

BVGer C-1423/2018 vom 3. Juli 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1423_2018

FR: TAF C-1423/2018 du 3 juillet 2020

IT: TAF C-1423/2018 del 3 luglio 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG; SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2018 (act. 101) berührt und kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (B-act. 6), einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 6. Februar 2018 (act. 101). Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang mit Blick auf die Rechtsbegehren des Beschwerdeführers, ob dieser Anspruch auf eine ganze IV-Rente hat resp. die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat oder ob eine (zusätzliche) medizinische Begutachtung zu veranlassen ist.

E. 1.5

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

E. 1.6

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser 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 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 2

Im Folgenden sind die weiteren, im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer verfügt über die österreichische Staatsbürgerschaft und wohnt in Österreich (act. 1 S. 2), so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (6. Februar 2018) finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen und per 1. Januar 2015 revidierten Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR

0.831.109.268.1, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 6. Februar 2018 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 2.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.5 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (act. 60; vgl. auch Sachverhalt A.a. hievor), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

E. 2.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: 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, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 8 Rz. 7). Erwerbsunfähigkeit 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. 2.5

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektiverte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

E. 2.6

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). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden 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. Laut 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 zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend gegeben (vgl. Art. 7 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (bis Ende Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) stellt diese Regelung nicht eine blosse

Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.7

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

E. 2.8

Tritt die Verwaltung - wie im vorliegenden Fall - auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2). Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das

Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

E. 2.9

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können - insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente - Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1), haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a). Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der

versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6).

E. 3

Mit Blick auf den Bescheid des Bundessozialamtes L. _____ vom 4. September 2009, worin die Zugehörigkeit des Beschwerdeführers zum Kreis der begünstigten Behinderten aufgrund eines Grads der Behinderung von 50 % festgestellt wurde (act. 68; vgl. auch Beilage zu B-act. 1), kann dieser nichts zu seinen Gunsten ableiten. Einerseits lehnte die Pensionsversicherungsanstalt D. _____ mit ihren Bescheiden vom 25. Juli 2013 (act. 8) und 9. Juni 2017 (act. 46) die Anträge des Beschwerdeführers auf Gewährung einer Invaliditätspension mangels Vorliegens einer Invalidität ab. Andererseits bestimmt sich sein allfälliger Rentenanspruch alleine aufgrund der schweizerischen Bestimmungen, denn aus dem Ausland stammende Beweismittel unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des BVGer C-3377/2016 vom 28. März 2017 E. 4 mit Hinweisen; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a) und für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz besteht keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn besteht. Dies gilt im Übrigen auch in Bezug auf die Verfügung der liechtensteinischen Invalidenversicherung vom 12. September 2019 (Beilage zu act. 16), mit welcher der Rentenanspruch des Beschwerdeführers einerseits zufolge Fehlens des rentenbegründenden Invaliditätsgrades von mindestens 40 % und andererseits aufgrund des noch nicht erfüllten Wartjahres abgewiesen wurde (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2 und Art. 1 zu Anlage 2 zu Anhang K des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation [EFTA] vom 4. Januar 1960 [EFTA-Abkommen; SR 0.632.31] in Verbindung mit Art. 46 Abs. 3 der per 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnung [EG] Nr. 883/2004 [SR 0.831.109.268.1] und deren Anhang VII) sowie für den Entscheid der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt vom 9. Januar 2020 (Beilage zu act. 17).

E. 4

In Bezug auf die Verfügungen der Suva vom 20. November 1996 (act. 28 S. 34 bis 37; vgl. auch S. 31 bis 32) und 21. August 2010 (act. 23) ist in koordinationsrechtlicher Hinsicht weiter festzuhalten, dass die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem Einzelfall selbstständig vorzunehmen haben. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrads des Unfallversicherers bzw. der IV-Stelle begnügen (BGE 126 V 288 E. 2d). Der koordinationsrechtliche Gesichtspunkt hat sodann dadurch an Bedeutung verloren, dass nach BGE 131 V 362 die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung entfaltet. Dasselbe gilt auch in umgekehrter Hinsicht (BGE 133 V 549 E. 6). Aufgrund dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung war die Vorinstanz beim Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2018 grundsätzlich nicht an die durch die Suva vorgenommene Invaliditätsbemessung gebunden. Da die Invaliditätseinschätzung der Suva lediglich die natürlich und adäquat kausalen gesundheitlichen und erwerblichen Unfallfolgen berücksichtigt hatte, ist im Folgenden mit

Blick auf den finalen Charakter der IV insbesondere auch zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer zusätzliche krankheitsbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen und ob bzw. in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt die Gesamtheit der gesundheitlichen Einschränkungen allenfalls zu einer rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeit geführt haben.

E. 5

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.1). In Anwendung dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung bilden im vorliegenden Fall zeitliche Referenzpunkte einerseits der 25. Juli 1996 (act. 24 S. 5 bis 6; Datum der letzten rechtskräftigen Verfügung, welcher eine rechtsgenügende materielle Beurteilung zu Grunde lag) und andererseits der 6. Februar 2018 (act. 101; Datum der vorliegend angefochtenen Verfügung).

E. 5.1

Wie aus dem Arbeitsprotokoll der damaligen IV-Regionalstelle für die berufliche Eingliederung Behinderter, (...), hervorgeht (act. 25 S. 18), stützte sich die Vorinstanz im Rahmen des Erlasses der Verfügung vom 25. Juli 1996 in medizinischer Hinsicht insbesondere auf den Bericht des Spitals M. _____ vom 27. Juli 1991 (act. 30 S. 1 und 2). In diesem Spitalbericht wurden ein akutes Atemnotsyndrom (ARDS) bei einem Polytrauma am 11. Juli 1991, Rippenserienfrakturen 8 bis 10 rechts, ein Pneumothorax mit einer Totalatelektase rechts, eine Lungenkontusion rechts, eine instabile Beckenfraktur mit Symphysensprengung (Fraktur des unteren Schambeinastes rechts, Sprengung des ISG rechts und Fraktur durch die Massa lateralis sacri links), ein Status nach einer Nephrektomie links am 11. Juli 1991 wegen einer Nierenruptur (bei multiplen Nierenzysten), ein Status nach Leberriß-Übernähung am 11. Juli 1991, ein Status nach Naht eines Mesenteriumeinrisses am 11. Juli 1991 sowie eine Commotio cerebri diagnostiziert. Weiter wurde ausgeführt, bei demissio [Anm. des Gerichts: Entlassung] hätten saubere und reizlose Wundverhältnisse bestanden. Der Versicherte sei abdominell beschwerdefrei gewesen. Im Rahmen der Rehabilitation sei er erst im Gehbad mobilisationsfähig gewesen.

E. 5.2

Im Zusammenhang mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2018 (act. 101) stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. I. _____, Fachärztin für Innere Medizin, vom 9. Oktober 2017 (act. 76) und 12. Januar 2017 (recte: 2018; act. 100). Diese sowie weitere medizinische Dokumente, welche Dr. med. I. _____ zur Verfügung gestanden hatten, sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen. Anhand dieser medizinischen Akten ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen (befristeten oder unbefristeten) Rentenanspruch hat resp. ob die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG (vgl. zum kumulativen Charakter von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG bspw. Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1) und Art. 28 Abs. 2 IVG erfüllt sind (vgl. E. 2.5 hiervor). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Rentenanspruch gemäss Art. 29 IVG

frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Aufgrund der Anmeldung vom 3. Februar 2017 (act. 42 bis 44) könnte dem Beschwerdeführer demnach frühestens ab August 2017 unter der Bedingung, dass die materiellen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG erfüllt sind (vgl. E. 2.6 hiervor), eine IV-Rente ausgerichtet werden.

E. 5.2.1

Dr. N._____, Facharzt für Lungenkrankheiten, führte in seinem Gutachten vom 5. Dezember 2013 (act. 87 S. 11 bis 18 resp. act. 97) zusammenfassend aus, beim Versicherten bestehe eine COPD Grad II nach GOLD mit partieller Reversibilität auf Broncholytika sowie ein mässiggradig ausgeprägtes Lungenemphysem. Ihm seien mittelschwere, fallweise auch schwere körperliche Arbeiten zumutbar. Die Arbeiten könnten im Gehen, Stehen oder Sitzen, im Freien und in geschlossenen Räumen verrichtet werden. Der Versicherte könne ohne längere Unterbrechung einen üblichen Arbeitstag verrichten. Von pulmonaler Seite müssten bestimmte Verrichtungen nicht ausgeschlossen werden, eine Vermeidung inhalativer Noxen wäre allerdings trotz weiterhin bestehendem Nikotinabusus zweckmässig. Bei nicht kalkülsüberschreitender Tätigkeit seien aus Sicht des Fachgebietes keine leidensbedingten zusätzlichen Krankenstände zu erwarten.

E. 5.2.2

Dr. O._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, stellte in seiner Expertise vom 5. Dezember 2013 (act. 87 S. 1 bis 10 resp. act. 96) keine fachärztlichen Diagnosen. Weiter brachte er zusammengefasst vor, aus nervenfachärztlicher Sicht würden keine Behinderungen und Funktionsausfälle verursacht. Bezüglich der Beschwerden im Bewegungsapparat bestünden keine Hinweise auf Funktionsstörungen peripherer Nerven oder Nervenwurzeln, sodass diese von orthopädischer Seite zu beurteilen seien. In psychiatrischer Hinsicht bestünden keine Hinweise auf eine depressive Störung oder Somatisierung. Bei der neurologischen Untersuchung sei eine Koordinationsstörung der Augen festgestellt worden. Die Abklärung habe keine Hinweise auf eine Erkrankung des zentralen Nervensystems ergeben. Insbesondere hätten sich auch keine Durchblutungsstörungen des Gehirns oder verletzungsbedingte Schädigungen ergeben. Im Jahr 1991 habe der Versicherte ein Polytrauma einschliesslich eines Schädel-Hirn-Traumas erlitten; dieses sei folgenlos ausgeheilt.

E. 5.2.3

Dr. P._____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, erwähnte in seinem Gutachten vom 13. Januar 2014 (act. 88 resp. 98) unter anderem eine geringe Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne beidseits, eine Diskopathie C5-7 mit breitbasigen Diskusprotrusionen, Neuroforamenstenosen C5-7 beidseits, beginnende Coxarthrosen, einen Verdacht auf Ankylose des rechten ISG, einen Zustand nach einer Fraktur der 10. und 11. Rippe rechts 2013 sowie einen Zustand nach einem Polytrauma 1991. Weiter führte er aus, durch die allseits als gering einzustufenden Pathologien sowohl an beiden Schultern als auch an der HWS und an beiden Hüften würden keine besonderen Behinderungen oder Funktionsausfälle verursachen. Durch das Polytrauma 1991 sei es langfristig zu einer Verblockung des rechten Kreuzdarmbeingelenkes gekommen, und es hätte auch die Symphyse versteift werden müssen. Diese beiden Veränderungen führten jedoch zu keiner wesentlichen Funktionseinschränkung des Beckenrings. Unter Berücksichtigung der

leichten coxarthrotischen Veränderungen an beiden Hüften sollten jedoch überwiegend in der Hocke stattfindenden Arbeiten vermieden werden. Vereinzelt Arbeiten in der Hocke seien jedoch zumutbar. Mit Rücksicht auf den bestehenden Gesundheitszustand könne der Versicherte seit 1. April 2013 schwere, mittelschwere und leichte Arbeiten 8 Stunden ohne längere als die üblichen Unterbrechungen verrichten. Aus orthopädischer und auch aus gesamtgutachterlicher Sicht sei nicht mit leidensbedingten Krankenständen zu rechnen.

E. 5.2.4

Gemäss dem Bericht von Dr. Q._____ vom Institut R._____ vom 8. April 2016 (act. 91) wurde anlässlich der MRT des linken Sprunggelenks eine leichte Verdickung der Achillessehne festgestellt. Eine relevante Peritendinitis und Knochenödem fand sich ebenso wenig wie ein Erguss in der Bursa achillea. Das Ergebnis lautete auf eine distale Achillestendopathie ohne relevante Ruptur oder Peritendinitis.

E. 5.2.5

Dr. S._____, Facharzt für Unfallchirurgie, nahm in seinem Gutachten vom 25. März 2017 (act. 85 resp. 92) eine "Kausalitätsüberprüfung der Operation vom Februar 2016 (AC-Gelenksarthrose links mit arthroskopischer subacromialer Dekompression und lateraler Clavicula-Resektion zum Ereignis aus dem Jahr 2013" vor. Weiter berichtete Dr. S._____, in den vorliegenden Röntgenbildern vom 4. und 12. März 2013 habe sich bereits zum damaligen Zeitpunkt eine deutliche Arthrose des linken Schultergelenks gezeigt. Dies sei auch bereits im Gutachten von Dr. T._____ vom 1. März 2014 als Vorverletzung bzw. -erkrankung und Vorinvalidität berücksichtigt worden. Die darauffolgenden Operationen vom 3. Februar und 27. Juli 2016 seien daher als nicht unfallkausal zum Unfall vom 2. März 2013 bei unfallvorbestehender AC-Gelenksarthrose links zu werten.

E. 5.2.6

Dr. H._____, Facharzt für Orthopädie, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 4. April 2017 (act. 49) als Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit eine Lumbalgie, ein Impingementsyndrom der linken Schulter bei einem Zustand nach zweimaliger Operation im Jahr 2016, eine Gonalgie links sowie einen Zustand nach einer Sprunggelenksfraktur links im Januar 2017. Weiter berichtete Dr. med. H._____, zusammenfassend seien dem Versicherten leichte bis mittelschwere körperliche Belastungen zumutbar. Einschränkungen bestünden bezüglich der Arbeitshaltung und gegenüber bestimmten Zwangshaltungen.

E. 5.2.7

Dr. K._____, Facharzt für Lungenkrankheiten, fasste in seinem Bericht vom 9. März 2017 (act. 50) zusammengefasst aus, beim Versicherten bestehe eine COPD im Stadium III mit deutlich verschlechterter Lungenfunktion gegenüber einem Vorbefund aus dem Jahre 2011. Radiologisch zeigten sich ältere Rippenfrakturen sowie einzelne narbige Residuen.

E. 5.2.8

Gemäss Bericht der Krankenhäuser U._____ vom 18. April 2017 (act. 93) wurde beim Versicherten am 12. Januar 2017 eine "Weber B Fraktur OSG rechts" diagnostiziert. Der Versicherte erhielt einen Unterschenkelspaltgips für 6 Wochen und wurde mit Krücken entlassen.

E. 5.2.9

Dr. J. _____ wies in seinem Arztbericht vom 6. Juni 2017 (act. 48) auf die "unsererseits" durchgeführte orthopädische Fachbegutachtung durch Dr. H. _____ hin und führte weiter aus, lungenärztlich bestehe beim Versicherten eine COPD im Stadium III bei anhaltendem chronischen Nikotinabusus. Aus allgemeinärztlicher Sicht ergäben sich Einschränkungen entsprechend dem umliegenden Gesamtleistungskalkül. Der Zustand habe sich verschlechtert. Es seien noch ständig leichte Arbeiten ohne besonderen Zeitdruck möglich. Weiter formulierte Dr. med. J. _____ ein umfassendes Leistungskalkül und attestierte unter anderem für leichte bis mittelschwere, ständig sitzende und/oder gehende, überwiegend gehende Arbeiten mit normalem Arbeitstempo ein vollschichtiges "Fähigkeitsprofil".

E. 5.2.10

In ihrem Bericht vom 9. Oktober 2017 (act. 76) nahm Dr. med. I. _____, Fachärztin für Innere Medizin, vom RAD Bezug auf den ausführlichen Arztbericht von Dr. J. _____ vom 6. Juni 2017 (act. 48) und berichtete, die von diesem erwähnte Verschlechterung und die Beurteilung, es seien nur noch leichte Arbeiten ohne besonderen Zeitdruck möglich, könnten nicht nachvollzogen werden. Im Leistungsprofil seien dann doch vollschichtig leichte bis mittelschwere, vor allem sitzende und stehende, überwiegend gehende Tätigkeiten ohne inhalatorische Belastung möglich. Die vorgelegten Veränderungen seien wohl vorhanden und entsprächen auch dem erwarteten Verlauf der COPD. Nach dem Trauma von 1991 persistierten die schon vorbekannten Beschwerden. Die im Januar 2017 erlittenen Frakturen würden wieder verheilen und keine Beschwerden hinterlassen, welche das Gesamtbild verändern würden. Weiterhin sei eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit möglich. Inhalative Noxen, längere Gehstrecken und Zwangshaltungen des Rückens und der Knie, langes Stehen, erhöhte Belastung der Schultern und Arbeiten über Schulterhöhe sollten vermieden werden. Eine substantielle Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich aus den Unterlagen nicht ableiten.

E. 5.2.11

In ihrer Stellungnahme vom 12. Januar 2017 (recte: 2018; act. 100) listete Dr. med. I. _____ die vorstehend zusammengefasst wiedergegebenen Gutachten und Berichte resp. die darin enthaltenen Diagnosen grösstenteils auf. Sie vertrat die Auffassung, dass sich aus diesen vorgelegten Unterlagen keine neuen Aspekte ergeben würden, welche zu einem anderen Schluss führten als in der Stellungnahme vom 9. Oktober 2017. Der Versicherte sei sehr gut abgeklärt.

E. 5.2.12

Dr. V. _____, Facharzt für Orthopädie, führte in seinem Gutachten vom 22. Januar 2018 (Beilage zu B-act. 1 bzw. 3) zur Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung zusammenfassend aus, dieser betrage 70 %. Im Vordergrund stehe eine eingeschränkte Lungenfunktion bei bekannter COPD Grad III. Unter der laufenden medikamentösen Therapie zeige sich anamnestisch ein stabiler Befund. Durch die teilweise degenerativen und posttraumatischen Leiden am Bewegungsapparat und der bekannten Nephrektomie links komme es aufgrund der Ausprägung der einzelnen Leiden und teilweisen Wechselwirkung insgesamt zur Steigerung um 2 Stufen. Als gesundheitliche Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten erwähnte Dr. V. _____ neu aufgetretene Beschwerden der HWS, eine Verschlechterung der vorbestehenden COPD sowie Beschwerden am Knie,

die keine relevante Einschränkung zeigten. Der Versicherte könne trotz seiner Funktionsbeeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf einem geschützten Arbeitsplatz oder in einem integrativen Betrieb einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

E. 5.3

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 hiervor), kann auf Stellungnahmen von Fachärztinnen und -ärzten des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass deren Beurteilungen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (resp. an ein Gutachten) genügen und zudem die beigezogenen Ärztinnen und Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Den Stellungnahmen resp. Berichten im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG von Dr. med.

I. _____ kann volle Beweiskraft zukommen, wenn die übrigen, von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. Daran besteht im vorliegenden Fall grundsätzlich kein Zweifel, obwohl retrospektive Beurteilungen der Arbeits(un)fähigkeit schwierig sind und deshalb entsprechende Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen müssen (vgl. Urteil des BVGer C-8902/2010 vom 14. März 2013 E. 5.2.1 mit Hinweisen). Dr. med. I. _____ standen Informationsquellen in Form von Arztberichten der behandelnden Ärzte und Anamnesen zur Verfügung. Ihre Stellungnahmen berücksichtigten einerseits die Leiden des Beschwerdeführers und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben, andererseits sind die Beurteilungen der medizinischen Situation in somatischer Hinsicht und die entsprechenden Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dass Dr. med. I. _____ über keinen Facharzttitel auf den Gebieten der Orthopädie, der Orthopädischen Chirurgie, der Pneumologie und/oder der Neurologie und Psychiatrie verfügt, vermag daran nichts zu ändern. Sie verfügt mit Blick auf die beim Beschwerdeführer vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen über ausreichend Fachwissen, um eine überzeugende, schlüssige und somit rechtsgenüßliche Beurteilung abgeben zu können, zumal ihr zahlreiche fachärztliche Berichte und Gutachten zur Verfügung standen, die auch der freien Beweiswürdigung des Gerichts unterliegen (vgl. Urteil des BVGer C-6398/2009 vom 18. Mai 2012 E. 2.1; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Auf das Einholen von weiteren Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzte konnte und kann unter diesen Umständen verzichtet werden (zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1).

E. 5.3.1

In psychisch-psychiatrischer Hinsicht ist vorab festzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung medizinische Abklärungen beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beschwerden zwar interdisziplinär (vgl. hierzu Urteil 8C_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen) und - im Zusammenhang mit der Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag - anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 und BGE 141 V 281 E. 4.1) zu erfolgen haben. Auf entsprechende Abklärungen konnte jedoch aus den folgenden Gründen verzichtet werden: Dr. O. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, hatte in seiner Expertise vom 5. Dezember 2013 keine nervenfachärztlichen Diagnosen gestellt (vgl. E. 5.2.2 hiervor). Zwar mangelt es diesem Gutachten zufolge des Zeitablaufs mittlerweile an Aktualität. Dieser Umstand ändert jedoch nichts daran, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der vorliegenden Akten entgegen seinen Vorbringen keine relevanten psychischen

Beschwerden vorliegen. Einerseits führte Dr. J. _____ in seinem ausführlichen ärztlichen Bericht vom 6. Juni 2017 zum seelischen Zustand was folgt aus act. 48 S. 3): "In der Stimmung und im Affekt indifferent, im Antrieb nicht reduziert, keine formalen od. inhaltlichen Denkstörungen, Aufmerksamkeit und Konzentration gegeben, beklagt seine orthopädischen und seine lungenärztlichen Beschwerden, einer psychovegetativen Dekompensation nicht erkennbar nahestehend". Darüber hinaus stellte auch Dr. V. _____ in seiner Expertise vom 22. Januar 2018 (Beilage zu B-act. 1 bzw. 3) einen unauffälligen Psychostatus fest. Andererseits beklagte der Beschwerdeführer selber Dr. O. _____ gegenüber keinerlei psychische Beeinträchtigungen, sondern vielmehr bloss insbesondere Nackenschmerzen, LWS-Beschwerden und belastungsabhängige Knieschmerzen beidseits und zunehmende belastungsabhängige Atembeschwerden. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer auch gegenüber den Dres. H. _____, S. _____ und V. _____ keinerlei Beeinträchtigungen in psychischer Hinsicht geltend machte und offensichtlich auch keine Hinweise auf solche vorhanden waren, da sie ärztlicherseits nicht diskutiert wurden (act. 49 S. 2, 50 [Bericht von Dr. K. _____ vom 9. März 2017] und 85 S. 4 sowie Beilage zu B-act. 1 bzw. 3). Da sich in den medizinischen Akten demnach keine Anhaltspunkte für ein psychisches Leiden mit Krankheitswert finden lassen, kann auf den (erneuten) Beizug eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie resp. auf eine (erneute) entsprechende Begutachtung von vornherein verzichtet werden (vgl. hierzu Urteil des EVG I 316/99 E. 3b vom 28. August 2000 mit weiteren Hinweisen).

E. 5.3.2

In pulmonaler Hinsicht ergibt sich weiter, dass Dr. N. _____, Facharzt für Lungenkrankheiten, in seinem Gutachten vom 5. Dezember 2013 (act. 87 S. 11 bis 18 resp. act. 97) eine COPD Grad II nach GOLD mit partieller Reversibilität auf Broncholytika sowie ein mässiggradig ausgeprägtes Lungenemphysem festgestellt hatte (vgl. E. 5.2.1 hiervor). Mit Blick auf den Bericht von Dr. K. _____, Facharzt für Lungenkrankheiten, vom 9. März 2017 (act. 50), wonach beim Versicherten eine COPD im Stadium III mit deutlich verschlechterter Lungenfunktion gegenüber einem Vorbefund aus dem Jahre 2011 bestehe (vgl. E. 5.2.7 hiervor), liegt ohne Zweifel eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in rein pulmonaler Hinsicht vor. Aufgrund der Ausführungen von Dr. J. _____ in dessen Bericht vom 6. Juni 2017 (act. 48; E. 5.2.9 hiervor) und Dr. V. _____ in dessen Gutachten vom 22. Januar 2018 (Beilage zu B-act. 1 bzw. 3; E. 5.2.12 hiervor) ergeben sich zufolge der COPD im Stadium III bei anhaltendem chronischen Nikotinabusus (Nikotinstopp im Juli 2017 [Beilage zu B-act. 1 S. 3 unten]) zwar gewisse Einschränkungen, können doch dem Versicherten gemäss Dr. V. _____ - im Gegensatz zu vorwiegend sitzenden (mit gelegentlichem Aufstehen und Umhergehen) - stehende Tätigkeiten nicht mehr uneingeschränkt zugemutet werden. Das von Dr. J. _____ bzw. Dr. H. _____ im Bericht vom 4. April 2017 (act. 49; vgl. E. 5.2.6 hiervor) formulierte Leistungskalkül ist demnach insofern zu relativieren, als stehende und überwiegend gehende Tätigkeiten nicht mehr, leichte bis mittelschwere und vor allem sitzende Tätigkeiten ohne inhalatorische Belastung jedoch noch immer vollschichtig möglich sind. Mit Blick auf die nachvollziehbare Beurteilung von Dr. med. I. _____ ergibt sich schliesslich auch, dass die ebenfalls von Dr. J. _____ gemachten abweichenden Ausführungen, wonach nur noch leichte Arbeiten ohne besonderen Zeitdruck möglich seien, nicht rechtsgenügend nachvollziehbar sind.

E. 5.3.3

Betreffend die Gesundheitsbeeinträchtigungen aus rein orthopädischer Sicht ergibt sich weiter, dass aufgrund des Gutachtens von Dr. P._____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, vom 13. Januar 2014 (act. 88 resp. 98; vgl. E. 5.2.3 hiervor) die allseits als gering einzustufenden Pathologien sowohl an beiden Schultern als auch an der HWS und an beiden Hüften keine besonderen Behinderungen oder Funktionsausfälle verursachten und die Veränderungen (Verblockung des rechten Kreuzdarmbeingelenkes und Versteifung der Symphyse) zu keiner wesentlichen Funktionseinschränkung des Beckenrings führten. Dr. P._____ war der nachvollziehbaren Auffassung, dass dem Beschwerdeführer die Verrichtung von schweren, mittelschweren und leichten Arbeiten 8 Stunden ohne längere als die üblichen Unterbrechungen zumutbar sei. Daran hat sich mit Blick auf die schlüssige und überzeugende Expertise von Dr. H._____, Facharzt für Orthopädie, vom 4. April 2017 (act. 49; vgl. E. 5.2.6 hiervor) insofern nichts geändert, als dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung noch immer - unter Beachtung der Einschränkungen (Arbeitshaltung bzw. gewisse Zwangshaltungen) - leichte bis mittelschwere körperliche Belastungen zumutbar waren, was im Übrigen mit der Beurteilung von Dr. V._____ in dessen Gutachten vom 22. Januar 2018 nicht in Widerspruch steht.

E. 5.4

Nach dem vorstehend Dargelegten ergibt sich zusammenfassend, dass der rechtserhebliche Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt wurde (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG) und sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der vorliegenden Aktenlage und mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) schlüssig und zuverlässig beurteilen lässt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.9 hiervor), weshalb sich entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers weitere medizinische Abklärungen erübrigen. Zwar verschlechterte sich dessen Gesundheitszustand zwischen dem 25. Juli 1996 und dem 6. Februar 2018 (vgl. E. 5. hiervor) insbesondere in pulmonologischer Hinsicht. In Gesamtwürdigung der vorliegenden Expertisen und Berichte von Dr. med. I._____ vom 9. Oktober 2017 (act. 76; E. 5.2.10 hiervor) und 12. Januar 2018 (act. 100; E. 5.2.11 hiervor) ist jedoch davon auszugehen, dass auch die im Januar 2017 erlittenen Frakturen nicht zu einer langandauernden, rentenbegründenden Invalidität führten und dem Beschwerdeführer unter Beachtung der Einschränkungen (Vermeidung von inhalativen Noxen, längeren Gehstrecken und Zwangshaltungen des Rückens und der Knie, stehenden und überwiegend gehenden Tätigkeiten, erhöhter Belastung der Schultern und Arbeiten über Schulterhöhe) leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten zumutbar sind. Es ist demnach davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer keine wesentliche gesundheitliche, rentenbegründende Änderung eingetreten ist und die Anspruchsvoraussetzungen gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b und c IVG nicht erfüllt sind.

E. 6

In der zuletzt bis Juni 2016 ausgeübten Arbeit als Filialleiter in einer Metzgerei (act. 48 S. 1 und 2; vgl. Bst. A.e hiervor) hatte der Beschwerdeführer eine Vorbild- und Vorgesetztenfunktion, welche erfahrungsgemäss beispielsweise die Disponierung, Bestellung, Prüfung und Auslage von Fleisch- und Wurstwaren und allenfalls die Einsatzplanung von weiterem Personal, die Planung und Überwachung des Inventars sowie allgemeine Büroarbeiten beinhaltet. Da demnach auszuschliessen ist, dass die Arbeit als

Metzgereifilialeiter eine körperlich schwere, ausschliesslich stehende und überwiegend gehende Tätigkeit darstellt, kann darauf verzichtet werden, beim letzten Arbeitgeber ein detailliertes Stellenprofil resp. Pflichtenheft einzuholen. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass diese Tätigkeit dem von Dr. med. I. _____ im Bericht vom 9. Oktober 2017 (act. 76; E. 5.2.10 und E. 5.4 hiervor) formulierten Zumutbarkeitsprofil entspricht. Da der Beschwerdeführer unter Beachtung dieses Profils somit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweisungstätigkeit zu 100 % arbeits- und erwerbsfähig ist, ergibt bereits ein Prozentvergleich einen rentenausschliessenden IV-Grad von 0 % (zum Verzicht auf einen bezifferten Einkommensvergleich bzw. zur Zulässigkeit des Prozentvergleichs vgl. Urteil des BGer 9C_785/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 7

Schliesslich ergeben sich aus den vorliegenden Akten keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage wäre, einer regelmässigen, seinen Funktionsstörungen angepassten Arbeit nachzugehen. Da er seine Erwerbsfähigkeit durch die Aufnahme einer zumutbaren, leidensadaptierten Verweisungstätigkeit wiederherstellen könnte, ist auch die Anspruchsvoraussetzung gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG nicht erfüllt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die vom Beschwerdeführer zu fordernde, gegenüber der beruflichen Eingliederung vorrangige Selbsteingliederung (vgl. hierzu BGE 113 V 22 E. 4a S. 28; SVR 2007 IV Nr. 1 S. 3 E. 5.1) direkt zur rentenausschliessenden arbeitsmarktlichen Verwertbarkeit des funktionellen Leistungsvermögens führt, weshalb von der Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen abgesehen werden konnte (vgl. hierzu bspw. Urteile des BVGer C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 6.2.2 und C-3191/2012 vom 8. August 2013 E. 4.1 mit Hinweisen; vgl. hierzu auch Urteile des BGer 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2 mit Hinweisen und 9C_726/2011 vom 1. Februar 2012 E. 5.2).

E. 8

Betreffend das Gutachten der medizinischen Gutachtenszentrum W. _____ GmbH vom 21. Dezember 2018 (Beilage zu B-act. 16 S. 5 Ziffer 16 [Entscheid der liechtensteinischen Invalidenversicherung] ist abschliessend festzuhalten, dass diese nach Verfügungserlass vom 6. Februar 2018 erstellte Expertise im vorliegenden Beschwerdeverfahren unberücksichtigt zu bleibenden hat (vgl. hierzu BGE 130 V 138 E. 2.1). Dem Beschwerdeführer steht es jedoch frei, sich mit Blick auf die von den Gutachtern aufgrund der orthopädischen Einschränkungen attestierte Teilarbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Filialeiter einer Metzgerei neu anzumelden.

E. 9

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ergibt sich zusammenfassend, dass die materiellen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG nicht erfüllt sind (vgl. E. 2.6 und 5.4 hiervor) und die Vorinstanz den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 6. Februar 2018 erweist sich demnach als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 8. März 2018 als unbegründet abzuweisen ist.

E. 10

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

E. 10.1

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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

E. 10.2

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