf Grund sämtlicher vorliegender Medizinalakten zu beurteilen. Für die Verfasser der durch den bosnischen-herzegowischen Versicherungsträger der Vorinstanz am 14. Juli 2009 zugesandten Arztberichte wäre die Beantwortung der Frage nach einer eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustands lediglich mittels Vergleichs ihrer Untersuchungsergebnisse mit jenen im Gutachten vom 11. Juni 2004 möglich gewesen. Ein solcher Vergleich hat der RAD-Arzt der Vorinstanz in der Folge selber vorgenommen. Schliesslich hätte für eine Rückfrage an die bosnischen-herzegowischen Ärzte mit einer unverhältnismässigen zeitlichen Verzögerung gerechnet werden müssen, verstrich doch bereits für die Einholung der durch die Vorinstanz am 20. August 2008 einverlangten Arztberichte annähernd ein Jahr. Im Nachfolgenden ist damit der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Arbeitsfähigkeit auf Grund der bereits vorliegenden Arztberichte zu prüfen.

E. 5

Den vorinstanzlichen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer offenbar bereits im Jahr 1990 an Radiokulopathie, sensomotorischer Polyneuropathie, chronischer Alkoholkrankheit und ängstlich-depressivem Zustand litt (vgl. Arztbericht von Prim. Dr. N._____, Neuropsychiater, vom 4. August 1990). Am 17. November 1994 liess er eine Diskushernie im Bereich L4/L5 operieren. Im Gutachten vom 11. Juni 2004 attestierten ihm die bosnischen-herzegowischen Ärzte Dr. D._____, Arbeitsspezialist, und Dr. S._____, Neuropsychiater, dennoch eine volle Arbeitsfähigkeit. Gemäss RAD-Arzt Dr. med. C._____ sei in der Folge ausschliesslich eine chronische, obstruktive Bronchopneumopathie (Lungenerkrankung) neu aufgetreten. Diese Diagnose habe eine Auswirkung auf die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers. Im Weiteren diagnostizierte er in seinem Schlussrapport vom 11. Mai 2010 eine hypertensive Herzkrankheit, chronischer Äthylismus mit Hepatopathie (Leberleiden), Polyneuropathie verursachende Beschwerden sowie ein Zustand nach der Operation einer Diskushernie L4-L5 Mitte links im Jahr 1994. In seiner früheren Stellungnahme vom 5. Februar 2008 hatte er dem Beschwerdeführer überdies die Diagnosen vermutliche aktive Alkoholkrankheit mit alkoholischer Polyneuropathie, depressiver und möglicherweise psychoorganischer Symptomatologie sowie Status nach Cholezystektomie wegen Gallensteine im Jahr 2005 ohne Komplikationen anerkannt. Der Beschwerdeführer hält dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren entgegen, der RAD-Arzt berücksichtige nicht alle Diagnosen gemäss den vorliegenden Medizinalakten aus Bosnien und Herzegowina. Diese Rüge ist nachfolgend im Einzelnen zu prüfen.

E. 5.1

Wie vorangehend dargelegt, hat Prim. Dr. N. _____ in seinem Arztbericht vom 4. August 1990 sowohl die Diagnose der Radikulopathie als auch jene einer sensomotorischer Polyneuropathie gestellt. RAD-Arzt Dr. med. C. _____ hat hingegen lediglich letztere Diagnose in seinem Schlussrapport vom 11. Mai 2010 bestätigt. Die Diagnose der Radikulopathie bezeichnet eine Reizung oder Schädigung der Nervenwurzeln (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl., Berlin 2013, S. 1761). Sie kann sich in Störungen der Empfindung, Schmerzen oder Lähmungen äußern. Auffällige Krankheitszeichen sind in der Regel Missempfindungen (Kribbeln, Schmerzen, Taubheit) im Bereich der betroffenen Nervenwurzel. Die Diagnose Polyneuropathie demgegenüber erfasst als Oberbegriff bestimmte Erkrankungen des peripheren Nervensystems, die mehrere Nerven betreffen (vgl. (Pschyrembel, a.a.O., S. 1676). Abhängig von der jeweiligen Ursache können motorische, sensible oder auch vegetative Nerven gemeinsam oder auch schwerpunktmäßig betroffen sein. Symptome sind auch hier fehlende Wahrnehmung (Minussymptomatik) oder Gefühlsstörungen wie Kribbeln, Ameisenlaufen, Brennen (Plussymptomatik). Der Unterschied der beiden Diagnosen mit praktisch identischen Symptomen liegt darin, dass bei der Radikulopathie lediglich die Nervenwurzeln, bei der Polyneuropathie indessen mehrere Nervenfasern betroffen sind. Wie Dr. med. C. _____ in seinem Schlussrapport vom 11. Mai 2010 richtig feststellt, wurden beim Beschwerdeführer indessen keine objektiven funktionellen Einschränkungen im Zusammenhang mit der Polyneuropathie oder einem anderen neurologischen Defizit im Allgemeinen festgestellt. In motorischer Hinsicht wurden keine Sensibilitätsstörungen erkannt, sondern lediglich ein leicht verminderter Reflex auf beiden Seiten, was eine bedeutsame funktionelle motorische Störung ausschliesst. Ob damit vorliegend neben der allgemein ärztlich anerkannten Polyneuropathie beim Beschwerdeführer überdies auch an eine Radikulopathie oder eine andere neurologische Störung vorliegt, kann offen gelassen werden, da nach dem Gesagten die in neurologischer Hinsicht insgesamt bestehenden funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers hinreichend bekannt sind.

E. 5.2

Im Arztbericht vom 1. Oktober 2007 stellte Prim. Dr. V. _____ in physischer Hinsicht (vgl. für psychische Diagnosen E. 5.6) nachfolgende, RAD-ärztlich nicht bestätigte Diagnosen: · Cephalea symptomata · Inkontinenz · Zervikalsyndrom und Zervikobrachial-Syndrom Der Begriff Zervikalsyndrom ist eine relativ allgemeine Bezeichnung für Beschwerden, die von der Halswirbelsäule (HWS) ausgehen bzw. den Halswirbelsäulenbereich betreffen. Typische Beschwerden sind Nackensteife, Schmerzen im Schulterbereich, Kopfschmerzen, Gefühlsstörungen in den Armen und Händen sowie Schmerzen bei Bewegungen des Kopfes (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 2288). Damit umfasst die Diagnose Zervikalsyndrom inhaltlich die Symptome sowohl der Cephalea symptomata (wörtlich: den Kopf betreffende Symptome) als auch des Zervikobrachial-Syndroms (Nackenschmerzen).

E. 5.2.1

RAD-Arzt Dr. med. C. _____ verneinte in seinem Schlussrapport vom 11. Mai 2010 das Vorliegen solcher Schmerzen, da diese seiner Ansicht nach jeden objektiven klinischen Befunds entbehren würden. Dr. V. _____ legt denn auch in seinem Arztbericht vom 1. Oktober 2007 nicht dar, auf Grund welcher körperlicher Befunde er auf die erwähnten Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen geschlossen habe. Es ist damit davon auszugehen,

dass die Diagnosen auf vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden basieren.

E. 5.2.2

Mit Bezug auf Schmerzen sind zunächst die sich naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten zu berücksichtigen, weshalb im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt wird, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Die Schmerzangaben müssen also einer zuverlässigen medizinischen Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 130 V 396 E. 5.3.2, Urteil BGER 8C_285/2009 vom 7. August 2009 E. 3.2). Chronische Schmerzen heben das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich nicht auf (vgl. Urteil BGER I 994/06 vom 29. August 2007 E. 3.3). Die Rechtsprechung, wonach von der Vermutung auszugehen ist, dass mit zumutbarer Willensanstrengung trotz der Schmerzen eine leidensangepasste Tätigkeit ausgeübt werden kann, kommt auch dann zur Anwendung, wenn zwar gewisse somatische Befunde erhoben wurden, diese die geklagten Schmerzen jedoch nur zu einem kleineren Teil erklären können (vgl. bspw. Urteil BGER 8C_591/2009 vom 27. November 2009 E. 4.2). Gemäss dieser im Zusammenhang mit der Problematik von somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Rechtsprechung setzt die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus (BGE 130 V 352; vgl. bzgl. myofaszielles Schmerzsyndrom Urteil BGER 8C_362/2009 E. 5f.). Eine solche psychische Komorbidität stellt zum Beispiel eine depressive Störung grösseren Ausmasses dar (BGE 132 V 65 E. 4.2.2). Vorliegend werden vom Beschwerdeführer psychische Einschränkungen geltend gemacht, die zum Beispiel in die Arztberichte von Dr. V. _____ vom 1. Oktober 2007 sowie von Dr. N. _____ vom 4. August 1990 Eingang fanden. Die von Dr. D. _____ gestellten Diagnosen werden von RAD-Arzt Dr. med. C. _____ bestritten. Das Vorliegen psychischer Einschränkungen des Beschwerdeführers wird nachfolgend zu prüfen sein (vgl. hierzu nachfolgend E. 5.6). Bereits an dieser Stelle kann indessen festgestellt werden, dass gewisse depressive Symptome oder eine Schlafstörung, wie von Dr. V. _____ und Dr. N. _____ festgestellt, nicht von ausreichend erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung sind, um eine psychisch ausgewiesene Komorbidität im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu begründen. Ob auf Grund der von Dr. V. _____ ausserdem diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung sowie zwanghaften Persönlichkeitsstörung mit depressiver Dekompensation einer Unzumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung zu bejahen wäre, kann vorliegend offengelassen werden, nachdem diese beiden Diagnosen in Bezug auf den Beschwerdeführer zu verneinen sein werden (siehe E. 5.6.3, Abs. 2). Ebensovienig liegt ein anderes selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität vor, welches eine Schmerzüberwindung seitens des Beschwerdeführers verunmöglichen würde. Damit erübrigt sich vorliegend die Abklärung der Frage, ob der Beschwerdeführer im Zephal-, Zervikal- und Zervikobrachialbereich an einer Schmerzstörung leidet. Es wäre dem Beschwerdeführer nach dem Gesagten in jedem Fall zuzumuten, seine allfälligen, in diesem Zusammenhang bestehenden Schmerzen zu überwinden. Nachdem somit auch bei Bejahung der erwähnten Diagnose keine weitere Auswirkung Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit zu erwarten ist, erübrigen sich vorliegend auch in dieser Hinsicht weitere Abklärungen.

E. 5.2.3

Die Diagnose der Inkontinenz (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1006) wird in den weiteren Medizinalakten nicht bestätigt. Dank entsprechender Hilfsmitteln (zum Beispiel Einlagen u.ä.) sowie hinreichender Therapiemöglichkeiten ist durch diese Diagnose ebenfalls keine zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten beruflichen Tätigkeit zu erwarten. Mangels invalidenrechtlicher Erheblichkeit muss damit auch der Frage, ob der Beschwerdeführer effektiv an Inkontinenz leidet, vorliegend nicht weiter nachgegangen werden. Damit erfordern die von Dr. V. _____ in somatischer Hinsicht gestellten Diagnosen mangels invalidenrechtlicher Erheblichkeit keine Ergänzung der durch den RAD der Vorinstanz aufgelisteten Diagnosen.

E. 5.3

Im Gutachten von Dr. L. _____, Anästhesist, sowie von Dr. S. _____, Neuropsychiater, zu Händen des Versicherungsträgers in Bijeljina (Bosnien und Herzegowina) vom 29. Mai 2009 wurde zusätzlich zu den RAD-ärztlich aufgeführten Diagnosen ein lumbales Syndrom post operationem discus hernieae i.V. L4-L5 aufgeführt. Die beiden Ärzte bezeichneten damit Rückenschmerzen, die infolge der Operation der Diskushernie aufgetreten seien. Wie bereits in E. 5.2 dargelegt, verneinte RAD-Arzt Dr. med. C. _____ demgegenüber in seinem Schlussrapport vom 11. Mai 2010 das Vorliegen solcher Schmerzen, da diese jeden objektiven klinischen Befunds entbehren würden. In der Tat ist die Diagnose Rückenschmerzen zuvor lediglich im oben wiedergegebenen Arztbericht von Dr. V. _____ vom 1. Oktober 2007 gestellt worden, anders als die ärztlich übereinstimmend erhobene Diagnose des Zustands nach der Operation einer Diskushernie. Weder Dr. V. _____ noch die beiden Ärzte Dr. L. _____ und Dr. S. _____ erläuterten einen den erwähnten Schmerzen entsprechenden körperlichen Befund. Somit gilt auch für die Diagnose des lumbalen Syndroms die in E. 5.2 genannte Rechtsprechung der in der Regel zumutbaren Schmerzüberwindung, welche vorliegend zu bejahen ist. Infolgedessen ist auch durch ein allfälliges Schmerzsyndrom im Lumbalbereich keine weitere Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu erwarten, weshalb sich die diesbezügliche Ergänzung der RAD-ärztlich aufgeführten Diagnosen erübrigt.

E. 5.4

Im Arztbericht vom 29. Mai 2009 hat Dr. J. _____ zusätzlich zu den zuletzt zurückbehaltenen RAD-ärztlichen Diagnosen den Status nach Cholecystectomy diagnostiziert (vgl. aber Stellungnahme von Dr. med. C. _____ vom 5. Februar 2008; Sachverhalt Bst. D, Abs. 2; E. 4 Abs. 2). Der Begriff Cholezystektomie bedeutet die chirurgische Entfernung der Gallenblase. Dieser Eingriff ist zum Beispiel indiziert bei Gallensteinen, welche zu Komplikationen wie wiederkehrende Koliken oder eine Entzündung der Gallenblase führen. Wie dem Arztbericht von Dr. Z. _____, Chirurg und Prim. Dr. M. _____, ebenfalls Chirurg, betreffend den Spitalaufenthalt des Beschwerdeführers vom 16. August bis 12. September 2005 zu entnehmen ist, war die Entfernung der Gallenblase wegen Gallensteinen bei heftigen Koliken und Entzündungen (Cholecystitis acuta microcalculosa ICD-10 K80) indiziert. Nach der Operation seien keine Probleme aufgetreten. Da die Gallenblasen-Chirurgie nach der allgemeinen Lebenserfahrung ein sehr sicherer und erfolgreicher Eingriff darstellt, sind nach der normal verlaufenen Operation sowie dem positiven anschliessendem Verlauf keine funktionelle Einschränkungen durch die Diagnose Status nach Cholecystectomy zu erwarten.

E. 5.5

Im Arztbericht vom 21. März 2009 stellten die Ärzte Dr. O._____, Radiologe / Orthopäde sowie Dr. I._____, Orthopäde / Traumatologe, eine Hepatomegalie mit Steatose fest. Die Hauptdiagnose der Hepatopathie (Leberleiden) hat auch RAD-Arzt Dr. med. C._____ erkannt. Neu ist lediglich der Zusatz der Steatose, sprich der Leberverfettung. Hierbei handelt es sich um eine häufige Erkrankung der Leber mit in der Regel reversibler Einlagerung von Fett in der Leberzelle, zum Beispiel infolge von Überernährung oder Alkoholmissbrauch (vgl. Pschyrembel, a.a.O, S. 666f.). Erfahrungsgemäss werden rund die Hälfte der Fälle von Lebererkrankungen durch Alkoholmissbrauch verursacht. Die Leberverfettung stellt das erste Stadium einer durch Alkoholmissbrauch entstandenen Lebererkrankung. Ein fortgeschrittenes Erkrankungsstadium liegt vor bei Fettleberhepatitis (Entzündung der Leber; vgl. Pschyrembel, a.a.O, S. 667). Das Endstadium chronischer Leberkrankheiten wird definiert durch die Diagnose einer Leberzirrhose, die in der Regel als irreversibel gilt (vgl. Pschyrembel, a.a.O, S. 1179f.). Die Leberverfettung (ohne Zeichen einer Leberentzündung), wie sie beim Beschwerdeführer offenbar vorliegt, hat indessen nur geringen Krankheitswert. Die RAD-ärztlich anerkannte Hepatopathie bezeichnet andererseits eine unbestimmte Erkrankung der Leber, die zumeist durch pathologische Leberwerte oder eine andere noch nicht geklärte sonographische Auffälligkeit verursacht wird. RAD-Arzt Dr. med. C._____ bringt diese Erkrankung ausdrücklich in einen engen Zusammenhang mit der Alkoholkrankheit des Beschwerdeführers. Es handelt sich somit auch hierbei um eine durch Alkoholmissbrauch verursachte, unbestimmte Erkrankung der Leber. Nachdem - wie vorangehend dargelegt - die Steatose definitionsgemäss die geringste durch Alkoholmissbrauch verursachte Lebererkrankung darstellt, darf diese als im allgemeinen Begriff der alkoholischen Hepatopathie absorbiert betrachtet werden.

E. 5.6

Der Beschwerdeführer bringt schliesslich im Beschwerdeverfahren -wie bereits im vorinstanzlichen Vorbescheidverfahren - vor, seine psychischen Leiden hätten die Durchführung einer neuropsychiatrische Abklärung durch die Vorinstanz erfordert.

E. 5.6.1

In den vorliegenden Akten liegen tatsächlich einige Hinweise für eine in psychischer Hinsicht bestehende Beeinträchtigung des Beschwerdeführers vor. So diagnostizierte Prim. Dr. N._____ dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 4. August 1990 ängstlich-depressive Symptome. Ebenfalls war im Gutachten vom 11. Juni 2004 die Rede von Stimmungstief und psychischer Verlangsamung. Im Gutachten vom 29. Mai 2009 erklärten Dr. L._____ und Dr. S._____, der Beschwerdeführer zeige ein depressives Verhalten und weise das Erscheinungsbild eines Alkoholikers auf. Auch RAD-Arzt Dr. med. C._____ zog in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2008 zumindest in Erwägung, der Beschwerdeführer weise möglicherweise ein alkoholbedingtes psychoorganisches oder depressives Syndrom auf. Prim. Dr. V._____, Neuropsychiater / Subspezialist in psychischer Forensik, hat sogar mehrere Diagnosen in psychischer Hinsicht gestellt. So bescheinigte er dem Beschwerdeführer in seinem Arztbericht vom 1. Oktober 2007 eine Depressio recurrens (ICD-10 F. 31), Schlafstörung sowie eine zwangshafte Persönlichkeitsstörung mit depressiver Dekompensation. RAD-Arzt Dr. med. C._____ hat sich in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2008 einlässlich mit diesem Arztbericht von Dr. V._____ auseinandergesetzt. Er erläuterte, Dr. V._____ gehe in seinem

Arztbericht vom 1. Oktober 2007 von einer falschen Anamnese aus und stelle eine Diagnose, die auf Grund des psychiatrischen Status nicht gerechtfertigt sei. Die Diagnose der wiederkehrenden depressiven Störung könne mit der ICD-10 F31 nicht in Zusammenhang gebracht werden. Insgesamt müsse der Arztbericht von Dr. V. _____ jeden Beweiswert abgesprochen werden.

E. 5.6.2

Dr. V. _____ scheint in seinem Arztbericht vom 1. Oktober 2007 für die Diagnose der wiederkehrenden depressiven Störung versehentlich die ICD-10 F31 an Stelle der ICD-10 F33 (rezidivierende depressive Störung) angegeben zu haben. Es ist nicht davon auszugehen, dass er hierbei die Diagnose der bipolaren affektiven Störung (ICD-10 F31) mit jener der rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) in einen Zusammenhang bringen wollte. Die versehentliche Angabe des falschen ICD-10-Codes vermag deshalb den Bericht von Dr. V. _____ alleine nicht zu entkräften. Vielmehr ist über die Richtigkeit der von Dr. V. _____ genannten Diagnosen im Blickwinkel des von ihm sowie insgesamt in den Medizinalakten geschilderten psychischen Zustands des Beschwerdeführers zu befinden.

E. 5.6.3

In seinem Bericht vom 1. Oktober 2007 erklärte Dr. V. _____ (nach der durch die Vorinstanz eingeholten Übersetzung) wörtlich, der Beschwerdeführer leide an einer Vielzahl psychischer Probleme, die er seit 1996 bei einem Neuropsychiater behandeln lasse. Diese Probleme bestünden in Angst, existentieller und sozialer Unsicherheit, Stimmungsschwankungen mit beginnender Depression, Mangel an Dynamik sowie Willenskraft und würden von einer reduzierten Frustrationstoleranz bis zur totalen Hoffnungslosigkeit und fehlenden Zukunftsgedanken reichen. Auf Grund seiner psychischen Probleme befinde sich der Beschwerdeführer in ständiger medikamentöser Behandlung. Nach einem schlimmen Autounfall seines Sohnes habe er zu trinken begonnen in der Hoffnung, so seine psychischen Beschwerden zu erleichtern, was jedoch längerfristig zu einer Verschlimmerung seiner Beschwerden und zur Vereinsamung geführt habe. Diese Ausführungen zeigen, dass der Beschwerdeführer wohl anfänglich mit Stimmungsschwankungen auf Grund schwieriger Lebensumstände zu kämpfen hatte, sich dann aber mehr und mehr dem Alkohol zuwandte. Die von Dr. V. _____ behauptete medikamentöse und therapeutische Behandlung des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht findet sich in den vorliegenden Medizinalakten nicht bestätigt. Wie RAD-Arzt Dr. med. C. _____ in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2008 zu Recht erkannte, sind die sich derzeit zeigenden psychischen Unstimmigkeiten des Beschwerdeführers deshalb im Zusammenhang mit dessen übermässigem Alkoholkonsum zu sehen. Diese rechtfertigen insgesamt weder die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) noch jene einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Schliesslich stellt die genannte Schlafstörung ohne weitere Hinweise keine invalidenrechtlich relevante psychische Störung dar.

E. 5.6.4

Die dem Beschwerdeführer durch den Neuropsychiater Dr. N. _____ attestierten ängstlich-depressive Symptome basieren auf den persönlichen Angaben des Beschwerdeführers, wie deutlich aus dem Bericht vom 4. August 1990 hervorgeht. Entsprechend hat Dr. N. _____ keine konkrete Abklärung der vom Beschwerdeführer

geschilderten Symptome vorgenommen. Die festgestellte "ängstlich-depressive Symptomatik" kann somit nicht der Diagnose einer Angst- oder depressiven Störung im Sinne der ICD-10-Systematik gleich gestellt werden. Es ist darunter vielmehr ein bedrückter und ängstlicher Allgemeinzustand zu verstehen, wie dies die mit dem vorliegenden Fall befassten Ärzte im Übrigen einheitlich erkannten.

E. 5.6.5

Insgesamt erscheint damit vorliegend bestenfalls die von RAD-Arzt Dr. med. C._____ in seiner früheren Stellungnahme vom 5. Februar 2008 gestellte Diagnose der vermutlichen alkoholbedingten depressiven und möglicherweise psychoorganischen Symptomatologie (ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) vorherrschend. Mangels invalidenrechtlicher Erheblichkeit der psychischen Symptome des Beschwerdeführers kann auf die Ergänzung der von Dr. med. C._____ in seinem Schlussbericht vom 11. Mai 2010 genannten Diagnosen in psychischer Hinsicht verzichtet werden. Gleichfalls erübrigen sich diesen Umständen zusätzliche Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht, insbesondere die Einholung der vom Beschwerdeführer beantragten neuropsychiatrischen Abklärung.

E. 5.7

Nach dem Gesagten erscheinen die im RAD-ärztlichen Schlussbericht von Dr. med. C._____ gestellten Diagnosen vollständig, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei. Damit genügt dieser insofern den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht.

E. 6

Der Beschwerdeführer bringt gegen die Stellungnahmen von Dr. med. C._____ generell vor, jener sei als Allgemeinmediziner FMH nicht befähigt, sämtliche bei ihm vorliegenden Beschwerden zu prüfen. Tatsächlich hat eine RAD-Stellungnahme nicht nur den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen zu genügen, sondern die entsprechenden RAD-Ärzte sollen auch über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (E. 3.6.3). Zu prüfen ist damit, ob Dr. med. C._____ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (siehe <http://www.doctorfmh.ch/index.cfm>) in der Lage war, die beim Beschwerdeführer diagnostizierten Beschwerden zu beurteilen. Vorliegend hatte der RAD der Vorinstanz zusammenfassend verschiedene körperliche Beschwerden, welche zu einem grossen Teil durch den regelmässigen Alkoholkonsum des Beschwerdeführers entstanden sind, sowie den Zustand nach zweier normal verlaufener Operationen zu beurteilen. In Frage standen ausserdem psychische Leiden, wobei auch hier ein Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit des Beschwerdeführers im Vordergrund stand. Obwohl Dr. med. C._____ nicht über einen Facharztstitel auf den Gebieten der Neurologie und der Psychiatrie verfügt, kommt seinem Schlussbericht vom 11. Mai 2010 auf Grund der beim Beschwerdeführer zwar in verschiedener Hinsicht bestehenden, aber nicht überaus komplexen und schwerwiegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen Gewicht zu resp. ist dieser als beweiskräftig zu qualifizieren. Auf das Einholen von Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzte konnte im vorliegenden Fall auch deshalb verzichtet werden, weil Dr. med. C._____ insbesondere die durch die bosnische-herzegowische Invalidenkommission eingeholten fachärztlichen Gutachten vom 11. Juni 2004 und vom 29. Mai 2009 sowie zahlreiche andere Berichte von weiteren Fachärzten zur Verfügung gestanden hatten. Aus diesem Grund war er als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin durchaus in der Lage, auch die Leiden des Beschwerdeführers

in neurologisch-psychiatrischer Hinsicht resp. deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit beurteilen zu können, zumal er über spezielle versicherungsmedizinische Kenntnisse verfügt ("Médecin expert SIM").

E. 7.1

Dr. med. C. _____ erachtete den Beschwerdeführer in seinem Schlussrapport vom 11. Mai 2010 auf Grund der bei ihm vorliegenden verschiedenen Beeinträchtigungen (chronische, obstruktive Lungenerkrankung, hypertensive Herzkrankheit, chronischer Äthylismus mit Leberleiden, Polyneuropathie sowie Zustand nach Operation einer Diskushernie L4-L5 Mitte links) für dessen bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter Tätigkeiten zu 70 % arbeitsunfähig. In einer leichten angepassten Tätigkeit bestehe demgegenüber eine volle Arbeitsfähigkeit mit der Einschränkung, dass er Lasten in nicht wiederholter Weise von maximal 10 bis 15 Kilogramm zu tragen vermöge. Diese Beurteilung ist mit Blick auf die vorangehend dargestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers nachvollziehbar, und es ist von einem genügend detaillierten und somit rechtsgenügenden Zumutbarkeitsprofil auszugehen. Im Weiteren überzeugen die im Anhang zum Schlussrapport vom 11. Mai 2010 beispielhaft aufgeführten zumutbaren Verweisungstätigkeiten.

E. 7.2

Der Beschwerdeführer bringt hiergegen in der Beschwerdeschrift vom 16. September 2010 sinngemäss vor, nachdem ihm die bosnische-herzegowische Invalidenkommission für sämtliche (leichte und schwere) Tätigkeiten eine 70 %-ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt habe, sei die Einschätzung des RAD der Vorinstanz hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit nicht nachvollziehbar. Die Vorinstanz hält dem in ihrer Vernehmlassung vom 23. Dezember 2010 entgegen, die schweizerische Invalidenversicherung sei nicht an die Beurteilung ausländischer Versicherungsträger und Ärzte gebunden.

E. 7.3

Im Gutachten vom 29. Mai 2009 erklärten die bosnischen-herzegowischen Ärzte Dr. L. _____ und Dr. S. _____ den Beschwerdeführer als vollständig und dauerhaft unfähig, eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben, was nach den bei ihnen geltenden Vorschriften einem Verlust der Arbeitsfähigkeit (und somit einer Invalidität) gleichkomme. Das Ausmass dieser Invalidität belaufe sich auf 70 %. Dr. med. C. _____ befand hierzu in seinem Schlussrapport vom 11. Mai 2010, die Invaliditätsschätzung im Gutachten der bosnischen-herzegowischen Ärzte vom 29. Mai 2009 basiere nicht auf dem schweizerischen Invalidenrecht. Die vorgeschlagene Arbeitsunfähigkeit von 70 % sei nach schweizerischen Normen als Arbeitsunfähigkeitsgrad in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Bauarbeiter zu betrachten. Diese Darstellung wird untermauert durch den Bezug der Ärzte Dr. L. _____ und Dr. S. _____ in ihrer Invaliditätseinschätzung auf die bei ihnen geltenden (sprich der bosnischen-herzegowischen) Vorschriften.

E. 7.4

Im Weiteren ist der Vorinstanz darin beizupflichten, dass in Bezug auf die Invaliditätseinschätzung nach schweizerischem Recht keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger besteht (E. 2.1 i.f.). Die in der schweizerischen Rechtsprechung entwickelte Schadenminderungspflicht verpflichtet einen Versicherten,

innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (E. 3.7). Damit ist bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nach schweizerischem Recht in jedem Fall auch nach einer dem Versicherten zumutbaren, dessen gesundheitlichen Einschränkungen adaptierten Tätigkeit zu suchen und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer solchen Verweisungstätigkeit zu bestimmen. Wie bereits in E. 7.1 dargelegt, überzeugen die von RAD-Arzt Dr. med. C._____ festgelegten funktionellen Einschränkungen in einer leichten angepassten Tätigkeit, gleichfalls wie die von ihm genannten Beispiele zumutbarer Verweisungstätigkeiten. Damit ist die RAD-ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insgesamt nicht zu beanstanden.

E. 8

Zu prüfen bleibt der durch die Vorinstanz durchgeführte Einkommensvergleich (Invaliditätsberechnung vom 10. Juni 2010).

E. 8.1

Gestützt auf den Bericht "Constatation, Estimation et Avis" des bosnischen-herzegowischen Versicherungsträgers vom 11. Juni 2004 (Gutachten von Dr. D._____, Arbeitsspezialist, und Dr. S._____, Neuropsychiater), den Arztbericht von Prim. Dr. V._____ vom 1. Oktober 2007 sowie das Schreiben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 23. November 2005 ist die Vorinstanz davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer bis November 1996 als Bauarbeiter in der Schweiz gearbeitet hat. Gemäss dem letzteren Schreiben vom 23. November 2005 habe er hiernach weder eine selbständige noch eine unselbständige Tätigkeit ausgeübt. Bei der Durchführung des Einkommensvergleichs hat die Vorinstanz deshalb (zu Gunsten des Beschwerdeführers) auf dessen in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter abgestellt, wobei sie für die Ermittlung des Valideneinkommens - mangels vorliegender effektiver Einkommenszahlen - die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik BFS (im Folgenden LSE) 2008 bezog. Den durchschnittlichen Bruttolohn für Arbeiter im Anforderungsprofil 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) von Fr. 5'356.- (auf der Basis einer branchenüblichen Woche mit 41,6 Wochenstunden, abrufbar unter www.bfs.admin.ch Themen Arbeit, Erwerb Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit detaillierte Daten Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche 1990-2011, Sektor Baugewerbe / Bau, zuletzt besucht am 15. Mai 2013; vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb) hat sie der Tabelle TA1, Ziff. 45 korrekt entnommen. Das so ermittelte Valideneinkommen wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten und ist gerichtlich zu schützen.

E. 8.2

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens hat die Vorinstanz ausnahmsweise auf schweizerische Vergleichslöhne des Bundesamtes für Statistik abgestellt, da in Bezug auf Bosnien und Herzegowina keine Angaben zu Vergleichslöhnen vorhanden sind und sie bereits das Valideneinkommen auf der Basis seines schweizerischen Einkommens errechnet hat. Auf Grund der RAD-ärztlich für zumutbar befundenen vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichten Verweisungstätigkeit ohne wiederholtes Tragen von Lasten von 10 bis 15 Kilogramm, stützte sich die Vorinstanz für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf die LSE 2008, Tabelle TA1, Total, Anforderungsprofil 4, Spalte Männer, was

- umgerechnet auf eine durchschnittliche Arbeitszeit von 41,6 Wochenstunden (abrufbar unter www.bfs.admin.ch Themen Arbeit, Erwerb Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit detaillierte Daten Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche 1990-2011, Total, zuletzt besucht am 15. Mai 2013) - einen Wert von Fr. 4'998.24 ergab. Dies entspricht der Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte Arbeiten verrichten können, für die Bestimmung des Invalideneinkommens an Hand von Tabellenlöhnen in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4 des Arbeitsplatzes) auszugehen ist (SVR 2002 UV Nr. 15 E. 3c c). Auch gegen das durch die Vorinstanz errechnete Invalideneinkommen ist damit nichts einzuwenden.

E. 8.3

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserslass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 ff., 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1). Vorliegend bestand die Arbeitsunfähigkeit ab dem 29. Mai 2009, was somit dem Zeitpunkt des hypothetischen Beginns des allfälligen Rentenanspruchs entspricht. Die Vorinstanz hätte von daher grundsätzlich für die Vornahme des Einkommensvergleichs die Vergleichseinkommen des Jahres 2009 berücksichtigen sollen. Da indessen sowohl das Invaliden- als auch das Valideneinkommen auf der gleichen zeitlichen Grundlage (LSE 2008) basiert, hätte die Errechnung der Einkommenszahlen des Jahres 2009 lediglich eine Anpassung beider Vergleichseinkommen je an die Preisentwicklung in der Zeit von 2008 bis 2009 erfordert. Eine solche beidseitige Anpassung der Vergleichseinkommen verhält sich indessen für das Ergebnis des Einkommensvergleichs wertneutral, womit vorliegend für die Vornahme des Einkommensvergleichs die durch die Vorinstanz auf der Lohnbasis 2008 ermittelten Vergleichseinkommen übernommen werden können.

E. 8.4

Nach der Rechtsprechung ist bei der Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfstätigkeiten 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 persönliche und berufliche Merkmale des Versicherten wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben, denen mit einem Abzug vom Invalideneinkommen zu begegnen ist. Ein solcher Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Versicherte wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale seine gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Es rechtfertigt sich nicht, für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen und diese zusammenzuzählen, da damit Wechselwirkungen ausgeblendet werden. Allgemein ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen (leidensbedingte Einschränkung,

Alter, Dienstjahre, Nationalität / Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Letztlich ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (zum Ganzen: BGE 126 V 75). Indem die Vorinstanz den leidensbedingten Abzug zufolge Einschränkung der ihm noch möglichen Tätigkeiten auf leichtere Arbeiten mit 20 % festgesetzt hat, scheint sie der Situation des Beschwerdeführers ausreichend Rechnung getragen zu haben. Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 5'356.- und des (um den Leidensabzug von 20 % reduzierten) Invalideneinkommens von Fr. 3'998.60 ergibt einen Invaliditätsgrad von 25 %. Dieser Invaliditätsgrad begründet keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Selbst unter Berücksichtigung des maximal möglichen leidensbedingten Abzugs von 25 % (sowie entsprechend eines Invalideneinkommens von Fr. 3'748.70) würde lediglich ein Invaliditätsgrad von 30 % resultieren, der ebenfalls zu keinem Rentenanspruch führt. Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob der leidensbedingte Abzug vorliegend auf 25 % oder weniger festzusetzen ist. Damit hält der durch die Vorinstanz vorgenommene Einkommensvergleich insgesamt einer gerichtlichen Prüfung stand. Der Beschwerdeführer bemängelt diesen denn auch zu Recht nicht.

E. 8.5

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Entscheid der Vorinstanz rechtmässig ist. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

E. 9

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

E. 9.1

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese werden auf Fr. 400.- festgesetzt und sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen.

E. 9.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden, juristisch vertretenen Beschwerdeführer ist dem Verfahrensausgang entsprechend 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.