



Abteilung II
B-3908/2011

Urteil vom 11. Juni 2012

Besetzung

Richter Frank Seethaler (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz, Richter Hans Urech,
Gerichtsschreiberin Karin Behnke.

Parteien

M._____,
vertreten durch Dr. iur. Balthasar Settelen, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Revision IV-Rente.

Sachverhalt:**A.**

Der 1959 geborene, verheiratete Beschwerdeführer mazedonischer Herkunft immigrierte 1980 in die Schweiz, wo er als Eisenleger tätig war. Am 19. August 1992 zog er sich bei einem Arbeitsunfall im Bereich des linken Fussgelenks eine Talusluxationsfraktur mit Fersenbein-Abspaltung zu. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) sprach dem Beschwerdeführer nach Abschluss der Behandlung mit Wirkung ab 1. Juni 1994 eine Rente der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 25% sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 15% zu (Verfügung vom 7. Juni 1994, in IV-act. 15). Mit Einspracheentscheid vom 11. November 1994 hielt die SUVA an ihrer Verfügung fest (in IV-act. 15). Mit Urteil vom 3. März 1997 erhöhte das Versicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt in teilweiser Gutheissung der gegen den Einspracheentscheid ergangenen Beschwerde den Invaliditätsgrad auf 35% (IV-act. 27). Der Entscheid erwuchs in Rechtskraft. 1997 verliess der Beschwerdeführer die Schweiz und liess sich in Mazedonien nieder.

B.

B.a Am 21. Juli 1993 hatte sich der Beschwerdeführer erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet, wobei er eine Wiedereinschulung in die bisherige Tätigkeit oder eine Rente beantragte (IV-act. 1). Die IV-Stelle Basel-Stadt klärte die erwerbliche und medizinische Situation ab und gewährte dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. Juli 1997 für die Dauer vom 1. August 1993 bis 31. Mai 1994 eine befristete ganze Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100%, nebst Zusatzrente für die Ehefrau und zwei Kinderrenten (IV-act. 37, 38). Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde vom 15. August 1997 hiess die kantonale Rekurskommission für die Ausgleichskassen (Basel-Stadt) mit Urteil vom 28. Mai 1998 in dem Sinne gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die IV-Stelle Basel-Stadt anwies, zur Festsetzung des Invaliditätsgrades ab 1. Juni 1994 ein psychiatrisches Gutachten einzuholen (IV-act. 45). Die zwischenzeitlich zuständig gewordene IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Vorinstanz) sprach dem Beschwerdeführer nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. H._____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel, vom 30. Juni 1999 (IV-act. 53) mit Verfügungen vom 14. August 2000 und 8. September 2000 für die Zeit vom 1. Juni 1994 bis 31. Januar 1998 eine Viertelsrente und ab 1. Februar 1998 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 70% zu, jeweils nebst

den akzessorischen Renten für die Ehegattin und die Kinder des Beschwerdeführers (IV-act. 68-71).

B.b. Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Revision – insbesondere gestützt auf eine Expertise von Dr. med. S._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Lausanne, vom 11. Juli 2003 (IV-act. 111) – hob die Vorinstanz die ganze Rente mit Verfügung vom 12. Juli 2004 per 1. September 2004 auf und entzog einer allfälligen Einsprache gestützt auf Art. 11 Abs. 1 lit. b der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) die aufschiebende Wirkung. Den Invaliditätsgrad legte sie auf 42% fest (IV-act. 127, 128). Mit prozessleitender Verfügung vom 8. September 2004 wies die Vorinstanz den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab (IV-act. 136). Mit Urteil vom 10. Januar 2005 wies die Eidgenössische Rekurskommission der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung für die im Ausland wohnenden Personen die gegen die prozessleitende Verfügung vom 8. September 2004 gerichtete Beschwerde ab (IV-act. 153). Mit Einspracheentscheid vom 30. März 2005 hielt die Vorinstanz in der Hauptsache an ihrer Verfügung vom 12. Juli 2004 bezüglich der revisionsweisen Aufhebung der Rente fest (IV-act. 155), welcher vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 6. Juli 2007 bestätigt wurde (IV-act. 167).

B.c.

Eine gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht mit Urteil vom 19. Oktober 2007 im Wesentlichen mit der Begründung ab, das Bundesverwaltungsgericht sei zu Recht davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zu den für die Verfügung vom 8. September 2000 massgebenden Verhältnissen verändert habe, so dass der Invaliditätsgrad bei Abschluss des Verwaltungsverfahrens noch gerundete 43% betragen habe. Eine anspruchserhebliche Veränderung hinsichtlich der ursprünglich im Vordergrund stehenden Arthrose stehe nicht zur Diskussion; es liege auf der Hand, dass die diesbezüglichen belastungsabhängigen Beschwerden bei leichten, sitzend wahrzunehmenden Tätigkeiten nach wie vor irrelevant seien. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden sei mit der Expertise des Dr. med. S._____ vom 11. Juli 2003 eine Besserung ausgewiesen, welcher sich Dr. med. H._____ in seinem Privatgutachten vom 13. Dezember 2005 im Wesentlichen angeschlossen habe. Im Hinblick auf das metabolische Syndrom bzw. bezüglich der eigentlichen Komponenten dieses Syndroms – Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fett-

stoffwechselstörung – sei die Einschätzung der Vorinstanzen nicht zu beanstanden, dass diese vorab als Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen zu gelten hätten. Soweit diese darüber hinaus auch selber eine einschränkende Symptomatik zeigten, sei auf die offenkundig weiterhin nicht ausgeschöpften Möglichkeiten des Beschwerdeführers zu verweisen, den betreffenden Befunden medikamentös (Regulierung von Bluthochdruck, Diabetes und Fettstoffwechselstörung) bzw. mit geeigneter Lebensführung (Senkung des Körpergewichts durch vermehrte körperliche Aktivität und geeignete Diät) entgegenzuwirken. Die Anmerkungen des Psychiaters Dr. med. H. _____ im Gutachten vom 13. Dezember 2005 sowie die letztinstanzlich eingereichten Berichte diverser mazedonischer Ärzte rechtfertigten allerdings eine eingehende Abklärung des Zustands des Herz-/Kreislaufsystems und allenfalls weiterer innerer Organe (Lunge, Nieren, Leber), soweit damit eine nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens eingetretene Verschlechterung der Leistungsfähigkeit verbunden sein könnte. Da Art. 28 Abs. 1^{ter} des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) (in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) keine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine Anspruchsvoraussetzung bilde, mithin der Anspruch selbst bei einem 40 Prozent übersteigenden Invaliditätsgrad vorerst weg falle, setzten weitere Abklärungen an sich eine Neuanschuldung voraus (Art. 87 Abs. 4 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in der ab 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2011 gültigen Fassung). Das Bundesgericht überwies im Interesse der Prozessökonomie die Akten an die Vorinstanz, damit diese ein Neuanschuldungsverfahren einleite, die notwendigen materiellen Abklärungen tätige und für die Zeit nach Erlass des Einspracheentscheids neu verfüge (IV-act. 182).

C.

In Nachachtung des Urteils des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2007 leitete die Vorinstanz am 28. Dezember 2007 ein Neuanschuldungsverfahren ein (IV-act. 184) und wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 22. September 2008 erneut ab (IV-act. 204). Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 4. September 2009 in dem Sinne gut, als es die Sache zur Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückwies (IV-act. 218). In Nachachtung dieses Urteils beauftragte die Vorinstanz am 25. Januar 2010 das Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB), Medizinische Abklärungsstelle der Eidg. Invalidenversicherung (MEDAS) mit der Erstellung eines

polydisziplinären Gutachtens, welches dieses am 24. Juni 2010 erstattete (IV-act. 245). Mit Vorbescheid vom 22. November 2010 stellte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer erneut die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht, da ihm die Ausübung einer angepassten Tätigkeit ab Juni 2010 vollzeitlich möglich wäre und er dabei eine Erwerbseinbusse von lediglich 31% erleiden würde (IV-act. 252). In diesem Sinne verfügte die Vorinstanz am 7. Juni 2011 (IV-act. 267).

D.

Gegen diese Verfügung reichte der Beschwerdeführer am 11. Juli 2011 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht ein und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 7. Juni 2011 und die Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz zur Festsetzung einer Rente unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

E.

Mit Vernehmlassung vom 21. September 2011 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde.

F.

Mit Replik vom 27. Oktober 2011 hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde fest.

G.

Die Vorinstanz hielt in ihrer Duplik vom 3. November 2011 an ihrer Vernehmlassung fest.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG sowie Art. 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2. Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit

das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a – 26^{bis} und 28 – 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

1.3. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 7. Juni 2011. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist er besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde, nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, einzutreten.

2.

2.1. Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

2.2. Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. THOMAS HÄBERLI, in: Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40).

3.

Zunächst sind die für die Beurteilung des Anspruchs massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

3.1. Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Mazedonien und hat dort seinen Wohnsitz. Vorliegend findet damit das Abkommen vom 9. Dezember 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.520.1; im Folgenden: Abkommen) Anwendung. Nach Art. 3 in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 dieses Abkommens stehen die Staatsange-

hörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in seinem Art. 2 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die IV gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung der beidseitigen Staatsangehörigen vor. Die Frage ob, und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der IV besteht, bestimmt sich daher vorliegend alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

3.2. Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 7. Juni 2011) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

3.3. Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_419/2009 vom 3. November 2009), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 445).

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil BGer 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht,

so gilt das alte Recht (vgl. Urteil BGer 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.2 f., Urteil BGer 8C_312/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 5; Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]).

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des (allfälligen) Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 7. Juni 2011 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Hinsichtlich des Zeitpunkts des Rentenbeginns gilt das alte Recht, da vorliegend der (allfällige) Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist und sich der Beschwerdeführer vor dem 31. Dezember 2008 angemeldet hat. Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

3.4. 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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3).

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).

3.5. Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

Nach der bis Ende Dezember 2007 in Kraft gestandenen Fassung des Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (Bst. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Bst. b). Der im Regelfall anwendbare Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG (vgl. BGE 119 V 98 E. 4a mit Hinweisen) setzt voraus, dass sowohl eine Arbeitsunfähigkeit als auch eine Erwerbsunfähigkeit in anspruchserheblichem Umfang vorliegen (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/cc).

3.6. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung], Art. 28 Abs. 1 IVG [in der ab 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung]).

Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG [in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung], Art. 28 Abs. 1^{ter} IVG [in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung]), sofern nicht ein Staatsvertrag etwas anderes vorsieht. Art. 5 Abs. 2 des Abkommens bestätigt diese Wohnsitzklausel ausdrücklich.

3.7. Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV (in der ab 1. Januar 2004 bis 31. Dezem-

ber 2011 gültigen Fassung) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder Hilflosigkeit der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist, sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab.

3.8. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

3.9. 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 medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, BGE 122 V 157 E. 1c).

3.10. Im Beschwerdeverfahren kann auf die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) abgestellt werden, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Für RAD-Berichte von besonderer Bedeutung ist, dass diese in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurden, in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten sowie begründete Schlussfolgerungen enthalten. Zudem müssen die Ärztinnen und Ärzte des RAD über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen

Qualifikationen verfügen (Urteil BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a, Urteil BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2).

4.

Vorliegend ist strittig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob der Beschwerdeführer nach diesen Grundsätzen vom 1. April 2005 bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids am 7. Juni 2011 in einem rentenbegründenden Ausmass invalid geworden ist. Mit der rechtskräftigen Ablehnung eines Rentengesuchs ist verbindlich festgestellt, dass ein Rentenanspruch nicht vor diesem Zeitpunkt entstanden ist. In einem solchen Fall können bei späterer Bejahung der Anspruchsberechtigung in einem neuen Verfahren Rentenleistungen frühestens ab dem Monat zur Ausrichtung gelangen, in welchem die Ablehnungsverfügung erging. Aufgrund des formell rechtskräftigen Einspracheentscheids vom 30. März 2005, mit welchem die ganze Rente per 1. September 2004 aufgehoben wurde, ist davon auszugehen, es liege bis zu diesem Zeitpunkt kein invalidisierender Gesundheitsschaden und mithin auch noch keine wartezeitauslösende Arbeitsunfähigkeit vor. Deshalb fällt, in Anbetracht des Wartejahres gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG, ein Rentenanspruch vor dem 30. März 2006 von vornherein ausser Betracht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 24. März 2004, I 857/02, E. 4.2).

4.1. Nach Auffassung der Vorinstanz liegt kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad vor. Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Eisenleger seit dem Unfall vom 19. August 1992 zwar unbestrittenermassen zu 100% arbeitsunfähig. Die Ausübung einer leichteren, dem Gesundheitszustand adaptierten Tätigkeit sei jedoch spätestens seit Juni 2010 zu 100% zumutbar, so dass eine Erwerbseinbusse von 31% resultiere. Soweit der Beschwerdeführer vorbringe, Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel, habe eine invalidisierende Persönlichkeitsstörung festgestellt, sei dem entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht mit Urteil vom 19. Oktober 2007 bestätigt habe, dass die Persönlichkeitsstörung keinen andauernden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe; diese Schlussfolgerungen seien für die Vorinstanz verbindlich. Die neuen Unterlagen aus Mazedonien förderten keine neuen Erkenntnisse zu Tage. Im Hinblick auf die somatischen Beschwerden habe der RAD festgestellt, dass die hohen Blutdruckwerte, die anlässlich der spannungsgeladenen Situation der Begutachtung gemessen worden seien, nicht auf einen dauerhaften gefährlichen Blutdruck schlies-

sen liessen, der jegliche körperlich leichte berufliche Tätigkeit verbiete. Entgegen den Aussagen des Beschwerdeführers entspreche die in Mazedonien durchgeführte Behandlung nicht der von der Y._____ vorgeschlagenen Behandlung, da die antihypertensive Behandlung keine Zugabe eines Angiotensin-II-Blockers enthalte. Ferner sei nicht dokumentiert, ob die Medikamente auch tatsächlich eingenommen würden. Die medikamentöse Compliance sei jedoch ausschlaggebend für eine effiziente Behandlung der Hypertonie. Es sei Sache des Beschwerdeführers, glaubhaft zu machen, dass die Schadenminderungspflicht im vorliegenden Fall unzumutbar sei (IV-act. 267).

4.2. Den im Recht liegenden und für den vorliegenden Fall zeitlich relevanten Arztberichten ist was folgt zu entnehmen:

4.2.1. In seinem Privatgutachten zuhanden des Beschwerdeführers vom 13. Dezember 2005 erhob Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel, folgende Diagnosen:

1. Dysthymia (leichte ängstlich-depressive Episode; ICD-10 F34.1, resp. 32.0).
In früheren Gutachten wurden folgende Diagnosen erwähnt: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0), Verdacht auf schädlichen Gebrauch von alkoholischen Getränken.
2. Metabolisches Syndrom
3. Hypertonie
4. Diabetes mellitus
5. Hypercholesterinämie
6. Chronische Bronchitis
7. Wahrscheinlich biventrikuläre Herzinsuffizienz.

Ergänzend hielt Dr. med. H._____ fest, mit den Schlussfolgerungen von Dr. med. S._____ in seinem Gutachten vom 11. Juli 2003 stimme er im Wesentlichen überein. Allerdings habe der Unfall vom August 1992 und die nachfolgende Zeit mit der chronischen Schmerzsymptomatik die Charakterzüge der vorbestehenden Persönlichkeitsstörung wesentlich verstärkt, was zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt habe und führe. Komme hinzu, dass sich der körperliche Gesundheitszustand

des Beschwerdeführers wesentlich verschlechtert habe; er leide unter einer Hypertonie (196/114 mmHg), einem Diabetes mellitus, einer Hypercholesterinämie, chronischer asthmoider, wahrscheinlich kardialer Bronchitis bei gleichzeitigen Unterschenkelödemen, welche auf eine Herzinsuffizienz hinwiesen. Bezüglich der Compliance im Hinblick auf die Medikamenteneinnahme könne er keine Angaben machen. Ein Mensch mit dieser körperlichen Symptomatik sei allerdings arbeitsunfähig (IV-act. 161).

4.2.2. Dr. med. L._____ des RAD argumentierte in seiner undatierten Stellungnahme, auch Dr. med. H._____ bestätige nun, dass sich die psychische Situation gebessert habe und widerspreche Dr. med. S._____ nicht. Damit seien die Behauptungen von psychiatrischer Seite aus Mazedonien, wonach eine schwere psychische Erkrankung mit Suizidalität vorliege, vom Tisch. Es werde nun aber argumentiert, dass der Beschwerdeführer aus körperlichen Gründen voll arbeitsunfähig sei. Zur somatischen Seite habe sich der RAD bereits mehrfach geäußert. Im Vordergrund stehe ja die Fussproblematik, weshalb dem Beschwerdeführer auch unbestreitbar als Eisenleger eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Die Lungenfunktion sei 2004 geprüft worden und habe eine mittlere Einschränkung gezeigt, was mit leichter Arbeit uneingeschränkt vereinbar sei. Der Blutdruck sei behandelbar. Eine relevante Herzkrankheit sei nicht diagnostiziert worden. In der Gesamtbeurteilung komme man zum Schluss, dass sich die psychische Gesundheit seit 2003 bis heute nachhaltig gebessert habe, die vorliegenden somatischen Befunde (Fuss, leichte Einschränkung der Lungenfunktion, leichte degenerative Veränderungen radiologischer Natur an der LWS) mit einer angepassten Verweistätigkeit vereinbar seien. Zwei Mal drei Stunden täglich mit maximaler 20%iger Einschränkung der Leistungsfähigkeit seien für Verweistätigkeiten zumutbar, was zu einer Einschränkung von maximal 40% führe bei einem Arbeitstag von 8.5 Std. (IV-act. 163).

4.2.3. Eine am 10. August 2007 durchgeführte 24-Stundenmessung des Blutdrucks ergab die Diagnose eines dramatischen Anstiegs des Blutdrucks (IV-act. 169).

4.2.4. Eine am 13. August 2007 durchgeführte Ultraschalluntersuchung der Abdominalorgane zeigte eine vergrößerte, deutlich steatotisch veränderte Leber mit grober Echostruktur, ein vergrößertes, hyperechogenisches Pankreas mit grober Echostruktur. Auch die Milz

und beide Nieren waren vergrößert. Es wurde eine diabetische Nephropathie diagnostiziert (IV-act. 174).

4.2.5. Mit Bericht vom 13. August 2007 erhob Dr. S._____, Facharzt für Innere Medizin, Kicevo, folgende Diagnosen: Diabetes mellitus Typ 2, chronische asthmoide Bronchitis, diabetische Nephropathie, Lebersteatose, Hyperlipidämie, arterielle Hypertonie, Hypertonikerherz, Sinus-Tachykardie sowie Angina pectoris. Der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig (IV-act. 175).

4.2.6. Im Bericht vom 14. August 2007 diagnostiziert Dr. N._____, Neuropsychiater, eine Zykllothymia F34.0, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4, eine diabetische Polyneuropathie G63.2 sowie Spannungskopfschmerzen G44.2. Eine EEG-Untersuchung ergab ein grenzwertig verändertes EEG bei vegetativer vasomotorischer Labilität (IV-act. 177).

4.2.7. Im Bericht vom 13. Februar 2008 von Dr. S._____ werden folgende Diagnosen aufgeführt: Diabetes mellitus Typ 2, diabetische Nephropathie, maligne arterielle Hypertonie, Hypertonikerherz, stabile Angina pectoris, Sinus-Tachykardie, Lebersteatose, Hyperlipidämie sowie eine chronische asthmoide Bronchitis (IV-act. 194).

4.2.8. Dr. B._____, Neurologe und Psychiater, Bitola, erhob in seinem Kurzbericht vom 14. Februar 2008 folgende Diagnosen: Depression, Dysthymie, Suizidtendenzen, Lustlosigkeit, Apathie, psychoorganisches Syndrom, vertebrobasiläre Insuffizienz, arterielle Hypertonie sowie vasikuläre diabetische Insuffizienz. Der Beschwerdeführer sei arbeits- und erwerbsunfähig. Der Zustand sei schlechter geworden (IV-act. 195).

4.2.9. Eine am 15. Februar 2008 durchgeführte Ultraschalluntersuchung der Abdominalorgane zeigte ein unverändertes Bild gegenüber der Untersuchung vom 13. August 2007 (IV-act. 196).

4.2.10. In einem weiteren Kurzbericht vom 18. Februar 2008 stellt Dr. C._____, Doktor der Medizin, Oslomej, folgende Diagnosen: Depression, Dysthymie, Suizidtendenzen, Lustlosigkeit, Apathie. Psychoorganisches Syndrom, vertebrobasiläre Insuffizienz, maligne arterielle Hypertonie, diabetische vasikuläre Insuffizienz, Status nach Schädelprellung, Diabetes mellitus Typ 2, diabetische Nephropathie, Lebersteatose, Hyperlipidämie und chronische Bronchitis. Der Beschwerdeführer sei ar-

beitsunfähig und sein allgemeiner Zustand sei schlechter geworden (IV-act. 198).

4.2.11. Am 25. Juli 2008 erging zur Neuanmeldung des Beschwerdeführers eine Stellungnahme von Dr. med. R._____ des RAD. Gestützt auf die vorerwähnten Berichte aus Mazedonien erhob er als Hauptdiagnosen eine chronisch koronare und hypertensive Herzerkrankung (I 25.0/1 11) sowie eine chronisch obstruktive Bronchopneumopathie (J 42). Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine rezidivierend depressive Störung (F 33.0) und als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine arterielle Hypertonie und einen Diabetes mellitus Typ II resp. eine Nephropathie. Dr. med. R._____ attestierte dem Beschwerdeführer seit 30. März 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Bereich und eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Zur Begründung führte er aus, der Beschwerdeführer leide unter einer chronischen Herzkrankheit und einer chronischen Bronchitis, dabei handle es sich um Krankheiten, die dem Beschwerdeführer die Ausübung einer schweren Tätigkeit nicht mehr erlaubten, der Ausübung einer leichten Tätigkeit jedoch nicht entgegenstünden. Der Diabetes mellitus Typ II habe gemäss Berichten der mazedonischen Ärzte zu einer Nierenschädigung geführt, die diesbezüglichen Laborwerte seien jedoch quasi normal. Der erhöhte Blutdruck sei schwierig einzustellen, was durch mehrmalige 24-Stunden Blutdruckmessungen demonstriert worden sei. Die therapeutischen Optionen seien aber diesbezüglich nicht ausgeschöpft. Eine Verschlechterung der Psychopathologie sei nicht ausgewiesen. Die bisherige Beurteilung, wonach dem Beschwerdeführer eine leichte Tätigkeit vollschichtig zumutbar sei, habe weiterhin Gültigkeit (IV-act. 201).

4.2.12. Am 12. Mai 2009 gab Dr. med. U._____ des RAD auf entsprechende Anfrage der Verwaltung seine Stellungnahme ab: Als Hauptdiagnosen nannte er einen Status nach konservativ behandelter Talusluxationsfraktur mit Fersenbeinabsprengung links vom 19. August 1992 sowie eine posttraumatische USG-Arthrose. Als Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden aufgeführt: eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), eine Dysthymie (F34.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) und eine chronisch obstruktive Bronchopneumopathie. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. U._____ Adipositas (BMI 35.5), einen schlecht eingestellten Diabetes mellitus Typ II, Nephropathie, Neuropathie, eine schlecht eingestellte arterielle Hypertonie, Holter-EKG ohne re-

levanten Rhythmusstörungen, Hyperlipidämie, Status nach übermäßigem Alkoholkonsum (Lebersteatose, erhöhte Transaminasen), Schwindel bei vertebrobasilärer Insuffizienz, PAVK, zervikale und lumbale Spondylose, Status nach Appendektomie 1991 sowie einen Status nach Operation eines Sakraldermoids. Zur Begründung führte er aus, von körperlicher Seite gebe es keine Hinweise auf eine relevante Änderung in Bezug auf die bisherige Einschätzung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die USG-Arthrose habe keine Besserung erfahren und was die internistischen Leiden anbelange, lägen Befunde vor, die zwar eine schlechte Kontrolle bekannter Risikofaktoren belegten, jedoch nicht zu einer Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit führten. Was die psychiatrischen Befunde anbelangten, sei unklar, ob Dr. med. R._____ das Gutachten von Dr. med. H._____ vom 13. Dezember 2005 vorgelegen habe. Dies sei von Bedeutung, da sich Dr. med. H._____ in diesem Gutachten nicht klar über die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Hinsicht äussere; allerdings sei dieses von Ende 2005 datierende einzig valable psychiatrische Dokument zu alt. Dr. med. U._____ schlug angesichts dieses Umstandes und der zahlreichen internistischen Probleme eine polydisziplinäre Begutachtung vor (IV-act. 216). Diese Stellungnahme des RAD-Arztes führte zur nachfolgend interdisziplinären Begutachtung.

4.2.13. Die Kommission für medizinische Begutachtung des Y._____ (Dres. M._____, Facharzt für Innere Medizin, W._____, Facharzt für Psychiatrie, L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie) stellte im Gutachten vom 24. Juni 2010 aufgrund der umfangreichen medizinischen Vorakten und eigener Abklärungen (Allgemeine und Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie) folgende Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches Schmerzsyndrom linkes Sprunggelenk
 - St. n. Talusluxation links mit Talusfraktur und Calcaneusabsprennung (19.08.1992)
 - geschlossene Reposition und Gipsimmobilisation (19.08.1992)
 - progrediente USG-Arthrose (ED 17.02.1993)
 - Entwicklung einer beginnenden Tolonavikulargelenksarthrose (Rx 23.03.2010)

- Lumbospondylogenes Syndrom nach chronischer Fehlbelastung
 - Diskopathie (Rx 23.03.2010)
- Chronisches Impingement-Syndrom linke Schulter
 - radiologisch ohne Befund (Rx 23.03.2010)
- Klinisch Patellachondropathie links
- Diabetes mellitus Typ II
 - schlechte Blutzuckerstoffwechsellage, HbA1c 9.8%
 - diabetische Nephropathie nicht ausgeschlossen
 - periphere Polyneuropathie
- Arterielle Hypertonie
 - schlechte Blutdruckeinstellung
 - Verdacht auf hypertensive Herzkrankheit
- Verdacht auf chronisch obstruktive Pneumopathie bei ausgeprägtem Nikotinabusus

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, akzentuierte narzisstische, eigenwillige Persönlichkeitszüge, Dysthymie, Adipositas BMI 32; Hepatopathie, wahrscheinlich gemischter Ätiologie, teils äthylisch, teils steatotisch sowie ein Verdacht auf eine Hepatomegalie aufgeführt.

Zur Begründung wurde ausgeführt, 1992 habe der Beschwerdeführer einen Unfall erlitten, indem er auf der Baustelle von einem 1.5 m hohen Gerüst gefallen sei, dabei sei es zu einer Talusluxationsfraktur mit Calcaneusabsprengung gekommen. Einige Monate später habe sich eine schwere USG-Arthrose entwickelt und es sei mehrfach eine Arthrodesen empfohlen worden. 1996 sei eine Talonaviculararthrose beschrieben worden und es sei eine Talonavikulargelenksarthrodesen empfohlen worden. 1997 sei der Beschwerdeführer nach Mazedonien zurückgekehrt. In den zahlreichen medizinischen Berichten aus Mazedonien würden verschiedene vorwie-

gend internistische Diagnosen aufgeführt: Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, diabetische Spätkomplikationen, chronisch obstruktive Bronchitis, Asthma, Hypertonikerherz, Leberverfettung, Angina pectoris, Spannungskopfschmerzen, somatoforme Störung und Depressionen. Die zahlreichen Diagnosen würden in den mazedonischen Berichten stichwortartig aufgelistet, jedoch nicht näher erläutert.

Aus internistischer Sicht bestehe ein metabolisches Syndrom mit der typischen Konstellation von Adipositas, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ II und arterieller Hypertonie. Es liege demnach eine Vielzahl kardiovaskulärer Risikofaktoren vor. Der Diabetes mellitus sei schlecht eingestellt. In den Akten werde eine diabetische Nephropathie erwähnt. Urinalysen mit Mikroalbuminurie seien bisher nie durchgeführt worden, somit könne nicht gesichert von einer diabetischen Nephropathie ausgegangen werden. Der aktuelle Kreatininwert sei normal, der Harnstoff sei leicht erhöht, was unspezifisch sei und noch nicht gesichert auf eine diabetische Nephropathie hinweise. Die Sensibilitätsstörung an den Füßen, der fehlende Achillessehnenreflex und die fehlende Vibration sprächen für eine periphere diabetische Neuropathie. Der Beschwerdeführer sei aufgrund des schlecht eingestellten Diabetes mellitus für Tätigkeiten mit Gefahrenpotential wie Besteigen von Gerüsten, Tätigkeiten mit Sturzgefahr und Fahrtätigkeiten nicht geeignet. Weiter bestehe eine langjährige arterielle Hypertonie. Trotz der aktuellen antihypertensiven Kombinationstherapie seien die Blutdruckwerte sehr hoch. In den mazedonischen Berichten werde ein Hypertonikerherz erwähnt, die für diese Diagnose notwendige Echokardiographie sei bisher nicht durchgeführt worden. Möglicherweise müsse aufgrund dieser hohen Blutdruckwerte doch eine hypertensive Herzkrankheit angenommen werden. Die vom Beschwerdeführer beklagte Anstrengungsdyspnoe bei leichten Belastungen sei Ausdruck der Adipositas, der Pneumopathie und möglicherweise im Rahmen der diastolischen Dysfunktion bei hypertensiver Herzkrankheit mit möglicherweise pulmonaler Hypertonie zu sehen. Das Fazit wäre eine konsequente antihypertensive Behandlung, die vom Beschwerdeführer beklagten Kopfschmerzen seien sicherlich auch mit der ausgeprägten Hypertonie zu erklären. Aufgrund der aktuell sehr hohen Blutdruckwerte sei die Arbeitsfähigkeit nicht gegeben. Nach Ausschluss einer sekundären Hypertonieursache sei die antihypertensive Behandlung zu intensivieren. Sobald die Hypertonie eingestellt sei, sei diesbezüglich die Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten Tätigkeiten vollschichtig gegeben. Mittelschwere und schwere Tätigkeiten wären auch dann nicht geeignet, da beim Beschwerdeführer davon auszugehen sei, dass körperlich anstrengende Tätigkeiten ten-

denziell zu einer Blutdrucksteigerung führten. Aus orthopädischer Sicht bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom am linken Sprunggelenk seit dem Unfall. Klinisch finde sich eine Einschränkung der Beweglichkeit im unteren Sprunggelenk, radiologisch seien beginnende degenerative Veränderungen am USG und im Talonavikulargelenk beschrieben. Weiter bestehe ein lumbospondylogenes Syndrom bei Dekonditionierung und nach chronischer Fehlbelastung aufgrund der Fussbeschwerden. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Einschränkung für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie für rein gehende und stehende Tätigkeiten, nicht jedoch für angepasste Verweistätigkeiten. Aus psychiatrischer Sicht müsse gesichert seit Jahren eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Sinne einer psychosomatischen Schmerz- und Symptomfehlverarbeitung sowie eine Dysthymie angenommen werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Aus somatischer und psychiatrischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer ab Unfalldatum in der angestammten Tätigkeit als Eisenleger als arbeitsunfähig zu betrachten. Sofern die Blutdruck- und Blutzuckerwerte normalisiert werden könnten, sei der Beschwerdeführer in körperlich leichten, wechselbelastenden, rüchenschonenden Tätigkeiten arbeitsfähig. Medizinisch-theoretisch sei eine Normalisierung der Blutdruckwerte innerhalb von 1-2 Monaten zu erreichen (IV-act. 245).

4.2.14. Dr. med. U._____ nahm am 11. September 2010 Stellung zum Gutachten des Y._____. Nebst den bereits im Gutachten des Y._____ aufgeführten Diagnosen hielt er fest, der Beschwerdeführer sei unstreitig zu 100% arbeitsunfähig in der angestammten Tätigkeit; allerdings sei ihm seit dem 24. Juni 2010 eine angepasste wechselbelastende Tätigkeit mit gewissen Einschränkungen ganztags zumutbar. Den Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen des Y._____ sei zu folgen (IV-act. 248).

4.2.15. Eine Abdominaluntersuchung vom 28. Februar 2011 zeigte Veränderungen an der Leber, der Galle, der Bauchspeicheldrüse, der Milz und an den Nieren (IV-act. 258). Dr. S._____ hielt in seinem Kurzbericht vom 28. Februar 2011 die bereits in seinen früheren Berichten erhobenen Diagnosen fest (IV-act. 259). Auch Dr. B._____ hielt in seinem Kurzbericht vom 1. März 2011 die bereits in seinen vorangehenden Berichte aufgeführten Diagnosen fest (IV-act. 260). Ferner reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. C._____, private Krankenanstalt B._____, Oslomej, vom 2. März 2011 ein, woraus hervorgeht, dass der Beschwerdeführer regelmässig zu Untersuchungen und zur Behandlung seiner Beschwerden die Krankenanstalt aufsucht. Nebst den bereits in

den Berichten der Dres. B._____ und S._____ aufgeführten Diagnosen wurde Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 261).

4.2.16. Am 7. April 2011 gab Dr. med. U._____ des RAD seine Stellungnahme zum Gutachten des Y._____ und zu den neu eingereichten Unterlagen ab (IV-act. 264). Am 19. Mai 2011 erging eine Stellungnahme zu weiteren neu eingereichten ärztlichen Berichten aus Mazedonien (IV-act. 266).

5.

5.1. 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 sind die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). 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. Für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten ausschlaggebend (BGE 125 V 352 E. 3.a). Aufgabe des regionalen ärztlichen Dienstes ist es, zu Handen der Verwaltung den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen. Dazu gehört auch, bei sich widersprechenden medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei.

5.2. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

5.3. Auf Grund der insoweit übereinstimmenden medizinischen Unterlagen ist ausgewiesen, dass – aufgrund des Fussleidens – in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich gegeben ist. Während die Vorinstanz jedoch davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer trotz seiner internistischen und psychischen Leiden in einer adaptierten Tätigkeit voll einsatzfähig ist, hält der Beschwerdeführer dafür, dass ihm auch eine körperlich leichte Tätigkeit wegen seiner internistischen und psychischen Leiden nicht möglich sei. Im Gutachten des Y._____ wird festgehalten, gemäss Akten sei für den bisherigen Verlauf von einer nicht optimal eingestellten Blutzuckerstoffwechsellage auszugehen. Die Ärzte aus Mazedonien erwähnten die Diagnose diabetische Nephropathie, welche Diagnose sie aufgrund eines Ultraschallbefundes gestellt hätten. Die Laborwerte von Kreatinin und Harnstoff vom 7. Februar 2008 seien indessen normal, eine Mikroalbuminurie sei nicht analysiert worden, so dass nicht von einer gesicherten diabetischen Nephropathie auszugehen sei. Diese Diagnose könnte mit dem Nachweis einer Mikroalbuminurie oder mittels Biopsie gestellt werden. Unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wird sodann ausgeführt "diabetische Nephropathie nicht ausgeschlossen". Ferner wird erwähnt, seit Jahren bestehe eine arterielle Hypertonie. Von den mazedonischen Ärzten werde von einer malignen Hypertonie gesprochen. Es liege eine arterielle Hypertonie vor, welche bisher nicht habe eingestellt werden können. Diagnostisch stelle sich die Frage nach einer sekundären Hypertonie, also z.B. einer renovaskulären oder einer endokrinen. Sofern der Blutdruck trotz Intensivierung der antihypertensiven Therapie nicht normalisiert

werden könne, sei eine sekundäre Hypertonieform auszuschliessen. Weiter wird im Gutachten ausgeführt, in den mazedonischen Berichten würde ein Hypertonikerherz erwähnt, wobei die für diese Diagnose notwendige Echokardiographie bisher nicht durchgeführt worden sei. Des Weiteren sei bei dieser schweren arteriellen Hypertonie vermutlich von einer hypertensiven Herzkrankheit auszugehen, welche allerdings echokardiographisch bestätigt werden müsste. Die anamnestische Angabe von thorakalem Druck bei leichten körperlichen Anstrengungen sei verdächtig auf eine Angina pectoris, welche Diagnose in den mazedonischen Berichten mehrmals erwähnt worden sei. Die Belastungs-EKG-Untersuchung habe aber keine diesbezügliche Bestätigung ergeben. Möglicherweise sei der belastungsabhängige als Druck empfundene Schmerz thorakal im Rahmen der Hypertonie zu sehen. Bei Persistenz der Thoraxbeschwerden trotz Normalisierung der Blutdruckwerte müsste eine Myokardperfusionsszintigraphie zum Nachweis bzw. Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit durchgeführt werden.

5.4. Damit ist für die Beurteilung der Frage, ob der Beschwerdeführer aufgrund seiner internistischen Leiden in einem rentenbegründenden Ausmass invalid ist, erst möglich, wenn folgende Untersuchungen, welche die Gutachter selber aufwerfen, durchgeführt werden: Mikroalbuminurie oder Biopsie zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie; Untersuchungen zum Ausschluss einer sekundären Hypertonie; Echokardiographie zum Ausschluss eines Hypertonikerherzes sowie eine Myokardperfusionsszintigraphie zum Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit. Was die psychischen Beschwerden anbelangt, so schloss sich bereits Dr. med. Hauser in seinem Gutachten vom 13. Dezember 2005 in den wesentlichen Punkten der Einschätzung des Dr. med. S. _____ an. Im Gutachten des Y. _____ wird sodann nachvollziehbar dargelegt, dass dem Beschwerdeführer ausser der Schmerz- und Symptomfehlverarbeitung mit Selbstlimitierung im Sinne einer anhaltenden Schmerzstörung und gelegentlichen Verstimmungszuständen im Sinne einer Dysthymie, die das Ausmass einer depressiven Erkrankung nicht erreichen, keine weitere psychiatrische Diagnose von Belang mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden kann (IV-act. 245 S. 35 ff.). Auf die Berichte aus Mazedonien, welche die Diagnosen Depression mit Suizidendenzen nicht weiter begründen, ist nicht abzustellen.

5.5. Das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, hat grundsätzlich die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen-

vorzunehmen (ZAK 1987 S. 264 E. 2a, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2001 S. 113 E. 3a; Rechtsprechung und Verwaltungspraxis - Kranken- und Unfallversicherung [RKUV] 1999 Nr. U 332 S. 193 E. 2a/bb und 1998 Nr. U 313 S. 475 E. 2a). Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn aufgrund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten bzw. andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die der Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle entgegenstehen würden.

6.

Die Beschwerde ist somit insofern teilweise gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 7. Juni 2011 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

7.

7.1. Die Verfahrenskosten hat in der Regel die unterliegende Partei zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der unterliegenden Vorinstanz sind allerdings keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2. Der Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigung vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands ist dem vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.– zuzusprechen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung der Vorinstanz vom 7. Juni 2011 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zu-

rückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteient-schädigung von Fr. 1'500.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Zurückerstattungsformular)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____; Gerichtsurkunde)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (Gerichtsurkunde)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Frank Seethaler

Karin Behnke

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. Die Rechtschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: 18. Juni 2012