

BVGer C-5433/2010 vom 8. März 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5433_2010

FR: TAF C-5433/2010 du 8 mars 2013

IT: TAF C-5433/2010 del 8 marzo 2013

Regeste

Invalidenversicherung (IV)

Erwägungen

E. 1

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IVSTA vom 13. Juli 2010, mit welcher das Gesuch um Ausrichtung einer Rente der schweizerischen Invalidenversicherung vom 6. Juli 2009 abgewiesen wurde.

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befindet (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

E. 1.2

Nach Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer, der am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hat, ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist italienischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland, weshalb vorliegend das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der

Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Noch keine Anwendung finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit 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.

E. 2.2

Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens - unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität - sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), dem ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11). Noch keine Anwendung findet vorliegend 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. 2.3

Gemäss Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Mitgliedstaates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Italien und der Schweiz (ebenso wie das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist. Gemäss Art. 40 der Verordnung Nr. 574/72 hat der Träger eines Mitgliedstaates aber bei der Bemessung des Invaliditätsgrades die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie Auskünfte der Verwaltung zu berücksichtigen, soweit sie rechtsgenügend ins Verfahren eingebracht werden (vgl. Art. 32 VwVG). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind folglich 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; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D).

E. 2.4

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst.

dbis VwVG]). Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2; vgl. auch Art. 53 Abs. 2 VGG).

E. 2.5

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen materiell-rechtlichen Bestimmungen anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 103 V 329 und BGE 130 V 445). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 13. Juli 2010) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

E. 2.6

Vorliegend finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 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 (für 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 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008) nichts geändert, weshalb nachfolgend auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 3

Im Folgenden werden für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wesentliche Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelte Grundsätze dargestellt.

E. 3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). 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 (vgl. 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 (vgl. Art. 7 ATSG). Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a und BGE 102 V 165). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern - wenn erforderlich - auch in zumutbaren andern Bereichen, in sog. Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

E. 3.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen und der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Den Akten kann entnommen werden, dass bei frühestmöglichem Anspruchsbeginn die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt war.

E. 3.3

Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG [4. IV-Revision] respektive Art. 28 Abs. 2 IVG [5. IV-Revision]). Gemäss Art. 28 Abs. 1ter IVG 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, was für Staaten der EU der Fall ist.

E. 3.4

Der Rentenanspruch nach Artikel 28 entsteht nach den Vorschriften der 4. IV-Revision frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (Art. 29 Abs. 1 Bst. a IVG [4. IV-Revision, AS 2003 3837]) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG [4. IV-Revision]). Nach den Bestimmungen der 5. IV-Revision haben Anspruch auf eine

Rente Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG [5. IV-Revision]).

E. 3.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

E. 3.6

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD) zur Verfügung (Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und 3 IVG).

E. 3.7

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

E. 3.7.1

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.7.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen,

die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212).

E. 3.7.3

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3.7.4

Bezüglich 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 der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 3.7.5

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 3.7.6

Auf Stellungnahmen eines RAD oder der ärztlichen Dienste kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht

genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2009 E. 2.1, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der Regionalärztliche Dienst (RAD) - respektive analog der Medizinische Dienst - 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 ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, 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 Bundesgerichts vom 14. Juli 2009 [9C_323/2009] E. 4.3.1 sowie vom 14. November 2007 [I 1094/06] E. 3.1.1, beide mit Hinweisen).

E. 4

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht mangels anspruchsbegründender Invalidität abgewiesen hat, was vom Beschwerdeführer bestritten wird.

E. 4.1

Den Akten sind aus medizinischer Sicht im Wesentlichen folgende Beurteilungen zu entnehmen: - Am 9. März 2006 rutschte der Beschwerdeführer auf vereistem Boden aus und zog sich Prellungen und Verstauchungen des rechten Handgelenks, Ellenbogen und Schulter zu (act. IVSTA 10/2, act. IVSTA 23 und 24). - Am 30. Dezember 2003 diagnostizierten Dr. Aa. _____ und Dr. Ba. _____ der Beschwerdeführer leide an Divertikulose des Darmes (act. IVSTA 19). - Dr. med. Ca. _____ hielt am 28. November 2005 fest, der Beschwerdeführer leide an arterieller Hypertonie mit mässiggradiger hypertensiver Herzerkrankung und Adipositas (act. IVSTA 21). Die klinische Symptomatik im Alltag sei überwiegend Folge überhöhter Blutdruckwerte. Überraschenderweise gäbe es beim Belastungs-EKG deutliche pectanginöse Beschwerden ohne signifikante ischämietypische Sinustachykardie-Senkungen, jedoch mit vegetativ endokrinem Syndrom (VES) unter Belastung. Somit könne eine koronare Herzkrankheit letztlich nicht ausgeschlossen werden. Echokardiographisch zeige sich das Bild einer mässig ausgeprägten hypertensiven Herzerkrankung. Zur sicheren Beurteilung des Koronarstatus, nicht zuletzt da der Beschwerdeführer Busfahrer sei, sei ihm eine invasive Abklärung empfohlen worden. - Im Kurzarztbericht von Dr. med. Da. _____ vom 21. Dezember 2005 wurde ein hyperkeratotisch-rhagadisches Handekzem festgestellt (act. IVSTA 22). - Dr. med. Ea. _____ berichtete am 9. und 23. November 2006 der Beschwerdeführer leide an eitriger Bronchitis durch *Serratia marcescens*, entgleistem Diabetes mellitus Typ II b, koronarer Herzkrankheit, arteriellem Hypertonus, Adipositas, Divertikulose des Darmes und Sioforunverträglichkeit (act. IVSTA 26 und 29). - Dr. med. Fa. _____ und Dr. med. Ga. _____ hielten am 22. November 2006 fest, der Beschwerdeführer leide an Thoraxschmerzen, Differenzialdiagnose vertebragen, Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, Adipositas, Sioforunverträglichkeit und Colondiverticulose (act. IVSTA 28). Ein Anhalt für eine koronare Herzkrankheit ergäbe sich aus den durchgeführten

Untersuchungen nicht. - Dr. med. Ia. _____ berichtete am 28. November 2006, der Beschwerdeführer leide an Adipositas, Diabetes mellitus Typ II und Metforminunverträglichkeit (act. IVSTA 30). - Dr. med. Ha. _____ und Dr. med. Ka. _____ erklärten am 4. Dezember 2006 gestützt auf Röntgenaufnahmen, der Beschwerdeführer habe Bronchitis (act. IVSTA 31), Relativer Zwerchfellhochstand beidseits mit etwas breitbasig aufliegendem normal grossem Herzen ohne vitientypische Konfiguration, altersentsprechendes Gefässband, normal breites Mediastinum, regelrecht auffasernder Lungenhilus, keine frischen entzündlichen Lungeninfiltrate, keine Ergussbildung, leichte degenerative Brustwirbelsäulen-Veränderung. - Kurzarztbericht von Dr. med. Da. _____ vom 27. Dezember 2006 in welchem das Kontaktexzem des Beschwerdeführers aufgeführt wurde (act. IVSTA 34) - Dr. med. La. _____ diagnostizierte am 29. Dezember 2006 sternocostale Beschwerdesymptomatik, kein Anhalt für kardiale Grunderkrankung, Zustand nach invasivem Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit 2005, inkompletter Rechtsschenkelblock. Kardiovaskuläre Risikofaktoren seien insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie, Adipositas Grad II (act. IVSTA 35). - Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 5. April 2007 berichteten Dr. med. Ma. _____ und Dr. med. Na. _____, der Beschwerdeführer leide an Diabetes mellitus Typ II, Insulin seit Oktober 2006, arterielle Hypertonie, Adipositas, Wirbelsäulensyndrom, Gonalgie links stärker als rechts (act. IVSTA 36). Der Patient sei arbeitsfähig entlassen worden. Als Busfahrer könne er unter Insulintherapie nicht mehr arbeiten. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er mittelschwere Arbeiten ohne ständiges Stehen oder Gehen, ohne Nachtschicht, ohne Akkord, ohne Steigen auf Leitern und Gerüste, ohne schweres Heben und ohne Belastung durch Chrom durchführen. Bei der Reha-Beratung seien dem Patienten Eingliederungshilfen von der DRV Baden-Württemberg in Aussicht gestellt worden. - Dr. med. Ia. _____ berichte am 24. Juli 2007, der Patient leide an Adipositas Diabetes mellitus Typ II, Divertikulose und chronischer Hyperglykämie (act. IVSTA 38). - Im Kurzarztbericht von Dr. med. Pa. _____ vom 12. Dezember 2007 wurde ein Brustwirbelsäulen-Syndrom mit multietageren Halswirbelsäulen- und Brustwirbelsäulen-Blockaden festgestellt (act. IVSTA 39). - Dr. med. Ia. _____ diagnostizierte am 1. Juli 2008 Diabetes mellitus Typ II - Adipositas und Medikamentenunverträglichkeit für Metformin und Pioglitazon (act. IVSTA 41) - Dr. med. Qa. _____ führte am 17. November 2008 eine Magnetresonanztomographie des Kniegelenks durch und stellte deutliche Chondromalazia mit ossärem Stresssignal median sowie Knorpelausdünnung patellar und der korrespondierenden femoralen Gleitbahn fest, geringer Gelenkerguss, degenerative Veränderungen des Innenmeniskus und Aussenmeniskus im Bereich der Pars intermedia und des Hinterhorns, Aussenmeniskus mit Verdacht auf Beteiligung der Meniskusunterfläche am Übergang der Pars intermedia zum Hinterhorn als Hinweis auf eine fokale Rissbildung (act. IVSTA 42). - Im Arztbericht vom 6. Januar 2009 wurden bei der Untersuchung des Augenhintergrundes keine sichtbaren diabetischen Veränderungen festgestellt (act. IVSTA 43). - Dr. med. Ia. _____ diagnostizierte am 8. April 2009 und am 8. Mai 2009 chronische Hyperglykämie bei Adipositas und Insulinresistenz, Diabetes mellitus Typ II jetzt insulinpflichtig, BOT-Therapiebeginn, Sigmadivertikulose - Metforminunverträglichkeit, Pioglitazonunverträglichkeit und Schlafapnoesyndrom (act. IVSTA 45 und 46). - Dr. med. Sa. _____ und Dr. med. Ta. _____ bestätigten am 15. Mai 2009, der Beschwerdeführer leide an einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom (act. IVSTA 47). - Dr. med. Ua. _____ untersuchte am 29. Mai 2009 eine Gewebeprobe von der linken grossen Zehe des

Beschwerdeführers und stellte fest, dass es sich um ein kavernoöses Hämangiom handle (act. IVSTA 48). - Dr. med. Va._____ berichtete am 5. Juni 2009, der Beschwerdeführer habe Chondropathia patellae beidseits und kavernoöses Hämangiom bei der linken Grosszehe (act. IVSTA 49). - Im ausführlichen ärztlichen Bericht vom 14. September 2009 (E 213, act. IVSTA 52) diagnostizierte Dr. med. Wa._____ beim Beschwerdeführer eine insulinpflichtige Zuckerkrankheit bei Adipositas II mit initialer Polyneuropathie, optimierungsbedürftig, grenzwertiger Blutdruck (1), Retropatellararthrose beidseitig mit Belastungsbeschwerden links, Retinakulumspaltung beidseitig erfolgte (2), rezidivierende Blockaden der Wirbelsäule ohne radikuläres Defizit bei Fehlstatik (3), hyperkeratonisch-rhagadiformes Ekzem der Hände und Füsse, als Berufskrankheit anerkannt, Minderung der Erwerbsfähigkeit um 30% bei allergischer Disposition (4). An Funktionseinschränkungen sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer bei der nicht optimalen Zuckerstoffwechsellage derzeit keine Tätigkeit als LKW-Fahrer oder Busfahrer ausüben könne. Hier sei eine Optimierung der Stoffwechsellage z.B. im Rahmen einer medizinischen Reha-Massnahme angezeigt, wo auch Gewichtsreduktion erfolgen könne. Leichte bis zeitweise mittelschwere Tätigkeiten ohne häufiges Klettern und Steigen, Knien und Hocken, ohne häufige Zwangshaltungen, ohne häufiges Heben und Tragen über 10 bis 15kg in Tages- und Wechselschicht, ohne besonderen Zeitdruck, ohne Hautreizstoffe, Nässe, Kälte, Allergene seien mindestens 6-stündig möglich. Dies wäre z.B. in der Tätigkeit eines Übersetzers der Fall, was der Beschwerdeführer derzeit als Minijob ausübe. Für die Tätigkeit eines Haustechnikers würde eine erhebliche Gefährdung bestehen, da hier erhebliche Stressbelastungen und unregelmässige Arbeitszeiten vorliegen würden. - Im Kurzarztbericht von Dr. med. Hb._____, Hausarzt, vom 27. Mai 2010 und 27. Juni 2010 wurden die bereits bekannten Diagnosen aufgeführt und festgehalten, der Beschwerdeführer könne keine 3 Stunden täglich arbeiten (act. IVSTA 70 und 71). - Die Dres. med. Xa._____, Na._____ und Oa._____ berichteten am 25. Februar 2010, der Beschwerdeführer leide an Diabetes mellitus Typ II, Adipositas, arterieller Hypertonie, hyperkeratotisch-rhagadiformem Ekzem, Wirbelsäulensyndrom, Verdacht auf Retropatellararthrose beidseits. Divertikulose (act. IVSTA 76). Der Beschwerdeführer sei aus internistischer Sicht arbeitsfähig für bis zu mittelschweren Arbeiten, vollschichtig ohne ständiges Stehen und Gehen, ohne Nachtschicht, Akkord, schweres Heben und häufiges Knien, ohne Kontaktallergene für Hände und Füsse.

E. 4.2

Die Vorinstanz legte die medizinischen Akten ihrem regionalen ärztlichen Dienst, Dr. med. Gb._____, vor, welcher in seinen Stellungnahmen vom 20. März 2010 (act. IVSTA 56), 8. April 2010 (act. IVSTA 58) und 8. Juli 2010 (act. IVSTA 79) als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Diabetes mellitus und als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Retropatellararthrose festhielt. Die Nebendiagnose Adipositas habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei in einer Verweisungstätigkeit zu 100% arbeitsfähig für leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne ständiges Stehen und Gehen, ohne Nachtschicht, ohne schweres Heben und häufiges Knien. Als Beginn der langdauernden Krankheit sei der 8. April 2009 (Datum des Berichts von Dr. Ia._____) zu betrachten.

E. 4.3

Zusammen mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer einen sich noch nicht bei den Akten befindenden Arztbericht von Dr. med. Va._____ vom 23. Juli 2010 ein, in

welchem Femoropatellararthrose beidseits, aktivierte Spondylarthrose der Brustwirbelsäule, Unkovertebralarthrosen der Halswirbelsäule, Muskelspannungsstörungen der Paravertebralmuskulatur diagnostiziert wurden (act. BVGer 1/1). Eine stationäre Rehabilitation für den Stütz- und Bewegungsapparat sei indiziert.

E. 4.4

Die Vorinstanz legte die bekannten Arztberichte sowie den neuen Arztbericht vom 23. Juli 2010 ihrem ärztlichen Dienst vor. Dr. med. Ib. _____ hielt am 5. Dezember 2010 fest (act. IVSTA 89), die vorliegenden Arztberichte würden übereinstimmende Diagnosen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beschreiben. Der ärztliche Dienst der IV habe sich diesen Beurteilungen angeschlossen und es gebe keinen Grund, von dieser Beurteilung abzuweichen. Diese Beurteilungen würden mit den kurzen Mitteilungen des Hausarztes vom 27. Mai und 27. Juni 2010 kontrastieren. Neue Diagnosen oder zusätzliche Befunde mit Beschreibung von Funktionsausfällen habe der Hausarzt nicht mitgeteilt und auch keine differenzierte Stellungnahme betreffend Verweisungstätigkeiten abgegeben. Dasselbe gelte für den zugestellten Attest von Dr. Va. _____. Die Diagnosen seien gleich geblieben. Im Kniegelenk sei kein Erguss feststellbar, was ein relevantes Zeichen einer Arthrose wäre. Die radiologischen Befunde der Wirbelsäule hätten keine klinische Relevanz, neurologische Ausfälle produziert durch ein relevantes Wirbelsäulenleiden würden nicht vorliegen. Die Muskelverspannungen seien mit physikalischer Behandlung behandelbar. Die von Dr. Va. _____ beschriebenen Befunde seien vereinbar mit leichter bis mittelschwerer Tätigkeit. Die eher geringgradigen degenerativen Veränderungen der Knie und Wirbelsäule seien mit leichter bis mittelschwerer Tätigkeit vereinbar. Das beschriebene Kontaktexzem sei bei einer Tätigkeit auf dem Bau relevant, aber nicht bei den vorgeschlagenen Verweistätigkeiten.

E. 4.5

Der Beschwerdeführer reichte im Beschwerdeverfahren sich noch nicht bei den Akten befindende medizinische Unterlagen ein (act. BVGer 26/1, 26/2, 28, 30/1, 30/2), welche nach dem Verfügungszeitpunkt (13. Juli 2010) erstellt wurden und daher im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen sind. Hingegen steht es dem Beschwerdeführer frei, bei geändertem Gesundheitszustand ein neues Gesuch um Leistung der Invalidenversicherung zu stellen.

E. 4.6

Die vorliegenden medizinischen Unterlagen stimmen betreffend Diagnosen und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit überein. Einzig der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. Hb. _____, berichtete, der Beschwerdeführer könne keine Arbeiten von über drei Stunden ausführen. Dr. med. Hb. _____ begründet seine abweichende Beurteilung nicht und stützt sich auch nicht auf entsprechende Unterlagen, womit sein Bericht weder schlüssig noch nachvollziehbar ist und diesem daher kein Beweiswert zukommt.

E. 4.7

Hingegen sind die Beurteilungen der IV-Ärzte Dres. med. Gb. _____ und Ib. _____ (act. IVSTA 55, 56, 58, 79, 89, 91) für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Sie sind zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet, so dass darauf abgestellt werden kann.

E. 4.8

Der Beschwerdeführer brachte vor, insbesondere sei der schlechte Gesundheitszustand von Knochen und Gelenken, mit starken Schmerzen verbunden und würde das normale alltägliche Leben beeinträchtigen. Dr. med. Ib. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 2010 fest (act. IVSTA 89), die eher geringgradigen degenerativen Veränderungen der Knie und Wirbelsäule seien mit leichter bis mittelschwerer Tätigkeit vereinbar. In Bezug auf den Diabetes mellitus Typ II hielt Dr. med. Ib. _____ am 29. März 2011 fest, die Zuckereinstellung sei im Spital gut gelungen, es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass dies unter den üblichen Massnahmen nicht auch im ambulanten Bereich so sei, vorausgesetzt, der Beschwerdeführer halte sich an die ärztlichen und diätischen Anweisungen. Es seien keine objektivierbaren Funktionsausfälle festgestellt worden, insbesondere keine diabetische Polineuropathie. Dr. med. Ib. _____ stützt sich bei seiner Beurteilung auf medizinische Berichte, welche nach dem Verfügungszeitpunkt (13. Juli 2010) erstellt wurden, was jedoch den Schluss zulässt, dass bereits im Verfügungszeitpunkt keine diabetische Polineuropathie vorlag.

E. 4.9

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Vorinstanz zurecht annahm, der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit zwar nicht mehr arbeitsfähig, könne aber eine leichte bis mittelschwere Verweisungstätigkeit ausüben.

E. 5

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Beeinträchtigungen.

E. 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4).

E. 5.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung

angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 5.3

Die IVSTA hat in ihrem Einkommensvergleich vom 21. April 2010 (act. IVSTA 60) das Valideneinkommen korrekterweise gestützt auf der Grundlage des als Betreuer/Hauswarttechniker in der Zeit von 21. April 2008 bis 16. Februar 2009 in Deutschland erzielten Einkommens von monatlich EUR 1'688.- festgelegt. Aufgrund der Akten bestehen keine Anhaltspunkte und wird auch nicht geltend gemacht, dass der Beschwerdeführer aus invaliditätsfremden Gründen (z. B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezogen hätte. Somit ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer aus freien Stücken mit einem bescheidenen Einkommen begnügte. Eine Parallelisierung der Einkommen ist daher nicht vorzunehmen (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 5.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne heranzuziehen (vgl. das Urteil des BGer U 75/03 vom 12. Oktober 2006), allenfalls die Zahlen der Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP; vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, BGE 126 V 75 E. 3.b). Von dem mittels Tabellen ermittelten Invalideneinkommen kann sodann ein Abzug von maximal 25% vorgenommen werden, wenn der Versicherte voraussichtlich infolge seiner leidensbedingten Einschränkung, seines Alters, seiner Herkunft, der geleisteten Dienstjahre, des Beschäftigungsgrades und dem Umstand, dass er eine gänzlich neue Arbeit antreten muss, nicht das Lohnniveau einer gesunden Person am gleichen Arbeitsplatz erreichen dürfte (sog. leidensbedingter Abzug; BGE 126 V 75 E. 5a). Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich die für die Invaliditätsbemessung massgebenden Vergleichseinkommen eines im Ausland wohnenden Versicherten auf den gleichen Arbeitsmarkt beziehen müssen, weil es die Unterschiede in den Lohnniveaus und den Lebenshaltungskosten zwischen den Ländern nicht gestatten, einen objektiven Vergleich der in Frage stehenden Einkommen vorzunehmen (vgl. BGE 110 V 277 E. 4b; Urteile des BGer I 817/05 vom 5. Februar 2007 E. 8.1 sowie U 262/02 vom 8. April 2003 E. 4.4).

E. 5.5

Der Beschwerdeführer hat nach Eintritt der Invalidität keine zumutbare Vollzeit-Verweisungstätigkeit aufgenommen. Aus diesem Grund ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz für die Ermittlung des Invalideneinkommens des in Deutschland wohnhaften Beschwerdeführers auf die vom Bureau International du Travail (BIT) ermittelten statistischen Werte des deutschen Arbeitsmarktes für das Jahr 2008 abgestellt hat (abrufbar unter <http://laborsta.ilo.org>) und bei einem für einen Arbeiter in einer Fabrik für Lederwaren ausgewiesenen Stundenlohn von EUR 9.65 und einer im Jahre 2008 durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 39 Stunden ein Monatssalär von EUR 1'630.65 ermittelt hat ($9.65 \times 39 \times 52 : 12$, vgl. act. 60) sowie bei einem für einen Arbeiter in einer

Schuhfabrik ausgewiesenen Stundenlohn von EUR 9.20 und einer im Jahre 2008 durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 39 Stunden ein Monatssalär von EUR 1'554.80 ermittelt hat ($9.20 \times 39 \times 52$) und aus beiden Monatssalären den Durchschnitt berechnet hat, was EUR 1'592.73 ergibt. Im Weiteren ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz einen Leidensabzug von 10% gewährt und damit ein Invalideneinkommen von EUR 1'433.45 berechnet hat.

E. 5.6

Vergleicht man das Valideneinkommen mit dem Invalideneinkommen, ergibt sich eine Erwerbseinbusse von 15.08% ($\frac{1'688.00 - 1'433.45}{1'688} \times 100 = 15.08\%$), was abgerundet einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 15% entspricht. Selbst wenn man hinsichtlich der Verweistätigkeit anstelle der vollen Arbeitszeit von 8 Stunden pro Tag von den Mindestarbeitszeit von 6 Stunden pro Tag (vgl. Berichte E 213 und RAD-Arzt) (anstatt 8 Stunden) ausgehen würde, ergäbe dies bei einer entsprechend auf 75 % reduzierten Verweistätigkeit und damit bei einem Invalideneinkommen von EUR 1'075.10 einen Invaliditätsgrad von 36 %, welcher noch unter dem minimalen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 40 % (vgl. vorne E. 3.3) liegen würde.

E. 5.7

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat, weshalb die Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Juli 2010 abzuweisen ist.

E. 6

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten sind in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Ausnahmsweise können sie ihr erlassen werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der unterliegende Beschwerdeführer hat ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung eingereicht (act. BVGer 7), welches wegen offensichtlicher Bedürftigkeit betreffend Verfahrenskosten gutzuheissen ist. Es werden daher keine Verfahrenskosten erhoben.

E. 6.2

Weder der Beschwerdeführer (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario) noch die Vorinstanz (Art. 7 Abs. 3 VKGE) haben Anspruch auf eine Parteientschädigung. Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

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