

BVGer C-5792/2016 vom 20. September 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5792_2016

FR: TAF C-5792/2016 du 20 septembre 2017

IT: TAF C-5792/2016 del 20 settembre 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger in (...) im Kanton C._____ erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in (...) in Deutschland, wo er heute noch lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle C._____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 3

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 23. August 2016, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründender Invalidität abgelehnt hat. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 4

Zunächst sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden rechtlichen Bestimmungen darzulegen.

E. 4.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und lebt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung hat, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 4.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 23. August 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Die vom Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht im Beschwerdeverfahren neu eingereichten medizinischen Unterlagen datieren erst nach dem massgebenden Stichtag. Nachdem diese Berichte mit dem vorliegenden Streitgegenstand in einem engem Sachzusammenhang stehen, können sie nachfolgend berücksichtigt werden, soweit sie den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum vorliegend massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung umschreiben. Bezüglich einer allfälligen, seither ergangenen Veränderung (insbesondere Verschlechterung) seines Gesundheitszustands ist der Beschwerdeführer demgegenüber auf den Weg der Neuanmeldung bei der Vorinstanz zu verweisen.

E. 4.3

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), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 23. August 2016 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 5

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer invalid im Sinne des Gesetzes ist.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 5.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Staatsangehörige sowie Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft, denen bei einem Invaliditätsgrad

ab 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft Wohnsitz haben.

E. 5.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 m.w.H.). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

E. 5.5

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 5.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc m.w.H.). 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 Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 5.7

Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (E. 5.5) vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4). Ein Parteigutachten besitzt demgegenüber nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351) oder zumindest weitere Abklärungen angezeigt sind (vgl. Urteil des BGer 8C_412/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 4.2). Berichte behandelnder Ärzte 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 ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 6

In der angefochtenen Verfügung hat die Vorinstanz für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hauptsächlich auf das von der kantonalen IV-Stelle eingeholte G._____-Gutachten respektive auf die darauf basierenden Stellungnahmen des RAD abgestellt.

E. 6.1

Das polydisziplinäre Gutachten des G._____ vom 26. April 2016 berücksichtigt gemäss der eingangs dargestellten Auflistung sämtliche bis zur Auftragserteilung vorliegenden Arztberichte, wie auch die nachträglich beim G._____ eingegangenen Berichte, insbesondere die Arztberichte von Dr. med. F._____ vom 15. Februar 2016 sowie von Dr. med. K._____ vom 25. Januar 2016. Im Rahmen der allgemeininternistischen Untersuchung durch Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, habe sich ein sehr nervös wirkender Versicherter in ansonsten unauffälligem Allgemeinzustand gezeigt. Das rote und weisse Blutbild habe normale Befunde ergeben. Aus allgemeinmedizinischer Sicht sei keine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit festzustellen. Der Gutachter Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, der Versicherte habe im Jahr 2013 sowie im November 2014 Herzinfarkte erlitten. Seither imitiere er Symptome einer Herzkrankheit mit Ischämie in Form von Atemnot, Herzrasen und Druckgefühl im Thorax. Diese Symptomatik entspreche einer hypochondrischen, weitgehend unbewussten Fixierung auf die Herzfähigkeit, welche sich organisch nicht begründen lasse. Die medikamentöse Beruhigung der motorischen Unruhe könne verbessert werden. Unter Berücksichtigung der nicht vollständig ausgeschöpften therapeutischen Möglichkeiten im Sinne der stärkeren Dämpfung/Anxiolyse könne beim Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 80 % erzielt werden. Eine Arbeitstätigkeit könnte sich auch als therapeutische Massnahme durch

Ablenkung der Fixierung auf das Herz auswirken. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 20 % seit Dezember 2014. In einer angepassten beruflichen Tätigkeit ohne Verantwortung betrage die Arbeitsfähigkeit 90 %. Der orthopädische Fachgutachter Dr. med. N. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, stellte nach einer eingehenden körperlichen Untersuchung des Versicherten keine Auffälligkeiten bezüglich Wirbelsäule, Hüfte, Knien, Füßen, Schultern, Ellbogen und Händen fest, abgesehen von Verspannungen der Nacken- und der Kniemuskulatur. Das Röntgenbild der Brust- und Lendenwirbelsäule habe indessen im Brustbereich deutliche sowie im Lendenwirbelsäulenbereich beginnende multisegmentale spondylophytäre Ausziehungen gezeigt. In neurologischer Hinsicht seien die Muskeleigenreflexe wegen Verspannung nicht erhältlich gewesen. Der Versicherte habe eine diffuse verminderte Oberflächensensibilität am linken Oberschenkel sowie weniger am Unterschenkel samt lateralem Fussrand angegeben. Die Kraftprüfung habe eine völlig diffuse, wechselhafte und zeitweise massiv ausgeprägte Minderinnervation der gesamten linken oberen und unteren Extremität bei im Übrigen regelrechter Sensomotorik der Extremitäten ergeben. Für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems hätten sich keine klaren Hinweise gezeigt. Insbesondere könne eine spinale Kompressionsproblematik oder Läsion eines grösseren peripheren Nervs klinisch weitgehend ausgeschlossen werden. Die beklagten Beschwerden an Rücken, Ellbogen und linker unterer Extremität liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen. Aufgrund der Angaben des Versicherten könne dessen angestammte berufliche Tätigkeit nicht klar definiert werden. Für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen bestehe in orthopädischer Hinsicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Lediglich andauernde körperlich schwere Verrichtungen seien dem Versicherten aufgrund der an der Wirbelsäule bestehenden Veränderungen nicht mehr zumutbar. Therapeutisch sei eine intensive Haltungskorrektur unter physiotherapeutischer Anleitung denkbar. In kardiologischer Hinsicht berichtete Dr. med. O. _____, Facharzt für Kardiologie, auf der Echokardiographie sei eine koronare Herzerkrankung mit ausgedehnter apikaler Narbe und möglichem wandadhärentem, teilorganisiertem Thrombus sowie eine triviale Aorten- und leichte Mitralklappeninsuffizienz zu erkennen. Bei der Fahrradergometrie habe sich eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit ergeben. Seit dem akuten Vorderwandinfarkt infolge eines thrombotischen Verschlusses vom 13. Mai 2013 mit konsekutiv grossen Narbenarealen und leicht eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion beständen atypische Thoraxschmerzen, die in den bisherigen Untersuchungen keine fassbare organische Ursache gezeigt hätten. Die im Rahmen der Beschwerden durchgeführte Rekoronarangiographie habe ein gutes Langzeitergebnis des gestenteten Gefässes gezeigt. Objektiv seien beim Versicherten keine Dekompensationszeichen auszumachen. Die Blutdruckwerte seien unter der aktuellen Medikation leicht erhöht. Aufgrund der Herzinsuffizienz bestehe für körperlich schwere oder anhaltend mittelschwere Tätigkeiten keine Belastbarkeit mehr. Körperlich leichte bis kurzzeitig mittelschwere berufliche Tätigkeiten könne der Versicherte aus kardiologischer Sicht in einem vollen Pensum verrichten. Als kardiologische Massnahmen seien weitere Abklärungen hinsichtlich des allfällig wiederaufgetretenen Thrombus im linken Ventrikel zur Festlegung einer allfälligen oralen Antikoagulation zu empfehlen. Die aktuelle Medikation sei mit regelmässiger kardiologischer Anbindung und Verlaufskontrollen weiterzuführen. Sinnvoll seien sodann eine psychosomatische Begleitbehandlung sowie allenfalls eine Atemphysiotherapie. Insgesamt stellten die Gutachter die nachfolgenden Diagnosen mit einem Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit: koronare 1-Gefäss-Erkrankung (ICD-10 I25.1) bei o Status nach STEMI im Mai 2013, o Status nach Akut-PTCA der LAD mit Thrombusaspiration und Stentimplantation (BVS absorb 3, 0/18 mm), o Rekoronarangiographie im November 2014, bei gutem Langzeitergebnis, o Status nach passagerer oaK wegen linksventrikulärem apikalem Thrombus, o TTE vom 4. April 2016: apikales linksventrikuläres Aneurysma mit möglichem organisiertem Thrombus, LVEF biplan 44 % mit normaler Kontraktilität der basalen Manschette, leichte Mitral- und triviale Aortenklappeninsuffizienz, normale Dimensionen, normale rechtsventrikuläre Funktion, keine pulmonale Druckerhöhung, o cvRF: Status nach Nikotinkonsum bis 2013 (ca. 5 py), positive Familienanamnese, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie; somatoforme autonome Funktionsstörung des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10 F45.30); chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.6/M54.5) bei o radiologisch Spondylose der mittleren und unteren Brustwirbelsäule und beginnende Osteochondrose des Lendenwirbelkörpers 3/4/5 (Röntgen vom 5. April 2016). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden diagnostiziert: akzentuierte Persönlichkeit mit neurotisch-unsicheren und ängstlichen Anteilen (ICD-10 Z73.1); latente Hyperthyreose (ICD-10 E05.9) o Schilddrüsenautonomie rechts gemäss Unterlagen, o aktuell normale periphere Schilddrüsenparameter unter Therapie mit Thiamazol; rezidivierende Urolithiasis (ICD-10 N20.9); o Schrumpfniere rechts, o komplizierte Nierenzysten beidseits, o Status nach 16-maliger ESWL; chronische Beschwerden an Unterschenkel und Knie links (ICD-10 M79.66) bei o radiologisch regelrechtem Befund (Röntgen vom 5. April 2016); anamnestisch Gichtarthropathie (ICD-10 M10.00). Gestützt auf diese Diagnosen und die erhobenen Befunde bescheinigten die Gutachter dem Versicherten aus polydisziplinärer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen körperlich schweren und regelmässig mittelschweren Tätigkeiten seit dem Herzinfarkt von Mai 2013. Hingegen sei der Versicherte ab dem Zeitpunkt der Untersuchung von April 2016 für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten nach wie vor zu 90 % arbeits- und leistungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit sei vollschichtig umsetzbar mit einem leicht reduzierten Rendement. Retrospektiv könne eine lang andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden. Die deutliche Diskrepanz dieser Einschätzung zur Selbsteinschätzung des Versicherten, der sich für nicht mehr arbeitsfähig halte, sei in den psychiatrischen Diagnosen, welche mit einer Selbstlimitierung einhergingen, mit IV-fremden Faktoren, wie dem schwierigen Arbeitsmarkt, sowie mit einem eventuell vorhandenen sekundären Krankheitsgewinn zu begründen. Aufgrund der subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbare berufliche Massnahmen seien nicht zu empfehlen (act. 63).

E. 6.2

Der RAD hatte in seiner Stellungnahme vom 13. Juli 2015 aufgrund der zu jenem Zeitpunkt vorliegenden medizinischen Unterlagen spätestens ab dem 12. November 2014 eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit festgestellt, dies mit Blick auf die überwiegend schwere körperliche Arbeit des Beschwerdeführers als Lagerarbeiter im Reifengrosshandel. Für eine adaptierte berufliche Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vom 12. November 2014 bis Ende Dezember 2014 infolge eines psychophysischen Erschöpfungszustands ebenfalls vollständig arbeitsunfähig gewesen. Vom 1. Januar 2015 bis zum 23. Februar 2015 sei er in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Ab dem 25. März 2015 (Austritt aus der REHA) habe für eine adaptierte Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (act. 51 S. 7). Nach Vorliegen des G. _____-Gutachten

vom 26. April 2016 befand der RAD dieses in seiner Stellungnahme vom 10. Mai 2016 für beweiskräftig. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei schwierig zu beurteilen, da unklar sei, ob auf das Belastungsprofil gemäss Fragebogen für Arbeitgeber vom 16. Juni 2015 abgestellt werden könne. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten sei der Versicherte seit der Krankschreibung stets zu 90 % arbeitsfähig gewesen (act. 78 S. 12 f.).

E. 6.3

Das G. _____-Gutachten vom 26. April 2016 genügt, wie der RAD zu Recht vermerkte, den hierfür in der Rechtsprechung aufgestellten Qualitätsanforderungen. Die einzelnen Teilgutachten beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation sind einleuchtend. Die fachärztlichen Schlussfolgerungen in den Expertisen sind begründet. Die einzelnen Teilgutachten erfüllen daher die in der Rechtsprechung aufgestellten Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Arztbericht (vgl. vorangehend E. 5.6). Ausserdem haben die Gutachter ihre jeweiligen Ergebnisse nach einem interdisziplinären Austausch in einer Gesamtwürdigung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers wiedergegeben. Namentlich haben die Gutachter bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Befunde aller involvierten Fachrichtungen berücksichtigt. Insgesamt erscheint die im G. _____-Gutachten vorgenommene Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers daher vollständig, schlüssig sowie nachvollziehbar begründet. Mangels konkreter Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise ist dem Gutachten daher die volle Beweiskraft zuzuerkennen (vgl. vorangehend E. 5.7). Das Bundesverwaltungsgericht stellt daher für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf das G. _____-Gutachten vom 26. April 2016 ab.

E. 6.4

Nach Erstellung des G. _____-Gutachtens vom 26. April 2016 gingen im vorinstanzlichen Verfahren die nachfolgenden medizinischen Unterlagen bei der kantonalen IV-Stelle ein:

E. 6.4.1

Im Arztbericht vom 2. Juni 2016 berichtete Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, er behandle den Versicherten seit September 2015. Dieser habe nach dem Herzinfarkt im Jahr 2013 eine gemischte Störung mit Angst und Depression sowie den Symptomen einer massiven Anspannung, des Nichtabschaltenskönnens, des Gedankenkreisens, der psychomotorischen Unruhe, Schlafstörungen, Angstattacken mit subjektiver Atemnot, Hyperhidrose, zittrigen Knien und Tachykardie, gedrückter Stimmung, Anhedonie, sozialem Rückzug, kognitiven Defiziten (verminderte Aufmerksamkeitsspanne und Konzentrationsstörungen), Sinnlosigkeitskognitionen und einer Selbstwertminderung entwickelt. Die Behandlung mit Sertralin und Valdoxan sowie die regelmässige ambulante verhaltenstherapeutisch-orientierte Psychotherapie hätten bisher nicht zu einer suffizienten Symptomreduktion geführt. Der Versicherte sei seither durchgehend arbeitsunfähig. Er sei namentlich in seiner Durchhaltefähigkeit, bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, in seiner Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, in seiner Selbstbehauptungsfähigkeit, in seiner Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie in seiner Fähigkeit, Spontanaktivitäten zu initiieren, massiv beeinträchtigt. Eine Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt sei langfristig nicht zu erwarten (act. 70 S. 3).

E. 6.4.2

Dr. med. P._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, erklärte im Arztbericht vom 30. Mai 2016, der Befund der Lendenwirbelsäule zeige eine Bewegungseinschränkung mit muskulären Verspannungen in den unteren Bewegungssegmenten. Es bestünden keine neurologischen Ausfälle. Die CT-Untersuchung habe eine Bandscheibenprotrusion L5/S1 kleinerer Ausprägung sowie eine kleinere Bandscheibenprotrusion L3-L4 mit Einriss der Bandscheibe L5/S1 gezeigt, bei vorbekannter Trichterbrust. Er diagnostizierte ein chronisches Lendenwirbelsäulensyndrom bei Bandscheibenprotrusion L3 bis S1 ohne neurologische Ausfälle (act. 70 S. 5).

E. 6.4.3

Der Psychologe D._____ führte im Bericht vom 3. Juni 2016 die folgenden Diagnosen an: posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), somatoforme und autonome Funktionsstörung von Herz- und Kreislaufsystem (ICD-10 F45.30), diffuse Herzphobie (hypochondrische Störung; ICD-10 F45.2), selbstunsichere-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6). Die posttraumatische Belastungsstörung zeige sich dadurch, dass der Versicherte an Intrusionen seines Herzinfarktes leide, vor allem wenn er durch Berichte im Fernsehen oder in der Presse mit dem Thema konfrontiert werde. Im G._____-Gutachten sei die Sozialisation des Versicherten zu wenig berücksichtigt worden, insbesondere finde die Belastung durch die neunmonatige Gefängnisstrafe sowie die sozialdemokratische Grundhaltung im Elternhaus, was ihn "in Gegensatz zum Staatsregime gebracht" habe, keine Erwähnung. Aufgrund seiner Konflikte mit dem Staatsregime habe sich beim Versicherten ein Autoritätsproblem entwickelt. Schliesslich zeige der Versicherte Ansätze einer paranoiden Verarbeitung der aktuellen Auseinandersetzung mit der schweizerischen Invalidenversicherung, seiner schweizerischen Krankengeld-Versicherung sowie dem deutschen Jobcenter. Dies belege ebenfalls die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (act. 70 S. 6 f.).

E. 6.4.4

In den Stellungnahmen vom 13. Juni 2016, 27. Juli 2016 und 15. August 2016 hielt der RAD fest, diese neuen Berichte enthielten im Vergleich zur gutachterlichen Beurteilung keine neuen IV-relevanten medizinischen Tatsachen. Der neu eingebrachte psychiatrische Bericht entspreche im Wesentlichen dem bereits in den Akten liegenden Vorbericht von Dr. med. F._____ vom 28. Januar 2016 (recte: vom 15. Februar 2016, vgl. act. 64 S. 1 sowie Sachverhalt Bst. F). Insbesondere entsprächen die neu eingebrachten orthopädischen Befunde den Ergebnissen des G._____-Gutachtens (act. 78 S. 13 f.).

E. 6.5

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht die nachfolgenden neuen medizinischen Berichte ein:

E. 6.5.1

Im Bericht vom 21. Januar 2017 führte der Psychologe D._____ einleitend die folgenden Diagnosen auf: posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), somatoforme und autonome Funktionsstörung von Herz- und Kreislaufsystem (ICD-10 F45.30), diffuse Herzphobie (hypochondrische Störung; ICD-10 F45.2), depressive Episode, schwer (ICD-10 F32.2) und selbstunsichere-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6). Es handle sich beim Versicherten um einen einfachen Arbeiter aus einfachen bis ärmlichen

Verhältnissen. Die aktuell knappe finanzielle Situation sei belastend. Die Ehefrau des Versicherten werde immer depressiver. Diese Umstände führten beim Versicherten zu Unsicherheit und Konzentrationsstörungen. Ebenfalls leide er an Schlafstörungen sowie an Symptomen ähnlich einem restless-legs-Syndrom. Der Zustand sei für den Versicherten teilweise lebensbedrohend (Beilage zu BVGer-act. 11; vgl. Sachverhalt Bst. G),

E. 6.5.2

Gemäss dem Bericht von Dr. med. H. _____ vom 23. Januar 2017 hat sich die ständige Angst des Versicherten vor einem erneuten kardialen Ereignis mittlerweile verselbständigt. Neu sei der Verdacht auf ein Schlaf-Apnoe-Syndrom gestellt worden. Diesbezüglich liefen weitere diagnostische Abklärungen. Insgesamt diagnostizierte Dr. med. H. _____ zusätzlich zu den bereits bekannten Diagnosen eine Angststörung, eine Anpassungsstörung sowie den Verdacht auf ein Schlaf-Apnoe-Syndrom und den Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis (Beilage zu BVGer-act. 13; vgl. Sachverhalt Bst. H).

E. 6.5.3

Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Bericht vom 2. Februar 2017 eine anhaltend schwere depressive Symptomatik mit erheblicher Unruhe, gedrückter Stimmung, Anhedonie, Zukunftsängsten, erheblicher Belastungsminderung, Ein- und Durchschlafstörungen, sozialem Rückzug, kognitiven Defiziten sowie Selbstwertminderung, Reizbarkeit und Sinnlosigkeitskognitionen auf dem Boden einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Ebenfalls diagnostizierte er eine seit Mai 2013 bestehende Herzphobie und eine posttraumatische Belastungsstörung. Aufgrund dieser Symptomatik sei der Versicherte seit Ende Jahr 2014 durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig (Beilage zu BVGer-act. 16; vgl. Sachverhalt Bst. I). Im Übrigen entspricht der Bericht dem Bericht von Dr. med. F. _____ vom 2. Juni 2016 (vgl. E. 6.4.1).

E. 6.5.4

Dr. med. I. _____, Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie, diagnostizierte im Bericht vom 26. Januar 2017 eine Bronchitis mit Obstruktion (ICD-10 J44.82). Es lägen keine Anhaltspunkte für eine allergiegetriggerte Reaktion vor (Beilage zu BVGer-act. 16; vgl. Sachverhalt Bst. I).

E. 6.5.5

Dr. med. J. _____, Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie, stellte im Bericht vom 8. Februar 2017 die nachfolgenden Diagnosen: koronare Eingefässerkrankung, ED 2013, o Mai 2013: STEMI der VW bei thrombotischem Verschluss LAD-7, Akut-PTCA/LAD mit Thrombusaspiration/Stentimplantation (BVS) Absorb, o November 2014 Recoro PX: gutes Langzeitergebnis; ischaemische Kardiomyopathie, o mittelgradig reduzierte LV-Funktion bei Vorderwand-Aneurysma, EF 35 %, o Zustand nach passagerer OAK wegen LV-Thrombus, o diastolische Funktionsstörung; posttraumatische Belastungsstörung; depressive Symptomatik; somatoforme und autonome Funktionsstörung von Herz- und Kreislaufsystem; Struma nodosa; latente Hyperthyreose, SD-Autonomie rechts; Raynaud-Syndrom (unter Nebivolol beschwerdefrei); Schrumpfniere rechts, komplizierte Nierenzyste links und rechts; Morbus Scheuermann. Die Herzfrequenz liege bei 61 Schlägen pro Minute. Die Sauerstoffsättigung betrage 99 %. Aus kardiologischer Sicht sei der Versicherte - auch für leichte körperliche Belastungen - nicht mehr arbeitsfähig. Eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit sei aufgrund der kardialen Situation möglich, wobei diesbezüglich wohl eine Überlagerung mit den psychischen Erkrankungen bestehe

(Beilage zu BVGer-act. 16; vgl. Sachverhalt Bst. I).

E. 6.6

Zu den im Beschwerdeverfahren durch den Beschwerdeführer neu eingereichten medizinischen Berichten nahm der RAD am 7. April 2017 aus allgemeinmedizinischer Sicht sowie am 11. April 2017 aus psychiatrischer Sicht ausführlich Stellung. Gemäss dem RAD entspricht der Bericht von Dr. med. J._____ der kardiologischen Beurteilung im Gutachten. Bei einer (optimalen) Sauerstoffsättigung von 99 % sei eine Herzleistungsschwäche äusserst unwahrscheinlich. In Bezug auf die von Dr. med. I._____ gestellte Diagnose "Empfindlichkeit der Atemwege" nach Infekt spreche die optimale Sauerstoffsättigung im Blut ebenfalls gegen eine stärkere Funktionseinschränkung. Die im Bericht von Dr. med. F._____ neu gestellte Diagnose der anhaltend schweren depressiven Symptomatik sei weder diagnostisch hergeleitet worden (z.B. mittels standardisierter Befunderhebung nach AMDP) noch werde die Diagnose nach einem anerkannten Klassifikationssystem, zum Beispiel ICD-10, gestellt. Indem der Psychologe D._____ sogar eine "schwere depressive Episode" festhalte, widerspreche er den Einschätzungen des Psychiaters Dr. med. F._____ sowie auch des Hausarztes Dr. med. H._____. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. H._____ basiere sodann auf der subjektiven Einschätzung des Versicherten. Es handle sich dabei um eine andere Bewertung des gleichen Sachverhalts. Es fehle ebenfalls zur Plausibilisierung und Objektivierung der Beschwerdesymptomatik ein psychopathologischer Befund. Die antidepressive Medikation sei im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung unverändert, was nicht für eine schwere depressive Episode spreche. Die vom G._____ -Gutachter empfohlene Dosisanpassung (-erhöhung) der Antidepressiva sei offenbar ebenfalls nicht erfolgt. Ebenfalls sei keine Intensivierung der Behandlung im Rahmen einer tagesklinischen oder vollstationären Behandlung erfolgt. Damit sei nicht von einem schwerwiegenden depressiven Störungsbild auszugehen. Die vom behandelnden Psychiater sowie vom behandelnden Psychologen neu gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei im Gutachten zu Recht nicht gestellt worden. Eine Persönlichkeitsstörung habe laut ICD-10 ihren Beginn spätestens in der späten Jugend oder im frühen Erwachsenenalter. Aufgrund der im Gutachten beschriebenen unauffälligen biografischen Entwicklung des Versicherten und der Beschäftigung an den Arbeitsstellen während längerer Zeit sei dies beim Versicherten gemäss dem Gutachten nicht der Fall. Die vom behandelnden Psychiater festgehaltene posttraumatische Belastungsstörung könne anhand des Befundberichts nicht nachvollzogen werden. Es fehlten die typischen Kriterien nach ICD-10 wie Nachhallerinnerungen, Wiedererleben der Traumatisierung, erhöhte Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz etc. Die Störung beginne nach ICD-10-Kriterien mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach dem auslösenden Ereignis und hätte vorliegend im Begutachtungszeitpunkt gegebenenfalls bereits bemerkbar sein müssen, was indessen nicht der Fall gewesen sei. Es sei sodann davon auszugehen, dass die vom behandelnden Psychiater als Herzphobie bezeichnete Symptomatik der im Gutachten gestellten Diagnose der somatoformen autonomen Funktionsstörung des Herz-Kreislauf-Systems entspreche. Die im Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei plausibel. Die Gutachter hätten in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die Diskrepanz zwischen dem subjektiven Beeinträchtigungsempfinden des Versicherten und dem Ressourcen- und Aktivitätenprofil hingewiesen. Die unterschiedliche Einschätzung der Gutachter und der Behandler beruhe möglicherweise darauf, dass diese aus einer Pro-Patienten-Haltung auf die geschilderte Beschwerden sowie die

Selbsteinschätzung des Versicherten abgestellt hätten (Beilage zu BVGer-act. 22).

E. 6.7

Dieser ausführlichen sowie gut begründeten Auseinandersetzung des RAD mit den vom Beschwerdeführer beim Bundesverwaltungsgericht neu eingereichten Berichten ist zu folgen. Mit den in den medizinischen Berichten schon vor Erstellung des G._____-Gutachtens diskutierten Diagnosen der Herzphobie, der Persönlichkeitsstörung sowie auch der Diagnose "Angst und depressive Störung gemischt" hat sich das G._____-Gutachten in der Ziff. 4.1.6 (auf S. 13) einlässlich auseinandergesetzt. Hinsichtlich der erst nach Erstellung des G._____-Gutachtens gestellten Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (nach Herzinfarkt) überzeugt sodann die Schlussfolgerung des RAD, diese könne aufgrund des zeitlichen Konnexes mit dem Herzinfarkt nicht erst nach der Erstellung des Gutachtens aufgetreten sein. Die in den neueren Berichten der behandelnden Ärzte gestellte Diagnose der Persönlichkeitsstörung verneinte der RAD glaubhaft. So trägt die im G._____-Gutachten diesbezüglich gestellte Diagnose der akzentuierten Persönlichkeit mit neurotisch-unsicheren und ängstlichen Anteilen (ICD-10 Z73.1) der psychischen Situation bereits hinreichend Rechnung. Mit den von Dr. med. J.____ im Bericht vom 8. Februar 2017 im Vergleich zum G._____-Gutachten neu gestellten Diagnosen Raynaud-Syndrom sowie Morbus Scheuermann hat sich der RAD nicht ausdrücklich auseinandergesetzt. Indessen ist aufgrund der beim Beschwerdeführer bereits vielschichtig vorliegenden Beschwerden durch die erwähnten Diagnosen (Raynaud-Symptomatik impliziert eine Minderdurchblutung an den Fingern oder Zehen; Morbus Scheuermann entspricht einer juvenilen Verknöcherungsstörung der Wirbelsäule) keine zusätzliche Auswirkung auf dessen Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Aus diesem Grund erübrigen sich diesbezüglich weitere Abklärungen. Zu den vom Hausarzt Dr. med. H.____ im Bericht vom 23. Januar 2017 und damit erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung neu gestellten Verdachts-Diagnosen der Schlaf-Apnoe sowie der rheumatoiden Arthritis äusserte sich der RAD ebenfalls nicht. Dr. med. H.____ hat diese Diagnosen auch nicht weiter begründet. Lediglich in Bezug auf das Schlaf-Apnoe-Syndrom hielt er fest, es liefen diesbezüglich aufgrund eines Verdachts weitere diagnostische Abklärungen. Nachdem diese beiden Verdachts-Diagnosen weder im Zeitpunkt der Verfassung des Berichts von Dr. med. H.____ noch im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung gestellt wurden, erlauben diese keine Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung. Wie bereits ausgeführt, ist der Beschwerdeführer für allfällige rentenrelevante Veränderungen seines Gesundheitszustandes seit Erlass der angefochtenen Verfügung auf den Weg der Neuanmeldung bei der Vorinstanz zu verweisen (E. 4.2 Abs. 2). Das Bundesverwaltungsgericht hat unter diesen Umständen nicht zu prüfen, ob die allfällige Bestätigung der vom Hausarzt des Versicherten erwähnten Verdachts-Diagnosen eine zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bewirken könnte. Im Übrigen kann und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärzten sowie von behandelnden Fachärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (E. 5.6). Insgesamt ist damit der Schlussfolgerung des RAD zuzustimmen, dass weder der Beschwerdeführer mit den nach Eingang des G._____-Gutachtens bei der kantonalen IV-Stelle sowie beim Bundesverwaltungsgericht neu eingereichten medizinischen Unterlagen eine nachträglich zur Begutachtung eingetretene Verschlechterung seines

Gesundheitszustands belegt hat noch dass diese Berichte die Schlussfolgerungen im Gutachten in Frage zu stellen vermögen.

E. 6.8

Mit ihrer Duplik vom 20. April 2017 hat die Vorinstanz dem Bundesverwaltungsgericht sodann Akten, welche ihr die Deutsche Rentenversicherung (...) am 12. April 2017 eingereicht hatte, in Kopie zur Kenntnisnahme weitergeleitet (Beilage zu BVGer-act. 22; vgl. Sachverhalt Bst. K). Die erwähnten Unterlagen enthalten - neben weiteren, bereits in den Akten der kantonalen IV-Stelle liegenden Berichten - die nachfolgenden neuen, teilweise erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung datierenden medizinischen Berichte:

E. 6.8.1

Im Bericht vom 7. Dezember 2015 beantwortete Dr. med. F._____ Fragen der Deutschen Rentenversicherung. Die Ausführungen seines Berichts entsprechen im Wesentlichen dessen bereits in den vorinstanzlichen Akten liegenden weiteren Arztberichten. Die im Bericht aufgeführten Diagnosen hatte Dr. med. F._____ (mit Ausnahme der neu aufgeführten, im G._____ -Gutachten ebenfalls berücksichtigten Diagnose der arteriellen Hypertonie) bereits in dem nicht datierten Verlaufsbericht (act. 48; vgl. Sachverhalt Bst. C) gestellt. Damit enthält der erwähnte Bericht für die vorliegende Beurteilung keine neuen medizinischen Hinweise.

E. 6.8.2

Die im Untersuchungsbericht des Universitäts-Herzzentrums E._____ vom 8. Juni 2016 gestellten Diagnosen entsprechen im Wesentlichen jenen im G._____ -Gutachten. Zusätzlich wurden die Diagnosen Raynaud-Symptomatik unter Betablockertherapie, aktuell beschwerdefrei unter Nebivolol, Morbus Scheuermann und posttraumatische Belastungsstörung gestellt, mit welchen sich der RAD respektive das Bundesverwaltungsgericht bereits im Zusammenhang mit den im Beschwerdeverfahren neu eingegangenen Medizinalakten auseinandergesetzt hat (siehe E. 6.6 f.).

E. 6.8.3

Die im Arztbericht von Dr. med. Q._____ vom 31. August 2016 diagnostizierte Hyperthyreose wurde im G._____ -Gutachten ebenfalls diskutiert sowie anerkannt.

E. 6.8.4

In dem erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung datierenden Arztbericht vom 19. Oktober 2016 stellte der Orthopäde Dr. med. R._____ die Verdachts-Diagnose einer rheumatischen Erkrankung und empfahl eine rheumatologische Behandlung. Gleichzeitig wies Dr. med. R._____ darauf hin, dass sich beim Beschwerdeführer an beiden Händen erhebliche Arbeitsspuren eines handwerklich schwer arbeitenden Mannes gezeigt hätten. Wie bereits die vom Hausarzt des Beschwerdeführers gestellte Verdachtsdiagnose war auch die Vermutung von Dr. med. R._____ einer rheumatischen Erkrankung im vorliegend relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung medizinisch nicht erstellt (vgl. E. 6.7 Abs. 3).

E. 6.8.5

Im ärztlichen Befundbericht vom 10. März 2017 stellte Dr. med. H._____ - wie bereits in seinem Bericht vom Bericht vom 23. Januar 2017 (vgl. E. 6.5.2) vermutet - die Diagnose

des Schlaf-Apnoe-Syndroms. Weitere medizinische Ausführungen oder eine Begründung der Diagnose fehlen im Bericht. Insbesondere hat Dr. med. H. _____ nicht dargelegt, ob die in seinem Bericht vom 23. Januar 2017 diesbezüglich angekündigten weiteren diagnostischen Abklärungen bereits vorgenommen wurden. Der Befundbericht vom 10. März 2017 erlaubt aufgrund seines Erstelldatums erst nach der angefochtenen Verfügung sowie der fehlenden medizinischen Begründung der gestellten Diagnose keine neuen Erkenntnisse hinsichtlich des vorliegend zu beurteilenden Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (vgl. E. 4.2).

E. 6.8.6

Die im deutschen Rentenverfahren ergangene Beurteilung des Leistungsvermögens vom 27. März 2017 (handschriftlich ausgefülltes Formular, Unterschrift nicht entzifferbar) enthält schliesslich weder neue Diagnosen noch eine medizinische Beurteilung. Der unbekannte Verfasser (insbes. ist nicht bekannt, ob es sich bei diesem um eine Medizinalperson handelt) kreuzte an, die bisherige berufliche Tätigkeit sei dem Versicherten noch während unter drei Stunden täglich zumutbar. Dasselbe gelte für eine angepasste berufliche Tätigkeit. Eine Besserung des Gesundheitszustands sei unwahrscheinlich. Das Leistungsbild unter Auflistung der verschiedenen in Frage kommenden funktionellen Einschränkungen hat der Verfasser nicht ausgefüllt. In diesem Zusammenhang ist auf die arbeitsmedizinische Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen zu verweisen, eine medizinische Beurteilung abzugeben, welche körperlichen respektive geistigen Verrichtungen den Versicherten noch möglich sind (vgl. E. 5.4). Vorliegend fehlt im erwähnten Formular eine solche Beurteilung. Mangels neuer Diagnosen handelt es sich hierbei um eine von der im G. _____-Gutachten festgelegten Arbeitsfähigkeit abweichende Beurteilung aufgrund des unveränderten medizinischen Sachverhalts.

E. 7

Der Beschwerdeführer bringt gegen das G. _____-Gutachten vom 26. April 2016 vor, die darin vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit überzeuge nicht, nachdem ihm die Deutsche Rentenversicherung eine volle Erwerbsminderung zuerkannt habe. Mit dieser Argumentation dringt der Beschwerdeführer nicht durch. Aus dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung und der in der Erwägung 4.1 festgestellten Anwendung des schweizerischen Rechts folgt, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden oder Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4 und ZAK 1989 S. 320 E. 2). Damit präjudizieren die dem Beschwerdeführer durch die Deutsche Rentenversicherung gewährte Rentenleistungen nicht die Entscheidung der schweizerischen Invalidenversicherung.

E. 8

Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, dass er auch aufgrund der Beurteilung im G. _____-Gutachten vom 26. April 2016 nicht ohne Weiteres arbeitsfähig sei. Die in dem Gutachten vorgenommene Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit von 80 % impliziere eine positive Prognose im Sinne einer stärkeren Dämpfung/Anxiolyse. Diese gestellte positive Prognose sei vorliegend nicht eingetreten.

E. 8.1

Mit dieser Rüge dringt der Beschwerdeführer nicht durch. Entgegen seiner Darstellung haben sich die einzelnen Gutachter der jeweiligen Fachrichtungen jeweils mit Blick auf die

im jeweiligen Fachgebiet erhobenen Befunde separat zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geäussert. Im Falle einer reduzierten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit haben die Fachgutachter anschliessend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer an seine gesundheitlichen Probleme angepassten beruflichen Tätigkeit geprüft. Zuletzt haben die Gutachter die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit als auch in einer Verweisungstätigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht festgelegt. Abgestellt haben die Gutachter sowie auch die Vorinstanz schliesslich auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer Verweisungstätigkeit (das heisst in einer an seine gesundheitlichen Probleme angepassten beruflichen Tätigkeit).

E. 8.2

Im Einzelnen hat der allgemeinmedizinische Fachgutachter des G._____ keine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit (das heisst weder in der bisherigen beruflichen Tätigkeit noch in einer Verweisungstätigkeit) festgestellt. Der psychiatrische Fachgutachter stellte eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in der bisherigen beruflichen Tätigkeit fest, dies - wie vom Beschwerdeführer erwähnt - unter Berücksichtigung der nicht vollständig ausgeschöpften therapeutischen Möglichkeiten im Sinne der stärkeren Dämpfung/Anxiolyse. In einer angepassten beruflichen Tätigkeit ohne Verantwortung sah der psychiatrische Fachgutachter eine verbleibende Arbeitsfähigkeit 90 %. Der orthopädische Fachgutachter erkannte sodann eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere berufliche Tätigkeiten. Lediglich andauernde körperlich schwere berufliche Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Der kardiologische Fachgutachter befand den Beschwerdeführer schliesslich ebenfalls für körperlich schwere oder anhaltend mittelschwere Tätigkeiten als voll arbeitsunfähig. Dagegen seien dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis kurzzeitig mittelschwere Belastungen vollzeitig zumutbar.

E. 8.3

Aufgrund dieser einzelnen fachgutachterlichen Beurteilungen erachteten die Gutachter - insbesondere in Übereinstimmung mit den Beurteilungen des orthopädischen und kardiologischen Fachgutachters - den Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht in sämtlichen körperlich schweren und regelmässig mittelschweren Tätigkeiten seit dem Herzinfarkt von Mai 2013 als voll arbeitsunfähig. Dies gilt aufgrund der Angaben der bisherigen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers namentlich für die bisherige berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers (welche von den Gutachtern hinsichtlich des Aufgabenprofils indessen nicht eindeutig klassifiziert werden konnte). Vor dem Hintergrund dieser in somatischer Hinsicht festgelegten vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit lässt sich die vom psychiatrischen Fachgutachter geschilderte Möglichkeit zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (lediglich in psychiatrischer Hinsicht) in der bisherigen beruflichen Tätigkeit auf bis zu 80 % aufgrund der somatischen Beschwerde aus gesamtmedizinischer Sicht nicht realisieren. Der entsprechende Hinweis des Beschwerdeführers erweist sich daher als unbehelflich. Für die Gutachter sowie in der Folge die Vorinstanz war vielmehr die aus polydisziplinärer Sicht festgestellte verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 90 % in einer angepassten körperlich leichten beruflichen Tätigkeit ohne Verantwortung, vollschichtig umsetzbar mit leicht reduziertem Rendement, massgebend. Diese Arbeitsfähigkeit von 90 % berücksichtigt die Einschätzungen sämtlicher Fachgutachter des G._____, insbesondere die vom Beschwerdeführer zitierte Einschätzung des psychiatrischen

Fachgutachters (E. 8.2).

E. 9

Nach dem Gesagten steht für das Bundesverwaltungsgericht aufgrund des G._____ -Gutachtens vom 26. April 2016 fest, dass der Beschwerdeführer seit dem Herzinfarkt von Mai 2013 in einer körperlich mittelschweren bis schweren beruflichen Tätigkeit voll arbeitsunfähig war. Eine volle Arbeitsunfähigkeit für die bisherige berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers (welche von den Gutachtern bezüglich Anforderungsprofil nicht eindeutig klassifiziert werden konnte) ist zumindest ab dem 12. November 2014 gemäss dem RAD belegt (vgl. E. 6.2). Demgegenüber verbleibt der Beschwerdeführer nach den massgebenden Ausführungen der G. _____ -Gutachter trotz seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen ab dem Begutachtungszeitpunkt vom 26. April 2016 in der Lage, eine körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit ohne Verantwortung zu 90 % auszuüben, vollschichtig umsetzbar bei leicht reduziertem Rendement. Die Gutachter bezeichneten es als schwierig, die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten für die Zeit vor dem Begutachtungszeitpunkt einzuschätzen. Aus gutachterlicher Sicht könne retrospektiv eine lang andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit jedoch nicht nachvollzogen werden (act. 63 S. 24). In seiner Stellungnahme vom 10. Mai 2016 schloss Dr. med. S. _____, RAD, aufgrund des Gutachtens, dass der Beschwerdeführer seit seiner Krankschreibung in adaptierten Tätigkeiten stets 90% arbeitsfähig gewesen sei, wobei diese Einschätzung am 13. Juni 2016 und am 27. Juni 2016 von Dr. med. T. _____, RAD, aus psychiatrischer Sicht und am 15. August 2016 von Dr. med. U. _____, RAD, aus somatischer Sicht bestätigt wurde (act. 78 S. 12 ff.). Da die Rentenanmeldung am 1. Juni 2015 erfolgte, kann ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers aufgrund der Karenzfrist von sechs Monaten (Art. 29 Abs. 1 IVG) nicht vor Dezember 2015 entstanden sein. Für den Zeitraum von Dezember 2015 bis März 2016 ist aufgrund dieser Beurteilungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in adaptierten Tätigkeiten vollschichtig mit um 10% reduzierter Leistungsfähigkeit arbeitsfähig war. Soweit hinsichtlich der retrospektiven Beurteilung von Dezember 2015 bis März 2016 hingegen entgegen dem Vorstehenden von einem unbewiesenen Sachverhalt ausgegangen werden müsste, hätte - aufgrund der retrospektiv nicht mehr möglichen Sachverhaltsklärung - der Beschwerdeführer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen. Unter diesen Umständen besteht kein Anlass zu einer erneuten Begutachtung. Der vom Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 30. Januar 2017 gestellte Antrag auf Einholung eines neuen Gutachtens ist daher abzuweisen.

E. 10

Zu prüfen sind schliesslich die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen.

E. 10.1

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des potentiellen Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 ff., 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1). Vorliegend hat der Beschwerdeführer seine IV-Anmeldung mit Poststempel vom 1. Juni 2015 (vgl. IV-act. 1 S. 24) an die Vorinstanz verschickt. Ein allfälliger Rentenanspruch entstand damit frühestens

nach Ablauf eines halben Jahres ab diesem Zeitpunkt, das heisst ab Dezember 2015 (vgl. Art. 29 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 IVG). Mit Blick auf die volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers seit frühestens Mai 2013 ist im April 2014 das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen (vgl. E. 5.2) Für den vorzunehmenden Einkommensvergleich sind daher grundsätzlich die Vergleichseinkommen des Jahres 2015 zu berücksichtigen.

E. 10.2

Das Valideneinkommen ist dasjenige Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist gemäss der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen eines Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführen-den Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber die beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (Urteil des BGer 9C_488/2008 vom 5. September 2008, E. 6.4). Ein Abweichen vom Regelfall, wonach das Valideneinkommen grundsätzlich anhand des zuletzt verdienten Lohnes zu bestimmen ist, kommt erst dann in Frage, wenn - unter anderem - der tatsächlich erzielte Verdienst deutlich unter dem branchen-üblichen Tabellenlohn liegt (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.1 m.w.H.). Der Erheblichkeitsgrenzwert dieser Abweichung, ab welchem sich eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen (im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4.1) rechtfertigen kann, wurde vom Bundesgericht auf 5 % festgesetzt. Dabei ist nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung diesen Erheblichkeitsgrenzwert übersteigt (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2 und 6.1.3).

E. 10.2.1

Im Einkommensvergleich vom 17. Dezember 2015 hat die kantonale IV-Stelle ein Valideneinkommen von Fr. 60'000 einem behinderungsbedingt um 5 % von Fr. 66'687.90 auf Fr. 63'353.50 gekürzten Invalideneinkommen gegenübergestellt und so einen Invaliditätsgrad von 0 % errechnet (act. 52). Für die Berechnung des Valideneinkommens stellte die kantonale IV-Stelle auf die Angaben der B. _____ AG vom 24. August 2015 ab, wonach der Beschwerdeführer in den Jahren 2013 bis 2014 einen Lohn von Fr. 60'000.- (12x Fr. 5'000.-) im Jahr erzielt hatte und diesen Lohn auch im Jahr 2015 ohne Gesundheitsschaden noch erzielen würde (vgl. Ziff. 2.12 des Fragebogens für Arbeitgebende vom 16. Juni 2015, act. 9 S. 2-7). Ihre Angaben hat die B. _____ AG mit den entsprechenden Auszügen aus dem Jahreslohnkonto des Beschwerdeführers belegt (act.

9 S. 10-12). Die kantonale IV-Stelle hat damit das massgebende Valideneinkommen des Beschwerdeführers des Jahres 2015 grundsätzlich korrekt auf Fr. 60'000.- beziffert.

E. 10.2.2

Indessen fällt mit Blick auf das von der kantonalen IV-Stelle gestützt auf die Tabellenlöhne (nachfolgend E. 10.3 ff.) festgelegte Invalideneinkommen auf, dass das hypothetisch ermittelte Invalideneinkommen höher ausfällt als das vom Beschwerdeführer tatsächlich zuletzt generierte Jahreseinkommen. Unter diesen Umständen hätte die kantonale IV-Stelle die Prüfung einer Parallelisierung der Vergleichseinkommen vornehmen müssen.

E. 10.2.3

Aus den Akten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer eine Ausbildung als Agrotechniker absolviert hat und in der Folge bei verschiedenen Arbeitgebern auf dem erlernten Beruf sowie als Baumaschinenfahrer, als Dachdecker, als Kraftfahrer und als Lagermitarbeiter gearbeitet hat (act. 63 S. 5 f.). Die letzte berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers als Mitarbeiter Logistik setzte sich nach Angaben der damaligen Arbeitgeberin zusammen aus Ein- und Auslagerungen von Felgen und Pneus, Kommissionieren von Kundenaufträgen, Warenannahme sowie Verpacken und Versand von Waren (act. 9 S. 6). Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer hierbei keine Kaderfunktion ausübte.

E. 10.2.4

Gemäss den Durchschnittswerten der LSE 2014 des Bundesamts für Statistik (im Folgenden: BFS), monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftsabteilungen, beruflicher Stellung und Geschlecht, privater Sektor, TA1_b, Total Männer, ohne Kaderfunktion, betrug im Jahr 2014 der monatliche Bruttolohn im Bereich Instandhaltung und Reparatur von Motorfahrzeugen (Ziff. 45-47) für Männer bei einer Arbeitswoche von 40 Stunden Fr. 5'477.- (abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten.assetdetail.39777.html>, Download Medienmitteilung, S. 8, 2. Zeile [Ziff. 45-47], Spalte ganz rechts; zuletzt besucht am 6. September 2017). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2015 (vgl. Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2015 [abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten.assetdetail.335170.html>; zuletzt besucht am 6. September 2017]; im Jahr 2014 lag der Index für Männer bei 2220, im Jahr 2015 bei 2226) sowie an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.9 Stunden in der Branche Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen im Jahr 2015 (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabschnitten und Grossregionen, abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erhebungen/bua.assetdetail.233112.html>; zuletzt besucht am 6. September 2017) ergibt dies einen Vergleichslohn von Fr. 5'752.65 pro Monat, entsprechend Fr. 69'032.- im Jahr.

E. 10.2.5

Im Vergleich hierzu fiel das vom Beschwerdeführer im 2015 erzielte Valideneinkommen von Fr. 60'000.- deutlich tiefer aus, wobei der vom Bundesgericht festgelegte Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % (E. 10.2) zweifellos überschritten ist. Die prozentuale Abweichung des Valideneinkommens vom Tabellenlohn gemäss LSE 2014, indexiert bis 2015, beträgt 13 %. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer aus freien Stücken mit einem unterdurchschnittlichen Erwerbseinkommen hätte begnügen

wollen. Damit ist entsprechend der Rechtsprechung des Bundesgerichts das Valideneinkommen im Umfang von 8 % (das heisst im Umfang der den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigenden prozentualen Abweichung; vgl. E. 10.2 letzter Satz) respektive im Betrag von Fr. 5'558.- ($8/13 \times$ Differenz zwischen dem Valideneinkommen und dem erwähnten Tabellenlohn, entsprechend Fr. 9'032.-; vgl. hierzu Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Ziff. 3020.5) zu parallelisieren. Damit beträgt das Valideneinkommen Fr. 65'558.- (Fr. 60'000.- + Fr. 5'558.-).

E. 10.3

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 können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch heraus-gegebenen Lohnstrukturerhebungen herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb; 129 V 472 E. 4.2.1).

E. 10.3.1

Für das Invalideneinkommen stellte die kantonale IV-Stelle im Einkommensvergleich vom 17. Dezember 2015 auf die LSE 2012, T1, Skill Level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, von Fr. 5'210.- monatlich, umgerechnet auf eine Arbeitswoche von 41.7 sowie angepasst an die Lohnentwicklung bis 2015, ab. Sie führte ausserdem aus, dem Beschwerdeführer sei eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar (act. 78 S. 6). Bei dieser Darstellung hat die kantonale IV-Stelle indessen übersehen, dass der Beschwerdeführer gemäss G._____Gutachten in einer vollschichtig auszuübenden körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit ohne Verantwortung lediglich noch zu 90 % leistungsfähig ist (vgl. E. 9). Ausserdem hätte sie auf die im Verfügungszeitpunkt bereits verfügbare, neueste LSE 2014 abstellen sollen (vgl. Urteil des BGer 8C_228/2017 E. 4.1.3 bezüglich LSE 2012-Tabellen).

E. 10.3.2

Ausgehend von der LSE 2014, monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftsabteilungen, beruflicher Stellung und Geschlecht, privater Sektor, TA1_b, Total Männer, ohne Kaderfunktion, betrug im Jahr 2014 der monatliche Durchschnittsbruttolohn ohne Kader für Männer bei einer Arbeitswoche von 40 Stunden Fr. 5'910.- (abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten.assetdetail.39777.html>, Download Medienmitteilung, S. 7, 1. Zeile [Total], Spalte ganz rechts; zuletzt besucht am 6. September 2017). Dieses durchschnittliche Monatseinkommen 2014 ist entsprechend der Nominallohnentwicklung nach den Daten der Erhebung des Bundesamts für Statistik (im Folgenden: BFS) bis zum Jahr 2015 anzupassen, womit ein indexiertes Einkommen von Fr. 5'979.80 im Monat (vgl. Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2015 [abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten.assetdetail.335170.html>; zuletzt besucht am 6. September 2017]); vgl. E. 10.2.4) resultiert. Zu berücksichtigen ist ausserdem, dass die durchschnittliche betriebliche Arbeitszeit im Jahr 2015 bei 41.6 Std. pro Woche (abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/>

statistiken/arbeit-erwerb/erhebungen/bua.assetdetail.233112.html; zuletzt besucht am 6. September 2017) lag, womit sich das durchschnittliche Monatseinkommen im Jahr 2015 auf Fr. 6'219.- erhöht (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb). Dies entspricht einem Jahreseinkommen von Fr. 74'629.-. Angewandt auf das dem Beschwerdeführer zumutbare Arbeitspensum von 90 % reduziert sich dieses Jahreseinkommen auf Fr. 67'166.-.

E. 10.4

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b bb; SVR 2007 IV Nr. 11 S. 41 E. 3.2; RKUV 2003 U 494 S. 390 E. 4.2.3).

E. 10.4.1

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b). Andererseits sollte er - weil insoweit nicht mehr materialisier- und (gerichtlich) überprüfbar - nicht unter 10 % zu liegen kommen (siehe Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Sozialversicherungsrecht, 2. Aufl., 2010, S. 314). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist dem Umstand, dass Teilzeitbeschäftigte überproportional weniger verdienen als Vollzeitangestellte, mit einem Leidensabzug unter dem Titel des Beschäftigungsgrades Rechnung zu tragen. Demgegenüber ist bei Vollzeittätigkeit mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit in der Regel kein Abzug gerechtfertigt (Urteile BGer I 69/07 vom 2. November 2007 E. 5.1 f. BGer 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.5.1 und 9C_767/2015 vom 19. April 2016 E. 4.4).

E. 10.4.2

Hinsichtlich des leidensbedingten Abzugs darf das Bundesverwaltungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich hierzu auf Gegebenheiten stützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (vgl. hierzu BGE 126 V 353 E. 5d S. 362, 123 V 150 E. 2 S. 152; Urteil C 43/06 vom 19. April 2006, E. 1.2).

E. 10.4.3

Vorliegend hat die Vorinstanz in ihrem Einkommensvergleich vom 17. Dezember 2015 einen Abzug vom Tabellenlohn von 5 % berücksichtigt. Unter Berücksichtigung dieses Abzugs resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 63'808.-. Verglichen mit dem (parallelisierten) Valideneinkommen von Fr. 65'558.- resultiert eine Erwerbseinbusse und damit entsprechend ein Invaliditätsgrad von 3 %. Dieser Invaliditätsgrad berechtigt nicht zu einer schweizerischen Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. 5.3). Vorliegend kann die Frage der Angemessenheit des von der kantonalen IV-Stelle berücksichtigten Abzugs vom Tabellenlohn offengelassen werden, da unabhängig von dessen möglicher Höhe zwischen 0 und 25 % kein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % erreicht wird und der

Beschwerdeführer damit keinen Rentenanspruch hat. Insgesamt ist damit im Ergebnis die Feststellung der kantonalen IV-Stelle im Einkommensvergleich vom 17. Dezember 2015, wonach der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers zu keiner schweizerischen Invalidenrente berechtigt, zu schützen. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen und die angefochtene Verfügung ist zu bestätigen.

E. 11.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 11.2

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 keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 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.