



Urteil vom 22. März 2011

Besetzung

Richter Philippe Weissenberger (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richter Stefan Mesmer,
Gerichtsschreiber Jean-Marc Wichser.

Parteien

X. _____,
vertreten durch Natascha Werthmüller-Muric,
Thurgauerstrasse 40, 8050 Zürich ,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenrente.

Sachverhalt:**A.**

A.a Der am NN. geborene, verheiratete, in seinem Heimatstaat wohnhafte kroatische Staatsangehörige X._____, der in den Jahren 1972 bis 1998 in der Schweiz gearbeitet und obligatorische Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) entrichtet hatte, meldete sich am 5. Januar 2005 beim heimatlichen Sozialversicherungsträger zum Bezug einer schweizerischen Invalidenrente an (act. 1 IV).

A.b In der Folge zog die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IV-Stelle) in Genf verschiedene Unterlagen wirtschaftlichen und medizinischen Inhalts zu den Akten, insbesondere:

- einen vom Antragsteller am 17. August 2006 unterzeichneten Fragebogen für den Versicherten, wonach dieser bis am 1. Mai 1998 vollschichtig bei der Firma F.____AG in R._____ gearbeitet und diese Tätigkeit krankheitshalber aufgegeben habe (act. 5 IV);

- einen von der Firma N._____SA in R._____ am 4. Oktober 2006 ausgefüllten Fragebogen für Arbeitgebende, aus welchem hervorgeht, dass der Versicherte vom 1. April 1982 bis zum 30. April 1998 bei dieser Arbeitgeberin als Produktionsmitarbeiter tätig gewesen sei und die Arbeit wegen dessen Rückkehr in die Heimat aufgegeben habe (act. 7 IV);

- einen medizinischen Bericht vom 28. Juni 2006 von Dr. med. S._____, Facharzt der Rehabilitation, wonach der Versicherte an einem Lumbalsyndrom mit Radiculopathie links und einer Peronäusparese links sowie an einer Depressio magna leide, in den Nierenlogen und im linken Bein starke Schmerzen habe, der psychiatrische Zustand sich verschlechtere und insgesamt arbeitsunfähig sei (act. 54 IV);

- mehrere ärztliche Beurteilungen resp. Atteste des Neuropsychiaters Dr. D._____ zwischen Juli 2004 und April 2005 (allesamt nicht übersetzt, vgl. act. 18, 19, 24, 26, 32, 33 und 36 IV) sowie vom 1. Februar, 11. April und 19. Juni 2006 (vgl. act. 50 und 53 IV), wonach der Versicherte im Wesentlichen klage, er sei wegen den Rückenschmerzen und der Bewegungseinschränkung konstant

beunruhigt, könne die elementaren Bedürfnisse nicht befriedigen, schlafe schlecht wegen den Schmerzen und der Depression, sei massiv verängstigt und generell erschöpft, und könne am häuslichen Leben nicht mehr teilnehmen, wobei der Arzt jeweils den ICD-Code F 33.2 bei chronischen Schmerzen angab;

- mehrere ärztliche Beurteilungen des Neurologen Dr. med. M._____, datiert zwischen August 2004 und April 2005 (allesamt nicht übersetzt, vgl. Act. 20, 25, 34, 35 und 37 IV) sowie weitere vom 20. April 2005 (vgl. act. 40 IV), 16. Juni 2005 (vgl. act. 45 IV), 1. Februar 2006 (vgl. act. 49 IV), 11. April 2006 (vgl. act. 51 IV) und 19. Juni 2006 (vgl. act. 52 IV), wonach im Wesentlichen chronische cervicobrachiale und lumbosacrale Syndrome, eine Lumboischialgie, Schwindel bei vertebrobasilärer Insuffizienz und eine Depression diagnostiziert worden seien und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege, da sich der Gesamtzustand des Versicherten infolge der Schmerzen in den Nierenlogen und im Nacken, der eingeschränkten Beweglichkeit der Wirbelsäule (LWS und HWS), der Kribbelparästhesien in allen Extremitäten, dem Schwindel und den Kopfschmerzen, der Nervosität und der Niedergeschlagenheit sowie der ausgeprägten Depression mit Affektlabilität sich jedenfalls nicht verbessert habe;

- einen medizinischen Attest vom 3. Oktober 2006 der Familienärztin Dr. N._____, welche im Wesentlichen die Diagnosen der Fachärzte bestätigt und von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgeht (act. 47 IV);

- ein ärztliches Gesamtgutachten des kroatischen Versicherungsträgers, unterzeichnet von Dr. med. B._____ und Z._____, Jurist, zu Handen der schweizerischen IV-Stelle vom 14. Juni 2005 betreffend eine medizinische Untersuchung vom 14. April 2005, woraus hervorgeht, dass der Versicherte im Wesentlichen infolge einer schweren chronischen Depression (ICD-Code F 32.2) und lumbosacralen sowie cervicobrachialen Syndromen (ICD-Code M 51, M 54.5 und M 53.1) zu mehr als 2/3 arbeitsunfähig sei (act. 38 IV);

- mehrere Resultatberichte von Ende 2004/anfangs 2005 durchgeführten EKG und Herz-Echo, datiert vom 6., 14. und 20. Dezember 2004 (vgl. act. 28 bis 30 IV) sowie vom 17. Januar 2005 (vgl. act. 31 IV) und vom 6. Mai 2005 (vgl. act. 43 IV), aus welchen im

Wesentlichen hervorgeht, dass unter Belastung eine ausgeprägte Sinustachycardie, aber sonst keine Veränderungen bestünden, die linke Herzkammer diastolisch leicht erweitert sei, eine diastolische Relaxationsstörung bestehe, aber eine normale Klappenfunktion ersichtlich sei;

- verschiedene schweizerische Arztberichte zwischen Oktober 1990 und Juli 1994 (betreffend lumbo-vertbrale Computertomographien, eine Diskushernienoperation, einem Harnleiterstein; act. 11 bis 15 IV).

A.c Nach Einsichtnahme in diese umfangreichen Unterlagen hielt die RAD-Ärztin Dr. med. Y._____ in ihrem ausführlichen Bericht vom 16. Februar 2007 (vgl. act. 56 IV) dafür, dass die medizinischen Unterlagen (mehrere aus dem Jahre 1991, die restlichen ausgestellt zwischen Dezember 2004 und Juni 2006) komplex und widersprüchlich seien. Drei Hauptdiagnosen würden sich daraus herauschälen:

- erstens eine Depression (ICD-Code F 33.9), reaktiv auf eine Familienproblematik und chronischen Schmerzen, therapieresistent, eventuell mit endogener Komponente,

- zweitens ein chronisches Lumbovertebralsyndrom (ICD-Code M 54.5) mit Status nach Diskushernienoperation, degenerativen Veränderungen, Osteophyten mit Einengung des Spinalkanals Höhe L4/5, Discopathie L3/4, mässigen radikulären Läsionen L4-S1 im EMG, Lumboischialgie links und Peroneusparese links, und

- drittens ein chronisches Cervicalsyndrom (ICD-Code M 54.2), ebenfalls mit mässigen radikulären Läsionen (C5-7) im EMG und degenerativen Veränderungen.

Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit listete die RAD-Ärztin nebst einem Status nach einem Ureterstein und nach einer Osteosynthese eine arterielle Hypertonie und eine Schwindelsymptomatik auf.

Hinsichtlich der drei Hauptdiagnosen vermerkte die RAD-Ärztin, dass trotz der angeblich so schweren Depression keine Angaben über eine psychiatrische Hospitalisation vorlägen, der einzige ausführlichere psychiatrische Bericht nicht übersetzt und zudem keine ernsthafte medikamentöse Behandlung vorgenommen sei, dass sodann objektive Befunde zu den Rückenbeschwerden und zum

Cervicobrachialsyndrom fehlen würden und dass schliesslich eine kardiale Erkrankung und eine Herzinsuffizienz erwähnt würden, welche jedoch aus keiner kardiologischen Untersuchung hervorgehen würden, zumal die Klappenfunktionen und die Belastungsspiroergometrie normal seien und im 24h-EKG keine groben Pathologien ersichtlich seien. Insgesamt sei bei all den bestehenden Unklarheiten eine pluridisziplinäre Beurteilung angebracht (act. 56 IV).

A.d Mit Schreiben vom 13. Februar 2007 (Eingangsstempel der IV-Stelle: 28. März 2007) reichte der Versicherte weitere ärztliche Unterlagen ein unter Hinweis darauf, dass sein Gesundheitszustand sich kontinuierlich verschlechtere (act. 68 IV). Es handelte sich dabei namentlich um erneute Atteste und Berichte des Neuropsychiaters Dr. D. _____ vom 25. Juli 2006 und vom 19. Januar 2007 (vgl. act. 61 und 66 IV), des Neurologen Dr. M. _____ vom 25. Juli 2006, 23. Oktober 2006 und 19. Januar 2007 (vgl. act. 59, 63 bis 65 IV) und der Familienärztin Dr. med. N. _____ vom 5. Oktober 2006 und vom 25. Januar 2007 (vgl. act. 60 und 67 IV), welche alle drei ihre früheren Befunde im Wesentlichen bestätigten.

Das medizinische Dossier ist wiederum der RAD-Ärztin Dr. med. Y. _____ unterbreitet worden, welche mit Bericht vom 14. August 2007 an ihrer früheren Beurteilung festhielt, wonach die Unterlagen medizinisch komplex und widersprüchlich seien, laut den vorhandenen Unterlagen dem Patienten eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden müsste und bei den Unklarheiten eine pluridisziplinäre Beurteilung in der Schweiz angebracht sei (act. 71 IV).

B.

B.a Dem eingeholten pluridisziplinären MEDAS-Gutachten vom 27. Februar 2008 (vgl. act. 78 IV) ist zu entnehmen, dass der beurteilte Versicherte im Wesentlichen an einer leichten bis mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01), einem Problem der Krankheitsbewältigung bei einem chronifizierten Schmerzsyndrom (ICD-10: F54), einem diffusen chronischen Schmerzsyndrom zervikozephal und -brachial linksbetont, panvertebral sowie in den unteren Extremitäten beidseits mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden leide. Als Nebendiagnosen (ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) erwähnt sind ein Status nach Hemilaminektomie L4/5 links 1991 wegen Diskushernie, ein

leichtgradiges sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom beidseits und Adipositas.

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit allein aufgrund der psychischen Faktoren wurde nach einer in der Muttersprache des Versicherten in St. Gallen durchgeführten psychiatrischen Exploration durch den Psychiater und Psychotherapeut Dr. med S. _____ (vgl. act. 77) auf 30% bis 35% geschätzt; aufgrund des gegenwärtigen psychischen Zustandes könne man - mangels Beweisen der Chronifizität und der Therapieresistenz – gemäss jenem begutachtenden Psychiater höchstens von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode ausgehen, die eindeutig psychoreaktiv im Zusammenhang mit einem ruinösen Geschäft nach seiner Rückkehr in Kroatien ausgelöst worden sei. Es sei lediglich eine Medikation mit tiefdosiertem trizyklischem Antidepressivum dokumentiert. Der Versicherte brauche eine konsequente psychiatrische, psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung. Die Möglichkeit einer spontanen Remission sei durchaus vorhanden.

In somatischer Hinsicht sei der Versicherte nach dessen Angaben geplagt von Schmerzen im ganzen Rücken, der linken Nackenregion mit Ausstrahlungen zum Hinterkopf und in den linken Arm. Aktuelle Röntgenbilder einer kroatischen Klinik vom Oktober 2007 hätten zwar mässige Abnützungsveränderungen der unteren Hals- und Lendenwirbelsäule gezeigt, welche allerdings ein übliches Altersausmass kaum übersteigen würden. Eine elektrophysiologische Untersuchung hätte keine Hinweise auf eine Peroneus-Parese gezeigt, jedoch ein leichtgradiges, sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom beidseits.

Alles in allem wurde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere, rückenadaptierte Tätigkeiten aufgrund der verminderten Leistungsfähigkeit bzw. rascheren Erschöpfbarkeit infolge der diagnostizierten psychischen und somatischen Beschwerden auf insgesamt 40% geschätzt. Die Medas-Ärzte empfahlen sodann verschiedene Therapien zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit.

B.b Das MEDAS-Gutachten ist wiederum der RAD-Ärztin Dr. med. Y. _____ unterbreitet worden, welche mit Bericht vom 2. April 2008 zum Schluss kam, dass gestützt auf das besagte pluridisziplinäre Gutachten die Arbeitsunfähigkeit auf 40% ab April 2005 sowohl in der bisherigen als auch in einer hinsichtlich der Pausen, der

Arbeitsposition, dem Heben von Gewichten angepassten Tätigkeit infolge rascherer Erschöpfbarkeit zu bemessen sei (act. 80).

C.

C.a Mit Vorbescheid vom 22. April 2008 teilte die IV-Stelle X. _____ mit, dass sie dessen Leistungsbegehren der Invalidenversicherung abweisen müsste, da aus den Akten hervorgehe, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei eine dem Gesundheitszustand angepasste gewinnbringende Tätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar. Damit liege keine Invalidität vor, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge (act. 81 IV).

C.b Mit Eingabe vom 17. Mai 2008 erhob der Antragsteller Einsprache gegen den Vorbescheid der IV-Stelle. Dabei machte er im Wesentlichen geltend, dass die Arbeitsunfähigkeit wegen seinen psychischen Beschwerden gemäss den früheren ärztlichen Gutachten aus Kroatien mehr als 40% betrage, sich seine chronische Depression trotz Therapie verschlechtere, was nicht mit den wirtschaftlichen Problemen in seinem Heimatstaat erklärt werden könne, und deshalb eine höhere Arbeitsunfähigkeit angenommen werden müsse. Angesichts der somatischen Beschwerden am Rücken und am Nacken, welche ebenfalls schlimmer würden, müsse eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70% angenommen werden. Im Übrigen äusserte der Antragsteller sein Unverständnis gegenüber dem Umstand, dass er einen Invaliditätsgrad von mindestens 50% aufweisen müsse, um einen Anspruch auf eine Invalidenrente zu haben. Seiner Eingabe legte er zwei spitalärztliche Berichte vom 14. April 2008 ins Recht, nämlich einerseits denjenigen des Neurologen Dr. med. M. _____, welcher die bereits bekannten Diagnosen auflistete, keine Verbesserung des Gesundheitszustandes feststellte und die Weiterführung der Therapien empfahl, und andererseits einen weiteren Befund des Neuropsychiaters Dr. D. _____, der zwar eine Verschlimmerung des psychischen Zustandes festhielt, aber ebenfalls keine Änderung der bisherigen Therapie empfahl (act. 82 - 84 IV).

C.c Die IV-Stelle unterbreitete die beiden medizinischen Beurteilungen vom 14. April 2008 der RAD-Ärztin Dr. Y._____, welche am 31. Dezember 2008 befand, dass diese im Vorbescheidverfahren vorgebrachten medizinischen Unterlagen keine neuen Informationen gebracht hätten und keineswegs eine Verschlechterung des Zustandes seit der MEDAS-Untersuchung beweisen würden (act. 87 IV).

D.

Mit Verfügung vom 30. Januar 2009 wies die IV-Stelle das Rentengesuch von X._____ ab im Wesentlichen mit derselben Begründung, wie sie im Vorbescheid angeführt worden war. Die medizinischen Unterlagen, welche der Versicherte seinem Schreiben vom 17. Mai 2008 beigelegt habe, würden lediglich die bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen bestätigen (act. 88 IV).

E.

Gegen die Verfügung vom 30. Januar 2009 erhob X._____ (nachfolgend der Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 23. Februar 2009 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Dabei wiederholte er im Wesentlichen die Begründung seiner Einsprache, indem er auf die Verschlechterung seines Gesundheitszustandes hinwies und seine Arbeitsunfähigkeit auf über 70% einstuft. Gleichzeitig reichte er mehrere ärztliche Atteste und Berichte neueren Datums, nämlich ausgestellt zwischen Ende September 2008 bis Ende Januar 2009, ein, so namentlich einen Kontrollbericht des Neuropsychiaters Dr. D._____ vom 9. Januar 2009 und einen Bericht des psychiatrischen Spitals V._____, mit welchem die depressiv-paranoiden Störungen und eine chronische Lumboischialgie bestätigt wurden (act. 1 IV).

F.

Mit Vernehmlassung vom 6. August 2009 (vgl. act. 8) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Dabei stützte sie sich im Wesentlichen auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin, welcher die Eingabe des Beschwerdeführers erneut unterbreitet worden war. Diese stellte mit Bericht vom 3. August 2009 (vgl. act. 90 IV) fest, dass in der neu beigebrachten ärztlichen Dokumentation die altbekannten somatischen Beschwerden geschildert worden seien (inklusive wieder eine Fussheberparese, welche in der MEDAS-Untersuchung nicht gefunden worden sei), und das neue CT der Lendenwirbelsäule vom Dezember

2008 weiterhin keine Nervenkompression zeige, was der neurochirurgischen Beurteilung vom Januar 2009 entspreche, wonach nichts zu operieren sei. Der psychiatrische Bericht erwähne zwar neu eine paranoide Depression und eine Persönlichkeitsveränderung, welche jedoch durch keine Befunde (Psychostatus) belegt würden. Insgesamt könne mit den neueren medizinischen Berichten weder die Beurteilung der MEDAS in Frage gestellt noch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der MEDAS-Untersuchung belegt werden.

G.

Mit Replik vom 7. September 2009 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen und an der Beschwerdebegründung fest. Zudem machte er im Wesentlichen geltend, dass er wegen seinen Beschwerden nach Kroatien zurückgekehrt sei. Sein Gesundheitszustand verschlechtere sich ständig, und zwar nicht als Folge von wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Er könne heute keine Arbeit mehr leisten. Er legte wiederum neuere, zwischen März und Juli 2009 erstellte medizinische Gutachten des Neuropsychiaters Dr. D._____ und des Neurochirurgen Dr. med. K._____ bei (act. 11).

H.

Mit Duplik vom 19. November 2009 (vgl. act. 17) hielt auch die Vorinstanz – unter Verweis auf den Schlussbericht der RAD-Ärztin vom 13. November 2009 (vgl. act. 92 IV) - an ihren Rechtsbegehren und an deren Begründung fest. Gemäss der RAD-Ärztin enthielten die neu vorgelegten Konsultationsberichte des Psychiaters keine neuen Informationen bezüglich dem Psychostatus. Interessant sei höchstens, dass jetzt auch im Heimatland des Beschwerdeführers die Diagnose F 45.5 auftauche, was die körperliche Genese der geklagten Beschwerden in Zweifel ziehe und die Beurteilung der MEDAS unterstütze. Eine Operation werde vom Neurochirurgen nicht erwogen, was gegen eine relevante Verschlechterung seit der MEDAS-Untersuchung spreche. Damit sei nach wie vor keine Veränderung zur MEDAS-Beurteilung zu begründen.

I.

Den mit Zwischenverfügung vom 25. September 2009 vom zuständigen Instruktionsrichter geforderten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- hat der Beschwerdeführer fristgemäss überwiesen (act. 13, 14).

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IV-Stelle für Versicherte im Ausland, die zu den Vorinstanzen des Bundesverwaltungsgerichts gehört (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

1.2. Das VwVG findet keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG).

1.3. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Einspracheentscheid der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 21. März 2007. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG) Beschwerde erhoben. Durch die Verfügung ist er besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Nachdem auch der eingeforderte Kostenvorschuss geleistet wurde, ist auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten.

2.

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).

3.

Da der Beschwerdeführer Staatsangehöriger Kroatiens ist, finden die Bestimmungen des Abkommens vom 9. April 1996 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.291.1) Anwendung. Demnach bestimmt sich die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, für den

Beschwerdeführer allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 2 bis 4 dieses Abkommens).

Nach dem Gesagten bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung nach dem schweizerischen Recht, insbesondere dem IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201), des ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11).

4.

4.1. Zu prüfen ist vorliegend, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, und weil nach ständiger Praxis der Sozialversicherungsgerichte bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 30. Januar 2009) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 132 V 2 E. 1, 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweisen), sind im vorliegenden Fall bis zum 31. Dezember 2007 die auf den 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Bestimmungen der 4. IV-Revision anwendbar, und ab dem 1. Januar 2008 die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Bestimmungen der 5. IV-Revision (AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155); denn ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; BGE 130 V 445)

4.2. Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor In-Kraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Auch die Normierung des Art. 16 ATSG führt nicht zu einer Modifizierung der bisherigen Judikatur zur

Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten, welche weiterhin nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vorzunehmen ist (zu Art. 28 Abs. 2 IVG in der bis zum 31. Dezember 2002 in Kraft gestandenen Fassung vgl. BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b).

5.

5.1. Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente bei einem solchen von mindestens 60%, derjenige auf eine halbe Rente ab einem Grad der Invalidität von 50% und derjenige auf eine Viertelsrente ab einem solchen von 40%. Gemäss Abs. 1^{er} dieser Norm (in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben.

5.2. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Validen-einkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbs-einkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbs-einkommen nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2). Erwerbsunfähigkeit ist, vereinfacht

ausgedrückt, die durch einen Gesundheitsschaden verursachte Unfähigkeit, durch zumutbare Arbeit Geld zu verdienen (ALFRED MAURER, Bundessozialversicherungsrecht, Basel 1993, S. 140).

5.3. Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach dem Ausmass der gesundheitlichen Beeinträchtigung definiert, sondern nach der daraus folgenden Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen (BGE 110 V 275 E. 4a, 102 V 166) oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. der bisherigen Tätigkeit, sondern – wenn erforderlich – auch in zumutbaren anderen beruflichen Tätigkeiten (Verweistätigkeiten) zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Das heisst, dass es bei der Bemessung der Invalidität einzig und allein auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung ankommt, welche nicht unbedingt mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 110 V 275; ZAK 1985 S. 459). Trotzdem ist die Verwaltung und im Beschwerdefall auch das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben.

Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c mit Hinweisen; ZAK 1991 S. 319 E. 1c). Dabei obliegt die Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (z.B. nur sitzende oder stehende Arbeiten, nur beschränktes Heben/ Tragen von Lasten, Arbeit im Freien oder in geheizten Räumen u.a.) den Ärzten, wogegen die von der IV-Stelle gegebenenfalls heranzuziehenden Fachleute der Berufsberatung bestimmen können, welche ganz konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007 E. 3.3.2 mit Hinweisen, SVR 2001 IV Nr. 10, E. 1). Die rein wirtschaftlichen und rechtlichen Beurteilungen, insbesondere im Zusammenhang mit der Bestimmung der Erwerbsfähigkeit, obliegt dagegen der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht.

5.4. Hinsichtlich der Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente schreibt Art. 29 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) vor, dass der Rentenanspruch nach Art. 28 IVG frühestens in dem Zeitpunkt entsteht, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% (bei einer im Ausland wohnenden Person wie vorliegend 50%) bleibend erwerbsunfähig bzw. bleibend invalid (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, §52 N13) geworden ist (Bst. a: Dauerinvalidität) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch zu mindestens 40% (im Ausland 50%) arbeitsunfähig gewesen war (Bst. b: langdauernde Krankheit). Gemäss der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung von Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % (im Ausland 50%) arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % (im Ausland 50%) invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

Für die Annahme bleibender Invalidität im Sinne von Art. 29 Abs. 1 Bst. a IVG und Art. 29 IVV ist nach ständiger Rechtsprechung des EVG die überwiegende Wahrscheinlichkeit erforderlich, dass ein weitgehend stabilisierter, im Wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt, welcher die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person voraussichtlich dauernd in rentenbegründendem Ausmass beeinträchtigen wird. Als relativ stabilisiert kann ein ausgesprochen labil gewesenes Leiden nur dann betrachtet werden, wenn sich sein Charakter deutlich in der Weise geändert hat, dass vorausgesehen werden kann, in absehbarer Zeit werde keine praktisch erhebliche Wandlung mehr erfolgen (BGE 119 V 102 E. 4a mit Hinweisen). Diese Rechtsprechung führt dazu, dass die Annahme bleibender Invalidität im Rahmen von Art. 29 IVG Seltenheitswert hat; in Betracht fällt sie etwa bei Amputationen (ULRICH MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, S. 232 f., mit weiteren Hinweisen). Fehlen die genannten restriktiven Kriterien, so ist die Frage, wann ein allfälliger Rentenanspruch entsteht und mithin der Versicherungsfall eintritt, stets nach Massgabe von Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG zu prüfen. Mit der in dieser Bestimmung vorgesehenen Wartezeit von einem Jahr wird eine Abgrenzung zwischen den Aufgaben der Invalidenversicherung und denjenigen der sozialen Kranken- und Unfallversicherung bezweckt; letztere haben während der

Wartezeit in erster Linie für den Erwerbsausfall bei Krankheit oder Unfall aufzukommen (BGE 111 V 23 E. 3a). Nach Art. 29^{ter} IVV liegt ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war.

5.5. Zu bemerken bleibt, dass aufgrund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ein invalider Versicherter gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a, 111 V 239 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer IV-Stelle aus medizinischer Sicht zu bestimmen, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen kann. Diese Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen.

6.

Der Beschwerdeführer hat nach Verlassen der Schweiz im Jahre 1998 angeblich keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt, so dass vorliegend allein aufgrund der ärztlichen Angaben zu prüfen ist, ob er ab Januar 2004 (1 Jahr vor dem Rentengesuch) bis zum 30. Januar 2009 (Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung) eine rentenbegründende Invalidität erlitten hat.

6.1. Den umfangreichen ärztlichen Unterlagen ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Wesentlichen an einer seit April 2005 medizinisch dokumentierten, leichten bis mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01), einem Problem der Krankheitsbewältigung bei einem chronifizierten Schmerzsyndrom (ICD-10: F54), einem diffusen chronischen Schmerzsyndrom zervikozephal und –brachial linksbetont (ICD-10: M 54.2), panvertebral sowie in den unteren Extremitäten beidseits (ICD-10: M 54.5) mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden leidet. Bei diesen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Leiden handelt es sich um labile pathologische Geschehen, so dass ein allfälliger Rentenanspruch erst nach der gesetzlichen Wartezeit von einem Jahr entstehen kann, während welcher der im Ausland wohnhafte Beschwerdeführer ohne wesentlichen Unterbruch zu mindestens 50% (vgl. E. 5.5) arbeitsunfähig gewesen war

(Art. 29 Abs. 1 Bst. b in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung).

6.2.

6.2.1. Gestützt auf die medizinischen Akten und insbesondere auf die Ergebnisse einer zwischen dem 21. und dem 23. Januar 2008 durch die MEDAS Ostschweiz durchgeführten pluridisziplinären Untersuchung (vgl. act. 78 IV) ist die Vorinstanz zum Schluss gelangt, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der angestammten als auch in einer hinsichtlich von Pausen, der Arbeitsposition, dem Heben von Gewichten angepassten Tätigkeit auf 40% ab April 2005 zu bemessen sei.

6.2.2. Das besagte MEDAS-Gutachten vom 27. Februar 2008 beantwortete die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und bei anderer Tätigkeit in der Tat wie folgt:

"Unter Beachtung der aktuell festgestellten leichten bis mittelgradigen Episode mit somatischem Syndrom, einhergehend mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden und einem chronifizierten Rückenschmerzsyndrom und unter Beachtung eines elektrophysiologisch feststellbaren sensomotorischen Karpaltunnelsyndroms beidseits, wenn auch leichten Grades, schätzen wir aufgrund der dadurch verminderten Leistungsfähigkeit bzw. rascheren Erschöpfbarkeit die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere rückenadaptierte Tätigkeiten auf insgesamt 40%."

Die MEDAS verfügte dabei über die IV-Vorakten mitsamt den ausländischen ärztlichen Berichten aus den Jahren 2001 und 2005 bis 2007. Sodann wurde der Beschwerdeführer im Rahmen der MEDAS-Gesamtuntersuchung am 23. Januar 2008 von Dr. med. S._____, Psychiater und Psychotherapeut untersucht, der dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 bis 35% attestierte. Daneben wurden von der MEDAS weitere Untersuchungen durchgeführt (Status, Labor, Röntgen, Pact-Test, Ruhe-EKG, EMG/ENG).

6.2.3. Demgegenüber waren ausländische Ärzte in den Jahren 2005 bis 2007 zum pauschalen Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführer mehr als zu 2/3, wenn nicht vollständig arbeitsunfähig sei, ohne allerdings zwischen den bisherigen und zumutbaren Tätigkeiten zu unterscheiden oder den pauschalen Befund genauer zu begründen (vgl.

Gesamtgutachten des kroatischen Versicherungsträgers vom 14. Juni 2005, act. 38 IV; mehrere ärztliche Beurteilungen des Neurologen Dr. med. M._____ der neurologischen Klinik in S._____, act. 45, 49, 51, 52, 59, 63 und 65 IV; ärztlicher Bericht vom 28. Juni 2006 von Dr. med. J._____, Facharzt für Rehabilitation, act. 54 IV; ärztliche Berichte vom 3. Oktober 2006 und vom 25. Januar 2007 der Familienärztin Dr. med. N._____, act. 47 und 60 IV).

6.3. Vergleicht man die Diagnosen der ausländischen Ärzte aus den Jahren 2005 bis 2007 und diejenigen des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 27. Februar 2008, so ist augenfällig, dass im letztgenannten sowohl die psychische Leidenskomponente mit wesentlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Depression mit somatischem Syndrom, chronifiziertes Schmerzsyndrom) als auch die physischen Nacken- und Rückenleiden mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden, die ebenfalls die Arbeitsfähigkeit einschränken, allesamt berücksichtigt und eingehend abgeklärt worden sind. Der Beschwerdeführer wurde auch in kardiologischer Hinsicht untersucht. Die von der Vorinstanz mehrfach zugezogene IV-Ärztin hat sich ebenso eingehend und wiederholt mit den erwähnten diagnostizierten, für die Arbeitsfähigkeit relevanten Leiden befasst, die ausländischen ärztlichen Berichte geprüft und mit den Schlussfolgerungen des MEDAS-Gutachtens verglichen. Insbesondere konnten weder das Vorliegen einer schweren Depression - unter anderem mangels psychiatrischer Hospitalisation und entsprechender medikamentöser Behandlung - noch eine kardiale Erkrankung von der MEDAS bestätigt werden (vgl. Berichte vom 16. Februar 2007, 14. August 2007, 2. April 2008, 31. Dezember 2008, 3. August 2009 und 13. November 2009, act. 56, 71, 80, 87, 90, 92 IV).

7.

7.1. 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 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 streitigen Rechtsanspruches gestatten.

Insbesondere darf es 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.

Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind.

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

7.2. Erforderlich ist im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich auch der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme

der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Art. 43 Rz. 23; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, § 68, Rz. 43 ff).

7.3. Im vorliegenden Fall sind für das Gericht die Folgerungen des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 27. Februar 2008, auf welches sich die Vorinstanz im Wesentlichen stützt, überzeugend und schlüssig. Das Gutachten ist ohne Zweifel umfassend, beruht auf breite Untersuchungen, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet ein und ist gut begründet, insbesondere hinsichtlich der nach schweizerischen Grundsätzen der Invalidenversicherung zu beurteilenden Rest-Arbeitsfähigkeit, die nicht nach ausländischen Massstäben zu messen ist (vgl. ZAK 1989 S. 320 E. 2). Dazu sind die Berichte der Hausärztin Dr. med. N._____ und der behandelnden Spezialärzte Dr. med. M._____ und Dr. med. J._____ entsprechend der zitierten Rechtsprechung mit Vorbehalt zu würdigen. So kann vorliegend davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der bis 1998 ausgeübten Tätigkeit als auch in leichteren Verweisungstätigkeiten medizinisch gesehen zu 40% eingeschränkt ist.

7.4. Mit der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit ist aber grundsätzlich noch nichts über den massgebenden Invaliditätsgrad gesagt. Da die Vorinstanz keinen Einkommensvergleich durchführen liess, um diesen Invaliditätsgrad zu ermitteln, könnte das Gericht die Sache an die Vorinstanz zurückweisen. Aus Gründen der Prozessökonomie und aufgrund der Konstellation des vorliegenden Falles und der Aktenlage kann das Gericht den Invaliditätsgrad jedoch ausnahmsweise selbst wie folgt ermitteln:

7.4.1. Mangels tatsächlich erzielten Verdienstes vor und nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung müssen die Tabellenlöhne der LSE des Bundesamtes für Statistik herangezogen werden. Da die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl bei der bis 1998 ausgeübten Tätigkeit (Produktionsmitarbeiter in einer Lebensmittelfirma) als auch bei einer Verweisungstätigkeit (Hilfsarbeiter, Aufseher, kleine Lieferungen mit Fahrzeug, Verkauf auf dem Korrespondenzweg, Verkäufer, Datenerfassung u.a.) dieselbe ist, nämlich 40%, sind Validen- und Invalideneinkommen vom selben Tabellenlohn zu berechnen – welchen

man auch immer zu Grunde nimmt - und entspricht der Invaliditätsgrad in dieser besonderen Konstellation dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allerdings unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75. Beim Invalideneinkommen ist also in Form eines entsprechenden Abzugs der Tatsache Rechnung zu tragen, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321) und die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann. Dabei ist der Abzug nach Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen (Urteil des Bundesgerichts 9C_100/2010 vom 23. März 2010, E. 2.3.2).

7.4.2. Angesichts insbesondere des Lebensalters (der Beschwerdeführer hat Jahrgang 1951) kann der Abzug vom Tabellenlohn (der bei kumulierten Umständen 25% nicht übersteigen darf, vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.1.1) auf 10% veranschlagt werden, zumal die Vorinstanz die verminderte Leistungsfähigkeit beim Beschäftigungsgrad bereits berücksichtigt hat. Damit beträgt der Invaliditätsgrad - unabhängig des herangezogenen Tabellenlohnes – vorliegend nicht mehr als 46% ($[1-06 \times 0,9] \times 100\%$) und erreicht den vom Gesetz für das Ausland (ausserhalb der EU, vgl. E. 5.5) erforderlichen, rentenrelevanten Grad von 50% nicht. Daraus folgt, dass die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

Sollte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem 30. Januar 2009 verschlechtert haben, ist es ihm unbenommen, ein neues Rentengesuch zu stellen.

8.

8.1. Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Die Verfahrenskosten sind gemäss dem Reglement vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) zu bestimmen. Sie werden auf Fr. 400.-- festgelegt und vorliegend mit dem einbezahlten Kostenvorschuss verrechnet.

8.2. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG a contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE). Der obsiegenden Vorinstanz steht praxisgemäss – Ausnahme vorbehalten (BGE 127 V 205) – keine Parteientschädigung zu.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. 756.1164.8851.39; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Philippe Weissenberger

Jean-Marc Wichser

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR

173.110]). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: