



Abteilung III
C-4255/2010

Urteil vom 29. August 2012

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richterin Franziska Schneider,
Gerichtsschreiber Jean-Marc Wichser.

Parteien

A. _____,
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 (...) 1950 geborene, in seinem Heimatstaat wohnhafte, ledige österreichische Staatsangehörige A._____ (nachfolgend der Versicherte oder der Beschwerdeführer), der vom Mai 1990 bis Januar 1997 in der Schweiz gearbeitet und AHV/IV-Beiträge geleistet hatte, meldete sich am 15. September 2005 zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend die IVSTA oder die Vorinstanz) an (act. 1 IVSTA).

A.b In der Folge zog die IVSTA verschiedene Unterlagen medizinischen oder wirtschaftlichen Inhalts bei, so:

- einen am 28. Februar 2006 ausgefüllten Fragebogen für den Arbeitgeber, wonach der Versicherte bis am 2. September 2003 im Wachdienst erwerbstätig war und dabei pro Monat durchschnittlich 1056 Euro verdiente (act. 9 und 17 IVSTA);

- einen Bescheid der Pensionsversicherungsanstalt der Landesstelle Vorarlberg vom 25. April 2006, wonach ein Antrag des Versicherten auf Zuerkennung einer Invaliditätspension (erstinstanzlich) abgelehnt worden ist (act. 11 IVSTA);

- zwei im Zusammenhang mit dem genannten Antrag erstellte ärztliche Gutachten vom 3. März 2006 (vgl. act. 19 IVSTA) und vom 13. März 2006 (vgl. act. 20 IVSTA), wonach der versicherte hauptsächlich an einem chronischen Alkoholabusus (ICD-10: F 10.2) leide mit damit zusammenhängender erhöhter Angstbereitschaft und Verstimmungszuständen, wobei der Gesundheitszustand durch eine Alkoholentwöhnungstherapie gebessert werden könnte.

Diese Unterlagen sind dem RAD Rhône unterbreitet worden, welcher mit Stellungnahme vom 10. Januar 2007 zum Schluss kam, dass nebst dem chronischen Alkoholabusus ein sekundärer Alkoholismus nicht auszuschliessen sei. Es müsse nach der Entzugsbehandlung eine psychiatrische Reevaluation bezüglich der geschilderten Symptome und der Diagnosestellung vorgenommen werden (act. 23 IVSTA).

A.c Im Rahmen des vom Versicherten eingeleiteten Beschwerdeverfahrens vor dem Landesgericht Feldkirch gegen den ablehnenden Renten-

entscheid erstellte Dr. med. B._____ am 25. September 2006 ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten, aus welchem hervorgeht, dass der Versicherte an rezidivierende depressive Episoden (ICD-10: F 33.1), Alkoholabhängigkeit in früher Remission (ICD-10: F 10.200), sozialer Phobie (ICD: F 40.1), distal symmetrischer sensibler Polyneuropathie nutritiv toxischer Genese und lumbalem Vertebralesyndrom ohne radikuläre Symptomatik leide und sich daraus eine erheblich eingeschränkte psychische Belastbarkeit ergebe mit der Möglichkeit, vollschichtig leichte körperliche und geistige Arbeit auszuüben (act. 30 IVSTA). Das Gutachten ergänzte Dr. med. B._____ am 17. November 2006 (vgl. act. 31 IVSTA), 10. Mai 2007 (act. 32 IVSTA), 6. August 2007 (act. 33 IVSTA).

Dieses Gutachten ist mitsamt Ergänzungen wiederum dem RAD Rhône unterbreitet worden, welcher mit Stellungnahme vom 17. Januar 2008 nach wie vor einen chronischen Alkoholismus (ICD: F 10.2) annahm und feststellte, dass das Gutachten bereits über ein Jahr alt sei und beim Versicherten bis September 2006 zumindest in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, dass aber der weitere Verlauf geprüft werden müsse (act. 35 IVSTA).

A.d Später eingereichte medizinische Gutachten aus dem Jahre 2008 sind ebenfalls dem RAD Rhône unterbreitet worden, so einerseits ein MRI-Bericht vom 11. März 2008 (vgl. act. 38 IVSTA), aus welchem hervorgeht, dass der Versicherte an einer ausgeprägten Lumboischialgie links leide (fokale Protrusion L3/L4, breitbasige dorsale Protrusion L4/L5 und kleine parazentrale Protrusion L5/L1), sowie andererseits ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie, vom 14. Mai 2008 (vgl. act. 39 IVSTA), wonach beim Versicherten eine volle Arbeitsunfähigkeit wegen nicht ausreichender cerebraler Belastbarkeit bestehe.

Der RAD Rhône, der in seiner Stellungnahme vom 10. Juli 2008 (vgl. act. 45 IVSTA) nebst der mehrfach erwähnten Hauptdiagnose (chronischer Alkoholismus) als Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende, depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F 33.1), eine soziale Phobie (ICD-10: F 40.8) und ein chronisches Lumbovertebralesyndrom (ICD: M 54.5) aufführte, empfahl hierauf eine pluridisziplinäre Begutachtung des Versicherten in der Schweiz, welche die IVSTA vorerst nicht als nötig empfand; sie forderte aber beim österreichischen Versicherungsträger weitere Gutachten an (act. 47 IVSTA).

A.e Nach weiteren Verzögerungen, die an der Person des Versicherten lagen (act. 52 bis 54 und 56 IVSTA), konnte Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, den Versicherten am 9. März 2009 begutachten. Er kam in seinem Bericht vom 24. März 2009 zum Schluss, dass dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht krankheitsbedingt derzeit und unter Berücksichtigung des Lebensalters auf Dauer eine regelmässige Berufsausübung nicht mehr möglich sei, da er auch in einer geistig einfachen Tätigkeit nicht mehr ausreichend belastbar sei. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei nicht mehr zu erwarten (act. 65 IVSTA). Demgegenüber befanden die österreichischen Ärzte, dass der Versicherte in orthopädischer Hinsicht vollschichtig arbeitsfähig sei (vgl. Formulare E 213 vom 19. Januar 2009 und vom 30. März 2009, act. 64 und 66 IVSTA).

Der RAD Rhône, dem diese Gutachten unterbreitet wurden, befand mit Stellungnahme vom 19. Mai 2009, dass eine psychiatrische Beurteilung in der Schweiz nötig sei (vgl. act. 70 IVSTA), worauf die IVSTA Dr. med. E._____, Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie in Z._____, mit der Begutachtung beauftragte (act. 72 IVSTA).

A.f In der Zwischenzeit anerkannte die Pensionsversicherungsanstalt der Landesstelle Vorarlberg mit Bescheid vom 22. April 2009 den Anspruch des Versicherten auf eine unbefristete österreichische Invaliditätspension ab dem 1. November 2008 (act. 69 IVSTA).

A.g Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E._____ vom 24. November 2009 (vgl. act. 80 IVSTA) ist zu entnehmen, dass der Versicherte an den bislang diagnostizierten Beschwerden leide (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig grossteils remittiert, soziale Phobie und Alkoholabhängigkeitssyndrom mit ständigem Substanzgebrauch und leichtem amnestischem Syndrom) und bei ihm aus psychiatrischer Sicht in partiellem Ausmass seit einem bis zwei Jahren eine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 30% bestehe, wobei er in einer angepassten Tätigkeit, z.B. als Nachtwächter, zu 80% arbeiten könne. Zum Bericht von Dr. med. D._____ bemerkte der Gutachter, dass der Versicherte am damaligen Untersuchungstag (9. März 2009) deutlich alkoholisiert gewesen sei; die österreichischen Ärzte hätten zudem krankheitsfremde Momente wie das Lebensalter bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt und mögliche therapeutische Massnahmen nicht diskutiert.

Mit Schlussbericht vom 22. Dezember 2009 befand der RAD Rhône, dem das Gutachten von Dr. med. E. _____ unterbreitet worden ist, dass beim Versicherten in psychiatrischer Hinsicht seit einem bis zwei Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 20 bis 30% (20% für maximal angepasste Tätigkeit wie z.B. Nachtwächter) bestehe. Dagegen seien in somatischer Hinsicht die Rückenbeschwerden ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. 82 IVSTA).

B.

B.a Mit Vorbescheid vom 14. Januar 2010 teilte die IVSTA dem Versicherten mit, dass sein Leistungsbegehren abgewiesen werden müsste, da aus den Akten hervorgehe, dass bei ihm keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege und ihm trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung eine dem Gesundheitszustand angepasste gewinnbringende Tätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar sei. Damit liege keine Invalidität vor, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge (act. 83 IVSTA).

B.b Mit Verfügung vom 6. Mai 2010 wies die IVSTA das Leistungsbegehren des Versicherten im Wesentlichen mit der Begründung ab, die dem Vorbescheid zugrunde lag (act. 86 IVSTA).

C.

Mit Faxeingabe vom 10. Juni 2010 bei der IVSTA erhob A. _____ Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Mai 2010, allerdings ohne einen Antrag zu stellen und ohne die Beschwerde zu begründen (act. 1). Diese Beschwerde leitete die IVSTA dem zuständigen Bundesverwaltungsgericht weiter, worauf dessen Instruktionsrichter den Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 21. Juli 2010 aufforderte, innert einer kurzen Frist Rechtsbegehren zu stellen und diese zu begründen (act. 5). Mit Eingabe vom 26. Juli 2010 beantragte der Beschwerdeführer schliesslich eine Rente gemäss schweizerischer Invalidenversicherung und begründete diesen Antrag mit einem Verweis auf das Gutachten von Dr. med. D. _____, aufgrund welchem ihm in Österreich eine unbefristete Invalidenpension ausgezahlt worden sei (act. 8).

D.

Mit Vernehmlassung vom 2. November 2010 (vgl. act. 12) wies die Vorinstanz zunächst darauf hin, dass die schweizerische Invalidenversicherung nicht an die Beurteilung österreichischer Versicherungsträger, Kran-

kenkassen und Ärzten gebunden sei. Aus dem Bezug einer österreichischen Invalidenpension könne kein Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hergeleitet werden. Die beigezogenen ärztlichen Gutachten aus Österreich, darunter auch das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 24. März 2009, hätten hinsichtlich der psychischen Leiden keine zuverlässige Beurteilung ermöglicht, so dass der Beschwerdeführer am 6. Oktober 2009 einer Begutachtung durch einen schweizerischen Psychiater unterzogen worden sei. Gestützt auf dieses Gutachten sei der beigezogene ärztliche Dienst der Vorinstanz zur Überzeugung gelangt, dass beim Beschwerdeführer eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30% bestehe. Die körperlichen Leiden würden keine darüber hinaus gehende Arbeitsunfähigkeit verursachen. Der Beschwerdeführer könne zu 70% als Nachtportier oder im Wachdienst arbeiten, was mit den früheren Tätigkeiten vergleichbar sei. Daher könne davon ausgegangen werden, dass die Erwerbseinbusse (Invaliditätsgrad) im Sinne eines Prozentvergleichs dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspreche, womit keine Invalidität von anspruchsbegründendem Ausmass bestehe.

E.

Der Beschwerdeführer liess sich hierauf – trotz Einräumung einer Frist zur Einreichung einer Replik durch den Instruktionsrichter – nicht mehr zur Sache vernehmen (act. 13 und 21).

F.

Mit Verfügung vom 29. März 2011 (vgl. act. 21) wurde das Gesuch des Beschwerdeführers vom 3. Februar 2011 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. act. 17) gutgeheissen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG 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 die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 6. Mai 2010. 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). Damit 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.

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist.

3.1 Anhang II des FZA betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wurde per 1. April 2012 geändert (Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012; AS 2012 2345). Vorliegend ist auf die bis Ende März 2012 gültige Fassung (vgl. namentlich AS 2002 1527, AS 2006 979 und 995, AS 2006 5851, AS 2009 2411 und 2421) abzustellen, wonach die Vertragsparteien untereinander insbesondere folgende Rechtsakte (oder gleichwertige Vorschriften) anwenden (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Abschnitt A Anhang II des FZA): die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2004 121 [vgl. auch AS 2008 4219, AS 2009 4831]; nach-

folgend: Verordnung Nr. 1408/71) sowie die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2005 3909 [vgl. auch AS 2009 621, AS 2009 4845]; nachfolgend: Verordnung Nr. 574/72). Im Rahmen des FZA ist auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

3.2 Nach Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind.

3.3 Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 haben die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Demnach richtet sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung nach dem schweizerischen Recht, insbesondere dem IVG sowie 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: 6. Mai 2010) 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 anwend-

bar 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). Demgegenüber findet das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmepaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]) noch keine Anwendung. Dafür sind die ab dem 1. Januar 2003 geltenden Bestimmungen des ATSG und jene der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11) ohne Weiteres anwendbar.

4.2 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 des 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. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]).

Bezüglich der vorliegend aufgrund 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 Inkrafttreten 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 Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens eines vollen Jahres gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden bzw. während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente sowohl nach altem als auch nach neuem Recht erfüllt ist.

5.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). 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. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchti-

gung 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 ATSG).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 127 V 294 E. 4c in fine).

5.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Dies ist vorliegend der Fall, da der Beschwerdeführer Staatsangehöriger der Europäischen Gemeinschaft ist. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

5.4 Je nachdem, ob der Versicherte als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, unterscheidet sich die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs bei Erwerbstätigen, gemischte Methode bei Teilerwerbstätigen oder spezifische Methode des Betätigungsvergleichs bei Nichterwerbstätigen [Art. 28a IVG]). Dabei ist in zeitlicher Hinsicht jeweils auf die Ver-

hältnisse bei Entstehen des hypothetischen Rentenanspruchs abzustellen.

5.4.1 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).

5.4.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). 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).

5.4.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilich-

keit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2, 1999 KV Nr. 22 E. 3b; AHI 2001 S. 115 E. 3b ee).

5.4.4 Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 bis 4.6).

Im Übrigen ist nicht zwingend erforderlich, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

5.5 Hinsichtlich der Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

5.6 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 (heute Bundesgericht) 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.

5.7 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.

5.8 Zusammenfassend ist somit im Folgenden vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob für den Beschwerdeführer zwischen dem 15. September 2004 (mindestens ein Jahr vor Antragstellung) und dem 6. Mai 2010 (Datum der angefochtenen Verfügung) ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestand oder ein solcher in diesem Zeitraum entstanden ist.

6.

6.1 Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer hauptsächlich in psychischer Hinsicht an einem chronischen Alkoholismus (ICD: F 10.2) mit Status nach Entzugsbehandlung, beginnender Polyneuropathie und leichtem amnestischem Syndrom, einer sozialen Phobie (ICD: F 40.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD; F 33.4), derzeit grösstenteils remittiert, leidet. Dazu wurde bei ihm in physischer Hinsicht im Wesentlichen ein chronisches Lumbovertebralsyndrom (ICD: M 54.5) mit ausgeprägten degenerativen Veränderungen, aber ohne radikuläre Symptomatik diagnostiziert, sowie eine Hyperthyreose, Adipositas und eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK).

6.2 Dabei haben gemäss übereinstimmender Beurteilung der österreichischen und schweizerischen Ärzte die beim Beschwerdeführer diagnostizierten physischen Leiden praktisch keinen Einfluss auf dessen Arbeitsfähigkeit. So sind im orthopädischen Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 16. Januar 2009 keine erheblichen Funktionseinbussen erwähnt. Der Beschwerdeführer könne nach wie vor in somatischer Hinsicht vollschichtig leichte bis mittelschwere Arbeiten in wechselnder Körperhaltung, ohne Zeitdruck und mit Begrenzung der Gehstrecke verrichten (act. 64 IVSTA). Diese Beurteilung ist von Dr. med. G. _____ (act. 66 IVSTA) und durchwegs von den RAD-Ärzten (act. 70 und 82 IVSTA), auf die sich die Vorinstanz gestützt hat, ohne Einschränkung geteilt worden. Damit kann im vorliegenden Fall als erstes Zwischenergebnis davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer im zu beurteilenden Zeitraum in physischer Hinsicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nie derart eingeschränkt gewesen wäre, dass er eine physisch leichte bis mittelschwere Tätigkeit wie im Wachdienst nicht vollschichtig hätte ausüben können.

6.3 Auf den Beschwerdeführer invalidisierend wirken demgegenüber seine psychischen Leiden, nämlich den mehrfach erwähnten chronischen Alkoholismus mit beginnender Polyneuropathie und leichtem amnestischem Syndrom, die soziale Phobie und zeitlich beschränkt auch eine rezidivierende depressive Störung. Auch darin sind sich die österreichischen und schweizerischen Ärzte und medizinischen Gutachter grundsätzlich einig. Hingegen wird das Ausmass der Invalidität von ihnen teilweise unterschiedlich beurteilt, was näher zu prüfen ist. Vorauszuschicken ist dabei Folgendes:

6.3.1 Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist vorerst festzuhalten, dass für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz *keine Bindung* an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn besteht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

6.3.2 Bei den diagnostizierten Leiden handelt es sich insgesamt um *labiles pathologisches Geschehen* psychischer Natur, so dass ein allfälliger Rentenanspruch erst nach der gesetzlichen Wartezeit von einem Jahr entstehen kann.

6.3.3 Zum diagnostizierten chronischen *Alkoholismus* ist grundsätzlich festzuhalten, dass dieses Leiden gemäss ständiger Rechtsprechung – auch wenn der Alkoholismus eine Krankheit darstellt – für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes darstellt (BGE 102 V 165; 99 V 28 E. 2 S. 28 f.; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, N. 25 zu Art. 3 ATSG). Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren oder dessen Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer (vgl. SVR 2007 IV Nr. 1 S. 1, I 750/04, E. 1.2 mit Hinweisen), die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268 mit Hinweis; Urteile 8C_951/2010 vom 30. Mai 2011 E. 4.1; I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2 mit Hinweisen). Trifft dies nicht zu, ist invalidenversicherungsrechtlich – auch im Kontext der generell in der Sozialversicherung geltenden Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 117 V 275 E. 2b S. 278; 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen, Urteil 9C_916/2010 vom 20. Juni 2011 E. 2.2) – von der Zumutbarkeit abstinenten Verhaltens auszugehen (vgl. Urteil 9C_395/2007 vom 15. April 2008 E. 2.3, wonach auch durch den Alkoholkonsum induzierte psychische Störungen reversibel und da-

her unbeachtlich sind); dies schliesst die Annahme einer längere Zeit dauernden Arbeitsunfähigkeit aus (Vgl. 9C_213/2011 vom 2. November 2011 E. 4.4.2).

6.3.4 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können, wie bereits ausgeführt (vgl. oben E. 5.2), in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so etwa auch der *rezidivierenden depressiven Störung*, setzen zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus, was in casu vorliegt. Dabei ist zu beachten, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen darf, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, wie zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression in fachmedizinischem Sinne. Solche verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (Entscheid EVG I 232/04 vom 10. Januar 2005, E. 5).

6.4 Zusammenfassend haben sich die Ärzte im Einzelnen wie folgt über die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wegen seiner psychischen Leiden ausgesprochen:

6.4.1 Dr. med. B._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, kam in seinem umfassenden, nachvollziehbaren und schlüssigen neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 25. September 2006, das im Übrigen die oben (vgl. E. 5.4.2) aufgelisteten Beweiswert-Kriterien einwandfrei erfüllt, zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer vollschichtig leichte körperliche und geistige Arbeit mit einem gelegentlichen Wechsel der Körperhaltung, ohne Heben schwerer Lasten und längerdauernden Zwangshaltungen, ohne Zeitdruck und ohne regelmässige psychosoziale Kontakte zumutbar seien (act. 30 IVSTA, S. 12/13). Das Gutachten ergänzte und bestätigte Dr. med. B._____ am 17. November 2006 (vgl. act. 31 IVSTA), indem er die Berücksichtigung der rezidivierenden depressiven Störung festhielt, am 10. Mai 2007 (vgl. act. 32 IVSTA), indem insbesondere die (angepasste) Tätigkeit eines Sortierers/Kontrolleurs in der Elektroindustrie als zumutbar bestätigt wurde, und am 6. August 2007 (vgl. act. 33 IVSTA), indem der Gutachter keine neuen Gesichtspunkte

aus einer Zeugenaussage zur sozialen Phobie des Beschwerdeführers ersehen konnte. In der Anamnese seines Gutachtens vom 25. September 2006 erwähnt Dr. med. B._____ im Übrigen, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben seit Jahrzehnten, in den letzten 7-8 Jahren zunehmend, unter wiederkehrenden depressiven Zuständen leidet, ohne dass er – mit Ausnahme einer Alkoholentziehungskur im Jahre 1998 – für längere Zeit arbeitsunfähig gewesen war (act. 10 IVSTA). Darauf gestützt stellte der RAD Rhône am 17. Januar 2008 fest, dass beim Beschwerdeführer jedenfalls bis September 2006 in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (act. 35 IVSTA).

Als weiteres Zwischenergebnis kommt das Gericht angesichts der erwähnten schlüssigen Berichte zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer mindestens bis September 2006 keine rentenbegründende Invalidität bestanden hat.

6.4.2 Zu würdigen sind sodann nachfolgend drei weitere, zwischen Mai 2008 und November 2009 erstellte psychiatrische Gutachten, die in der Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit divergieren.

6.4.2.1 Aus einem im Auftrage des österreichischen Versicherungsträgers am 14. Mai 2008 erstellten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C._____, österreichischer Facharzt für Psychiatrie, geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit Juni 2006 mehrheitlich abstinent war, und aber in den 5 Jahren vor der Untersuchung wegen der depressiven Symptomatik in psychiatrischer Behandlung war (act. 39 IVSTA). Für den Gutachter erschien die cerebrale Belastbarkeit des Beschwerdeführers zur Zeit der Untersuchung als zu gering, als dass er eine Arbeitstätigkeit hätte ausüben können. Es hätten sich im Verlaufe des Gesprächs vegetative Symptome gezeigt (Zittern, Gedächtnisstörungen, Irritierbarkeit) sowie Ermüdbarkeit. In der Wahrnehmung des Beschwerdeführers würden aber die soziale Phobie und die somatischen Leiden im Vordergrund stehen. Eine Besserung des Gesundheitszustandes erachtete der Gutachter in den folgenden 12 Monaten als möglich.

6.4.2.2 Eine weitere, von Dr. med. D._____, österreichischer Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, am 9. März 2009 durchgeführte Untersuchung ergab gemäss diesem Gutachter, dass dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht krankheitsbedingt derzeit und unter Berücksichtigung des Lebensalters wohl schon vorhersehbar auf Dauer eine regelmässige Berufsausübung nicht mehr möglich sei, da er auch in einer

geistig einfachen Tätigkeit nicht mehr ausreichend belastbar sei (act. 65 IVSTA). Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei laut dem Gutachter nicht mehr zu erwarten (infauste Prognose). In der Anamnese wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer nie aus psychiatrischen Gründen stationär behandelt worden sei und jetzt zwar an der sozialen Phobie (Menschenansammlungen) und Schlafstörungen leiden würde, hingegen keine Selbstmordgedanken hege. Der Gutachter wies insbesondere darauf hin, dass der Beschwerdeführer nach Konsum von ¼ l Rotwein mit wahrnehmbarem Foetor !thylicus ex ore zur Untersuchung erschien und umständlich-mühsam-verlangsamt wirkte. Er sei zudem bewusstseinsklar, geordnet und allseits orientiert erschienen, ohne akute Panik oder psychotische Symptome, aber mit reichlichem Selbstmitleid.

6.4.2.3 Im Auftrag der Vorinstanz begutachtete Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM (Swiss Insurance Medicine) in Z._____, den Beschwerdeführer am 6. Oktober 2009 (act. 80 IVSTA). Dem psychiatrischen Gutachten kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer an den bereits mehrfach aufgezählten, diagnostizierten psychischen Beschwerden leide, wobei es ihm nach eigenen Aussagen hinsichtlich der Depressionen deutlich besser gehe, was mit dem Wegfall der Pflege des Vaters zusammenhänge, die ihn belastet habe. Seit 2 Jahren stehe er nicht mehr bei einem Psychiater in Behandlung, besuche aber regelmässig den Hausarzt. Gemäss der Beurteilung des Gutachters könne von einer grossteiligen Remission der Depression ausgegangen werden. Die noch bestehende soziale Phobie sei ein Dauerzustand, der bereits vorhanden gewesen sei, als der Beschwerdeführer u.a. als Nachtportier gearbeitet habe. Aus psychiatrischer Sicht sei das Alkoholabhängigkeitsyndrom der wichtigste Befund, wobei testpsychologisch ein leichtes amnestisches Syndrom nachgewiesen werden könne und der Beschwerdeführer Hinweise auf eine Polyneuropathie zeige. Daraus sei abzuleiten, dass die Arbeitsfähigkeit vor allem wegen des amnestischen Syndroms teilweise eingeschränkt sei, und zwar generell zu ca. 30% seit ca. 1 bis 2 Jahren. In einer angepassten Tätigkeit, z.B. als Nachtwächter, könne er zu 80% arbeiten. Könnte der Beschwerdeführer zu einer Alkoholabstinenz motiviert werden (auch dank einer erneuten stationären Entzugsbehandlung), wäre hypothetisch gar eine etwas höhere Arbeitsfähigkeit denkbar (der Gutachter gibt 89% an). Zum Bericht des Gutachters D._____ bemerkte Dr. med. E._____, dass sich zum damaligen Zeitpunkt die Pflege des Vaters noch negativ ausgewirkt habe und der Beschwerdeführer am Untersuchungstag deutlich alkoholisiert gewesen sei; den Bericht

von Dr. med. G._____ kritisierte der Gutachter, weil jener krankheitsfremde Momente wie das Lebensalter bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt und mögliche therapeutische Massnahmen nicht diskutiert habe.

6.4.3 Die Vorinstanz stützt sich im Wesentlichen auf die Befunde des (...) Gutachters, dem sie den Begutachtungsauftrag gegeben hat.

Für das Gericht steht fest, dass jedenfalls dieses Gutachten von Dr. med. E._____ für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 dessen Schlussfolgerungen begründet sind. Dr. med. E._____ nimmt insbesondere auch zum Gutachten von Dr. med. D._____ Stellung, das 7 Monate zuvor erstellt worden ist. Die Beurteilung von Dr. med. E._____, wonach die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers angesichts seiner psychischen Beschwerden (leichtes amnestisches Syndrom, soziale Phobie) seit 1 bis 2 Jahren, also ca. seit Ende 2007/anfangs 2008 generell in der angelernten Tätigkeit zu 30% und in einer angepassten Tätigkeit, wie beispielsweise als Nachtwächter, zu 20% reduziert ist, ist nachvollziehbar und schlüssig.

6.4.4 Die etwas anderen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit der österreichischen Ärzte erklären sich nebst den unterschiedlichen Beurteilungskriterien (zum Beispiel hinsichtlich des ausgeglichenen Arbeitsmarktes, vgl. oben E. 5.2, und der angepassten Tätigkeiten, vgl. oben E. 5.7, und ganz allgemein E. 6.3.1) zum Teil auch dadurch, dass sie den Beschwerdeführer zu einem Zeitpunkt begutachtet haben, an welchem er eine depressive Phase durchlief (14. Mai 2008, Dr. med. C._____) oder sich in alkoholisiertem Zustand untersuchen liess (9. März 2009, Dr. med. D._____). Jedenfalls lassen sich aus den beiden österreichischen Gutachten weder schwerere depressive Episoden (mit stationären Behandlungen und Suizidversuchen; vgl. oben E. 6.3.4), noch wegen dem Alkoholismus bedingte Gesundheitseinschränkungen (vgl. oben E. 6.3.3) herauslesen, die über das von Dr. med. E._____ beschriebene leichte amnestische Syndrom oder der Polyneuropathie hinausgehen, noch können ihnen schliesslich während eines ganzen Jahres (Wartezeit) andauernde, rentenbegründende Einschränkungen entnommen werden (vgl. oben E. 6.3.2).

6.4.5 Bei der Gegenüberstellung dieser Gutachten ergibt sich für das Gericht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, dass die psychischen Leiden die Arbeitsfähigkeit zwar seit ca. Ende 2007 ohne Zweifel einschränken, aber nicht in einem grösseren Umfang, als sie der Gutachter Dr. med. E._____ nach der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers und in Kenntnis aller medizinischen Vorakten eingeschätzt hat, nämlich zu 30% in der Haupttätigkeit und zu 20% in einer angepassten Tätigkeit. Als bisherige Haupttätigkeit(en) können die Tätigkeit als Büromechaniker (vgl. act. 19 IVSTA), Monteur, Lagerist Kontrolleur (vgl. act. 20 IVSTA) und als zuletzt bis 2003 ausgeübte Tätigkeit der Wachdienst genannt werden (vgl. act. 17 IVSTA). Eine angepasste Tätigkeit wäre etwa diejenige als Nachtportier.

6.5 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser Arbeitsunfähigkeit.

6.5.1 Die Vorinstanz hat den Invaliditätsgrad von 30% mittels eines Prozentvergleichs festgelegt (vgl. Vernehmlassung vom 2. November 2012 [act. 12]).

Wie erwähnt (vorne E. 5.4) ist bei erwerbstätigen Versicherten der Invaliditätsgrad im Rahmen eines Vergleichs zwischen Validen- und Invalideneinkommen möglichst genau zu ermitteln oder nach Massgabe der konkreten Umstände zu schätzen. Den Invaliditätsgrad durch Übernahme der prozentualen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Prozentvergleich) zu ermitteln, rechtfertigt sich insbesondere dann, wenn in der bisherigen Tätigkeit eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit besteht und zudem in allfälligen Verweisungstätigkeiten kein höheres Einkommen erzielt werden könnte (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_129/2008 vom 7. August 2008 E. 3.3.1).

Beim Beschwerdeführer besteht nach Beurteilung der Ärzte (d.h. insbesondere des Gutachters E._____ und der RAD-Ärzte) in der bisherigen Tätigkeit eine recht hohe Restarbeitsfähigkeit von 70% und in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 80%. Ein leidensbedingter Abzug ist bei der Anwendung des Prozentvergleichs grundsätzlich nicht vorzunehmen (Urteil des BGer 9C_129/ 2008 vom 7. August 2008 E. 3.3.1 mit Hinweis auf BGE 126 V 75 E. 5b). Im Übrigen sind vorliegend keine Umstände ersichtlich, welche einen Abzug beim Invalidenlohn gemäss BGE 126 V 75 rechtfertigen würden.

Die Ermittlungsmethode der Vorinstanz ist daher nicht zu beanstanden.

6.5.2 Daraus ergibt sich mit der Vorinstanz ein Invaliditätsgrad von 30%. Da dieser tiefer liegt als der rentenbegründende Mindestinvaliditätsgrad von 40% (vgl. vorne E. 5.3), besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

6.5.3 Aus diesen Gründen ist die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen.

7.

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung

7.1 Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Zuzufolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege sind dem unterliegenden Beschwerdeführer allerdings keine Verfahrenskosten aufzuerlegen.

7.2 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e 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.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Daniel Stufetti

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 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: