

BVGer C-6498/2012 vom 11. Dezember 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-12-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6498_2012

FR: TAF C-6498/2012 du 11 décembre 2013

IT: TAF C-6498/2012 del 11 dicembre 2013

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), soweit das Bundesgesetz über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 172.32) nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Auf Verfahren in Sozialversicherungssachen findet das VwVG jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Das ist hier gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.2

Nach Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist demnach für die Beurteilung der Beschwerde zuständig. Da der Beschwerdeführer als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2012 beschwerdelegitimiert ist (Art. 59 ATSG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde grundsätzlich einzutreten (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 1.3

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 14. November 2012 (act. 67), mit welcher der Antrag des Beschwerdeführers um Zusprache einer schweizerischen Invalidenrente abgelehnt wurde. Nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung ist die Rückerstattung geleisteter AHV/IV-Beiträge, weshalb auf den diesbezüglichen Antrag des Beschwerdeführers nicht einzutreten ist.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger (act. 2/1) und wohnt in Grossbritannien, 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 der darin erwähnten europäischen Verordnungen anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Bürger 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). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften. Dass die im FZA erwähnten Verordnungen - insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 - am 1. April 2012 durch die Verordnungen Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden sind, ändert vorliegend an der Geltung des Schweizer Rechts nichts (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht.

E. 2.2

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

E. 2.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. November 2012) 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).

E. 2.4

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

Kraft standen; Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft gesetzt waren, sind insoweit massgebend, als sie für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Anspruchs von Belang sind. Vorliegend ist grundsätzlich auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit Ansprüche ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen sind, sind in zeitlicher Hinsicht die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) zu beachten, soweit diese einschlägig sind.

E. 3

Umstritten und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz infolge Verletzung der Mitwirkungspflichten aufgrund der Akten entscheiden durfte und das Rentengesuch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

E. 3.1

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 Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens eines vollen Jahres gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden bzw. während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung, wobei für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind (vgl. Wegleitung des Bundesamts für Sozialversicherungen über die Renten in der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [RWL], Rz. 3004). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als einem Jahr Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (act. 1) und erfüllt unter Anrechnung der ausländischen Versicherungszeiten (act. 4) auch die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 3.2

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).

E. 3.3

Bei der Beurteilung des Invaliditätsgrades stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, welche von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.4

Wer Versicherungsleistungen beansprucht, muss unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind (Art. 28 Abs. 2 ATSG). Laut Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Kommt die versicherte Person den Auskunftspflicht- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG). Gegebenenfalls kann der Versicherungsträger das von der versicherten Person eingereichte Gesuch mit der Begründung abweisen, der Sachverhalt, aus dem diese ihre Rechte ableiten wolle, sei nicht erwiesen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_396/2012 vom 16. Oktober 2012 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 117 V 261 E. 3b). Gemäss Art. 7b IVG können die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachkommt (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_733/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 3.1).

E. 4

Zunächst ist zu prüfen, ob die Vorinstanz das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG durchgeführt hat.

E. 4.1

Die Vorinstanz hat mit Schreiben vom 21. Februar 2012 den britischen Versicherungsträger beauftragt, den Beschwerdeführer neurologisch und rheumatologisch abklären zu lassen (act. 60). Darüber wurde der Beschwerdeführer mit einem Schreiben vom gleichen Tag informiert. Dabei wies ihn die Vorinstanz unter Nennung von Art. 43 Abs. 3 ATSG auf die möglichen Folgen einer Nichtbeachtung der Mitwirkungspflichten hin (act. 61). Nachdem der britische Versicherungsträger am 21. Juni 2012 mitgeteilt hatte, dass die angeforderten ärztlichen Berichte nicht hätten erstellt werden können, da der Beschwerdeführer die Untersuchung durch den Begutachter verweigert habe (act. 64), wies ihn die Vorinstanz mit

Mahnung vom 15. August 2012 darauf hin, dass sie aufgrund der Akten entscheiden könne, wenn er ohne Entschuldigungsgrund der verlangten Untersuchung keine Folge leiste. Dementsprechend setze sie ihm eine Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Mahnung, um sich mit dem britischen Versicherungsträger in Verbindung zu setzen und der Vorinstanz seine Antwort zu schicken. Schliesslich wies sie ihn darauf hin, dass ohne seine Antwort nach Ablauf dieser Frist eine beschwerdefähige Verfügung erlassen werde (act. 66). Nachdem diese Frist ungenutzt verstrichen war, erliess die Vorinstanz am 14. November 2012 die angefochtene Verfügung.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer wurde von der Vorinstanz genügend über seine Mitwirkungspflichten und über die Möglichkeit der Fällung eines Aktenentscheids aufmerksam gemacht. Die angesetzte Frist von 30 Tagen erscheint zudem angemessen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5441/2007 vom 18. Mai 2009 E. 4.1). Das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG wurde demnach korrekt durchgeführt. Es ist daher davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer in Kenntnis der rechtlichen Konsequenzen, nach Durchführung eines schriftlichen Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, der von der Vorinstanz angeordneten rheumatologischen und neurologischen Untersuchung widersetzt hat.

E. 5

Weiter ist zu prüfen, ob die Weigerung des Beschwerdeführers, sich der angeordneten ärztlichen Begutachtung zu entziehen, in entschuldbarer Weise erfolgte. Entscheidend ist dabei gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG, ob die angeordnete Untersuchung notwendig und zumutbar ist.

E. 5.1

Die medizinische Abklärung der objektiven Gesundheitsschäden ist eine unabdingbare gesetzlich verankerte Voraussetzung für die Zusprache einer Leistung der Invalidenversicherung. Der Versicherer befindet darüber, mit welchen Mitteln er den rechtserheblichen Sachverhalt abklärt. Im Rahmen der Verfahrensleitung hat er einen grossen Ermessensspielraum hinsichtlich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2010 vom 12. März 2010 E. 4.1). Der Beschwerdeführer macht sinngemäss geltend, dass die angeordneten Abklärungen nicht notwendig seien, da er bereits genügend medizinisch abgeklärt worden sei (act. 62).

E. 5.2

Mit Blick auf die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die Vorinstanz in Zusammenarbeit mit ihrem medizinischen Dienst zu entscheiden, mit welchen Mitteln der medizinische Sachverhalt abzuklären ist. Dr. B._____ vom medizinischen Dienst der Vorinstanz war in seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2012 - welche als ein entscheidrelevanter Bericht im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG zu werten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 5) - der Ansicht, dass der medizinische Sachverhalt noch nicht vollständig abgeklärt sei, da sich aus dem Bericht von Dr. D._____ vom 6. Dezember 2012 (act. 56) konkrete Anhaltspunkte auf eine neue Diagnose ergeben würden und aus

diesem Grund rheumatologische und neurologische Untersuchungen notwendig seien (act. 59). Es sei wichtig abzuklären, ob die geklagten Gelenkschmerzen von einer Fibromyalgie oder einer Psoriasis-Arthritis stammen würden. Es sei zudem nötig, eine präzise Diagnose der neurologischen Untersuchung zu erhalten. Gemäss der Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Vorinstanz vom 23. August 2013 (B-act. 14) vermag auch der im Beschwerdeverfahren einreichte Bericht von Dr. F. _____ vom 15. Mai 2013 (B-act. 10) die ungeklärten Fragen im Zusammenhang mit der Fibromyalgie bzw. Psoriasis-Arthritis nicht zu klären. Dass die Vorinstanz auf einer Begutachtung besteht, lässt sich mit Blick auf die vorstehend zusammengefasst wiedergegebenen Rechtsprechung bzw. den ihr zustehenden grossen Ermessensspielraum nicht beanstanden, zumal die Einschätzung des medizinischen Dienstes nachvollziehbar ist. Da bislang keine rheumatologische Exploration stattgefunden hat und die letzte neurologische Abklärung bereits einige Jahre zurückliegt, ist eine Beurteilung durch Fachärzte angezeigt. Die Vorinstanz hat damit ihr Ermessen mit Blick auf die konkreten Umstände sowie angesichts der grossen Tragweite des allfälligen Rentenentscheides nicht überschritten. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist eine weitere medizinische Abklärung daher notwendig.

E. 5.3

Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit sind die gesamten objektiven und subjektiven Umstände des Einzelfalles zu würdigen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 214/01 vom 25. Oktober 2001 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts I 906/05 vom 23. Januar 2007 E. 6), wobei grundsätzlich davon auszugehen ist, dass ärztliche Untersuchungen ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar zu betrachten sind (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 43, Rz. 44). Entschuldigbar wäre eine Verweigerung der Mitwirkung etwa dann, wenn die versicherte Person krankheitshalber oder aus anderen Gründen nicht in der Lage war, ihren Pflichten nachzukommen (Urteil des Bundesgerichts 8C_733/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 5.3). Vom Beschwerdeführer werden jedoch keine konkreten Gründe genannt, weshalb es ihm nicht zumutbar war, sich den angeordneten Untersuchungen zu unterziehen. Auch sind aufgrund der Akten keine Rechtfertigungsgründe erkennbar. Hinzu kommen auch keine geltend gemachten, begründeten Ausstands- oder Ablehnungsgründe, was eine Verweigerung der Mitwirkung als gerechtfertigt erscheinen lassen könnte (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C_418/2009 vom 28. Juli 2009 E. 1.1 und 2.1). Die angeordnete ärztliche Untersuchung in Grossbritannien ist dem Beschwerdeführer damit zumutbar.

E. 5.4

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Weigerung des Beschwerdeführers, sich der angeordneten notwendigen ärztlichen Begutachtung zu entziehen, nicht auf entschuldbaren Gründen beruht, weshalb er die Konsequenzen der Untersuchungsverweigerung zu tragen hat. Die Vorinstanz durfte daher infolge der schuldhaften Verletzung der Mitwirkungspflicht aufgrund der Akten entscheiden.

E. 6

Schliesslich ist zu prüfen, ob die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers aufgrund der (unvollständigen) medizinischen Akten zu Recht abgewiesen hat.

E. 6.1

Aus den medizinischen Unterlagen, welche der Vorinstanz vom deutschen Versicherungsträger am 6. Dezember 2010 zugestellt wurden (act. 19-23, 25) ergibt sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit. Der medizinische Dienst der Vorinstanz hat diese Unterlagen geprüft und ist in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2011 (act. 41) zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Spa-Manager voll arbeitsfähig ist. Als Diagnosen hat er eine degenerative Erkrankung der Wirbelsäule, eine HIV-Infektion ohne Symptome, eine Hepatitis C, eine Schuppenflechte sowie polyartikuläre Schmerzen aufgeführt. Die Schmerzen der Wirbelsäule würden die Leistungsfähigkeit leicht einschränken, die übrigen Leiden hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

E. 6.2

Diese Einschätzung des medizinischen Dienstes ist angesichts des im österreichischen Rentenprüfungsverfahren im Jahr 2009 erstellten polydisziplinären Gutachtens nachvollziehbar und schlüssig. Im internistischen Teilgutachten von Prof. Dr. G. _____ vom 13./16. Juli 2009 (act. 9/1 bis 9/8) wurde festgestellt, dass dem Beschwerdeführer vollschichtig leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten ohne weitere Einschränkungen zumutbar seien. Gemäss dem neurologischen und psychiatrischen Teilgutachten von Dr. H. _____ vom 7. Juli 2009 (act. 9/9 bis 9/13) ist der Beschwerdeführer für mittelschwere und drittelzeitig für schwere körperliche Arbeiten geeignet, und zwar in jeder Körperhaltung in der üblichen Arbeitszeit mit den üblichen Arbeitspausen. Für Arbeiten mit durchschnittlichem psychischem Anforderungsprofil sei er unterweisbar. Besonderer Zeitdruck sei ihm zweidrittelzeitig zumutbar. Im dermatologischen Teilgutachten von Dr. I. _____ vom 8. Juli 2009 (act. 9/14 bis 9/15) wurde festgestellt, dass der Beschwerdeführer uneingeschränkt erwerbsfähig sei. Im orthopädischen Teilgutachten von Dr. J. _____ vom 8. Juli 2009 (act. 9/18) wurde schliesslich attestiert, dass ihm die tägliche Arbeitszeit im Ausmass einer Vollzeitbeschäftigung einer leichten bis maximal fallweise mittelschweren Tätigkeit unter Einhaltung üblicher Arbeitspausen und unter Vermeidung bestimmter Verrichtungen zumutbar sei.

E. 6.3

Der medizinische Dienst der Vorinstanz hat auch den Bericht von Dr. K. _____ vom 21. September 2009 (act. 10), den Bericht von Dr. L. _____ vom 14. Dezember 2010 bezüglich Hospitalisation infolge eines Blackouts (act. 32) sowie die im Rahmen des Verfahrens in Deutschland abgegebene gutachterliche Stellungnahme von Dr. M. _____ vom 7. April 2010 (act. 9/28 bis 9/29), der aufgrund des österreichischen Gutachtens zum Ergebnis kam, dass unter allgemeinen Arbeitsmarktbedingungen ein 6- und mehrstündiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeiten mit diversen qualitativen Einschränkungen bestehe, berücksichtigt und gewürdigt. Auch die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichte gutachterliche Stellungnahme von Dr. N. _____ zuhanden des Sozialgerichts Lübeck vom 14. April 2011 (B-act. 1) vermag an der Beurteilung des medizinischen Dienstes nichts zu ändern. Bestätigt dieser doch, das bekannte Leistungsprofil des Beschwerdeführers und bestätigt damit die Einschätzung des medizinischen Dienstes.

E. 6.4

Im Übrigen entsprechen die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte von Dr. L. _____ vom 14. Dezember 2010 (act. 32), von Dr. D. _____ vom 6. Dezember 2011

(act. 56) und von Dr. F. _____ vom 15. Mai 2013 (B-act. 10) den Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Einschätzungen nicht und äussern sich insbesondere auch gar nicht zu Einschränkungen des funktionellen Leistungsvermögens und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Aus den vom Beschwerdeführer eingereichten Berichten sind auch keine objektiven Befunde ersichtlich, aufgrund welcher eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit angenommen werden müsste. Weitere ärztliche Unterlagen liegen nicht vor, zumal die Einholung der Akten aus dem deutschen Gerichtsverfahren aufgrund der Weigerung der Zustimmung des Beschwerdeführers nicht möglich war (B-act. 14). Nicht zu beanstanden ist schliesslich, dass die Vorinstanz keine weiteren ärztlichen Berichte bei der Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. C. _____, eingefordert hat. Der Beschwerdeführer hat es selbst zu verantworten, dass die medizinischen Akten nicht vollständig sind, da er die ärztliche Begutachtung verweigerte und zudem trotz entsprechender Aufforderung (act. 51) keine Unterlagen seiner Hausärztin einreichte.

E. 6.5

Aufgrund der vorliegenden (unvollständigen) medizinischen Unterlagen ergibt sich keine rentenbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit. Der Sachverhalt, aus dem der Beschwerdeführer einen Rentenanspruch ableiten will, ist damit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen.

E. 7

Zusammenfassend steht damit fest, dass die Vorinstanz die Weigerung des Beschwerdeführers, sich der Begutachtung in Grossbritannien zu unterziehen, zu Recht als schuldhaftes Verletzung der Mitwirkungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG gewertet hat und demzufolge aufgrund der vorhandenen (unvollständigen) Akten entscheiden durfte. Weil diese den Schluss auf eine rentenbegründende Einschränkung der erwerblichen Leistungsfähigkeit nicht zulassen, hat sie den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung ist damit nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 8.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt. Mit Zwischenverfügung vom 14. Juni 2013 (B-act. 20) wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege gutgeheissen, weshalb auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten ist.

E. 8.2

Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG i. V. m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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