



Urteil vom 20. Januar 2017

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Beat Weber, Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiberin Marion Sutter.

Parteien

A. _____,
vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 13. November 2015.

Sachverhalt:**A.**

Der am (...)1952 geborene serbische Staatsangehörige A._____ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer), wohnhaft in Italien, arbeitete während mehrerer Jahre in der Schweiz und leistete die entsprechenden obligatorischen Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; IV-act. 15). Am 14. Mai 2008 stellte er bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz) ein Gesuch um Gewährung einer Rente der schweizerischen Invalidenversicherung. Als invalidisierende Krankheitsgründe gab er Hypersomnie mit Schlafapnoe, Adipositas, respiratorische Insuffizienz sowie Diabetes mellitus an (IV-act. 5).

B.

Nach der Durchführung der entsprechenden erwerblichen und medizinischen Abklärungen wies die Vorinstanz mit Verfügung vom 6. Oktober 2009 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab (IV-act. 48). Die hiergegen vom Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic, am 3. November 2009 erhobene Beschwerde (IV-act. 49) hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-6846/2009 vom 21. November 2011 teilweise gut und wies die Sache zurück an die Vorinstanz mit der Anweisung, ergänzende medizinische Abklärungen im Sinne einer neurologischen Begutachtung des Beschwerdeführers durchzuführen und anschliessend über den Rentenanspruch neu zu verfügen (IV-act. 62).

In Umsetzung des bundesverwaltungsgerichtlichen Rückweisungsauftrags veranlasste die Vorinstanz die neurologische Begutachtung des Beschwerdeführers durch Dr. med. B._____ vom 12. September 2011 (*recte*: vom 12. September 2012, vgl. IV-act. 78; IV-act. 80). Mit Verfügung vom 21. März 2013 wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab mit der Begründung, aus den nun ergänzten Akten gehe keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während der Dauer eines Jahres hervor. Trotz der beim Beschwerdeführer vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen sei eine dem Gesundheitszustand angepasste gewinnbringende Tätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar (IV-act. 97).

C.

Der Beschwerdeführer erhob hiergegen mit Eingabe vom 25. April 2013 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den Anträgen, es seien der angefochtene Entscheid aufzuheben und ihm eine ganze Rente mit

Wirkung ab dem 1. Dezember 2006 zuzusprechen, eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zur Begründung machte der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend unter Berufung auf neue Arztberichte, welche eine seit der neurologischen Begutachtung neu hinzugetretene Angstsymptomatik bescheinigten. Nach Rücksprache mit dem ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (im Folgenden: RAD) beantragte die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung vom 27. August 2013 beim Bundesverwaltungsgericht, die Beschwerde sei gutzuheissen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache an die Verwaltung zurückzuweisen zwecks Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers. Mit Urteil C-2375/2013 vom 12. September 2013 befand das Bundesverwaltungsgericht, der rechtserhebliche Sachverhalt sei nicht nur in psychiatrischer Hinsicht unvollständig, sondern es sei auch eine allfällige pneumologische/internistische Abklärung indiziert. Das Bundesverwaltungsgericht hiess deshalb die Beschwerde gut und wies die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Vorinstanz zurück (IV-act. 100-103).

D.

D.a Mit Schreiben vom 28. November 2013 teilte die Vorinstanz dem weiterhin durch lic. iur. Gojko Reljic vertretenen Beschwerdeführer mit, sie werde die Durchführung einer medizinischen Abklärung in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Pneumologie und allgemeine innere Medizin veranlassen, unter Beilage des Fragekatalogs an die Gutachter, und setzte dem Beschwerdeführer eine Frist von 10 Tagen für die Erhebung eines allfälligen Einwands gegen die Begutachtung respektive für die Formulierung von Ergänzungsfragen (IV-act. 106). Den Gutachtensauftrag vergab sie am 21. Januar 2014 an die Medizinische Abklärungsstelle MEDAS Zentralschweiz, Luzern (im Folgenden: MEDAS), unter Formulierung besonderer Fragen (IV-act. 110). Am 10. Juli 2014 erging das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS, mitsamt einem rheumatologischen, einem psychischen sowie einem pneumologischen Teilgutachten (IV-act. 116). Nach Einholung dreier RAD-Stellungnahmen vom 19. August 2014 (IV-act. 128), vom 10. September 2014 (IV-act. 132) sowie vom 22. Oktober 2014 (IV-act. 135) sowie des RAD-Schlussberichts vom 23. Dezember 2014, gleichfalls wie nach der Durchführung des Einkommensvergleichs vom 6. November 2014 (IV-act. 136) erliess die Vorinstanz den Vorbescheid vom 20. Januar 2015. In diesem befand sie, der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit als Kulturmediator zu 50 % arbeitsunfähig. In einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit sei er indessen voll arbeitsfähig, dies mit einer Erwerbseinbusse von 23 %. Insgesamt liege

damit keine Invalidität vor, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge, weshalb das Leistungsbegehren abzuweisen sein werde (IV-act. 141).

D.b Mit Eingaben vom 22. Januar 2015 (IV-act. 142) und 19. Februar 2015 (IV-act. 146) erhob der Beschwerdeführer hiergegen Einwände bei der Vorinstanz. Der Beschwerdeführer rügte hierbei, die RAD-Stellungnahmen seien inakzeptabel. Ausserdem sei RAD-Arzt Dr. med. C._____ als Facharzt für Allgemeine Medizin nicht in der Lage, sämtliche (insbesondere die psychischen) Beschwerden des Versicherten zu beurteilen. Mit Schreiben vom 24. März 2015 (IV-act. 148), vom 1. April 2015 (IV-act. 152) sowie vom 4. Mai 2015 (IV-act. 158) reichte der Beschwerdeführer via dessen Rechtsvertreter weitere Arztberichte sowie eine von ihm persönlich verfasste Stellungnahme zum Schlussbericht des RAD ein. Am 23. Juni 2015 erging der Schlussbericht von RAD-Arzt Dr. med. C._____, in welchem dieser an seinen bisherigen Stellungnahmen festhielt (IV-act. 161). Mit Schreiben vom 29. Oktober 2015 legte der Beschwerdeführer ausserdem einen Befund des Ärztekollegiums zur Anerkennung der Zivildisabilität des (...) D._____ vom 20. Oktober 2015 ins Recht (IV-act. 166). In der medizinischen Stellungnahme vom 31. Oktober 2015 schloss sich Dr. med. E._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, der Einschätzung von Dr. med. C._____ an (IV-act. 167). Mit Verfügung vom 13. November 2015 wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab. Zur Begründung verwies sie auf die eingeholten RAD-Stellungnahmen (IV-act. 168).

E.

Hiergegen erhob der Beschwerdeführer am 17. Dezember 2015 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den Anträgen, es seien die Verfügung der IVSTA vom 13. November 2015 aufzuheben und ihm ab dem 1. Dezember 2006 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen oder die Sache erneut abzuklären, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (BVGer-act. 1).

F.

In ihrer Vernehmlassung vom 11. März 2016 beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen (BVGer-act. 5).

G.

Der mit Zwischenverfügung vom 17. März 2016 beim Beschwerdeführer

erhobene Kostenvorschuss von Fr. 800.– (BVGer-act. 6) ging am 31. März 2016 bei der Gerichtskasse des Bundesverwaltungsgerichts ein (BVGer-act. 8).

H.

Mit Replik vom 20. April 2016 reichte der Beschwerdeführer den Bericht einer Neurologin vom 15. Februar 2016 beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer-act. 9).

I.

Mit ihrer Duplik vom 24. Juni 2016 hielt die Vorinstanz an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest und wies zur Begründung vollumfänglich auf die von ihr eingeholte Stellungnahme des RAD vom 31. Mai 2016 (BVGer-act. 11).

J.

Mit unaufgefordert zugestellter Eingabe vom 28. Juli 2016 legte der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte ins Recht (BVGer-act. 11). Mit Schreiben vom 25. Oktober 2016 reichte er ausserdem den Befund des Ärztekollegiums zur Anerkennung der Zivilinvalidität des (...) D. _____ vom 18. Oktober 2016 nach (BVGer-act. 15).

K.

Mit Instruktionsverfügung vom 25. November 2016 ersuchte das Bundesverwaltungsgericht die Vorinstanz um die Zustellung eines IK-Auszugs betreffend den Beschwerdeführer sowie allfälliger weiterer Unterlagen zur Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers bis 2008 als Basis für das Valideneinkommen (BVGer-act. 17).

L.

Mit Eingabe vom 7. Dezember 2016 reichte die Vorinstanz dem Bundesverwaltungsgericht den IK-Auszug des Beschwerdeführers vom 6. Dezember 2016 nach und führte aus, ihre Annahmen im Einkommensvergleich basierten auf den Angaben des Beschwerdeführers im Fragebogen vom 29. Juli 2014, dem IK-Auszug sowie den medizinischen Untersuchungen. Lohnabrechnungen, Fragebogen der bisherigen Arbeitgeber u.ä. lägen ihr nicht vor. Die vom Beschwerdeführer in Italien ausgeübten beruflichen Tätigkeiten könnten in zeitlicher Hinsicht nicht als repräsentativ betrachtet werden (BVGer-act. 18).

M.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]); siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 13. November 2015, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründender Invalidität abgelehnt hat. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

3.

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

3.1 Auf den Beschwerdeführer als Bürger von Serbien, wohnhaft in Italien, findet weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) Anwendung, nachdem die Schweiz nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien mit Serbien kein neues Abkommen über die soziale Sicherheit abgeschlossen hat (BGE 126 V 203 E. 2b, 122 V 382 E. 1, 119 V 101 E. 3). So erhalten die in einem Drittstaat wohnenden schweizerischen und jugoslawischen Staatsangehörigen nach Art. 3 i.V.m. Art. 1 des Sozialversicherungsabkommens Leistungen, auf die sie insbesondere gestützt auf die schweizerische Bundesgesetzgebung

über die Invalidenversicherung Anspruch haben, uneingeschränkt sowie ungekürzt. Nach Art. 2 i.V.m. Art. 1 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten ausserdem einander in ihren Rechten und Pflichten aus namentlich der schweizerischen Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Bestimmungen, die hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente und der anwendbaren Verfahrensbestimmungen von dem in Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens aufgestellten Grundsatz der Gleichstellung abweichen, finden sich weder im Sozialversicherungsabkommen selbst noch in den seither abgeschlossenen schweizerisch-jugoslawischen Vereinbarungen. Der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung bestimmt sich demnach allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften resp. des IVG, der IVV (SR 832.201), des ATSG sowie der ATSV (SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

3.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 13. November 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

Der Beschwerdeführer hat dem Bundesverwaltungsgericht mit seiner Republik vom 20. April 2016 einen Bericht betreffend eine neurophysiologische Untersuchung vom 15. Februar 2016 eingereicht, in welchem Dr. S. _____ unter anderem die Diagnosen Zustand nach paroxysmalem Lagerungsschwindel und distale symmetrische sensomotorische Polyneuropathie unter möglicher autonomer Mitbeteiligung stellte. Dieser Arztbericht datiert erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. November 2015. Soweit dieser Arztberichte neue Befunde oder Hinweise auf eine seit der angefochtenen Verfügung ergangene Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers enthält, kann er nach dem Gesagten im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht berücksichtigt werden. Eine allfällige Verschlechterung seines Gesundheitszustandes hätte der

Beschwerdeführer mittels Neuanschuldung bei der Vorinstanz geltend zu machen. Dasselbe gilt für den am 25. Oktober 2016 durch den Beschwerdeführer nachgereichten Befund des Ärztekollegiums zur Anerkennung der Zivilinvalidität des (...) D. _____ vom 18. Oktober 2016, gemäss welchem die Ärztekommision eine Invalidität von 80 % festgestellt habe. Demgegenüber können die Arztberichte von Dr. F. _____ vom 4. Dezember 2015 sowie vom 22. Juli 2016 vorliegend berücksichtigt werden, soweit diese Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung erlauben (vgl. nachfolgend E. 9.2).

3.3 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 13. November 2015 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

4.

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein – ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist.

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

5.

5.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körper-

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

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

5.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der 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 Viertelrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht staatsvertragliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

Das vorliegend anwendbare Sozialversicherungsabkommen mit Jugoslawien (s. E. 3.1) sieht keine Abweichung vom Grundsatz vor, dass Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz ausgerichtet werden.

6.

Die Vorinstanz wies in der angefochtenen Verfügung das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab. Zur Begründung stellte sie gestützt auf die Beurteilung des RAD sowie das eingeholte Gutachten fest, es liege beim Beschwerdeführer keine invalidisierende psychische Erkrankung vor, die beschriebene soziale Phobie sei sekundär und im Rahmen des bereits leicht invalidisierenden Schlafapnoe-Syndroms zu sehen. Invalidisierend seien die Schlafapnoe und die Gonarthrose rechts, diese beiden Gesundheitsstörungen seien verantwortlich für eine maximale Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit als Kulturmediator. In jeder anderen angepassten Tätigkeit sei unter Einhalten der funktionellen Einschränkungen (leichte bis mittelschwere ganztägige Arbeiten in wechselnder Körperposition, unter Ausschluss von schweren Arbeiten, ohne kniende oder kauende Arbeiten, ohne Treppen- oder Leitersteigen, ohne Arbeiten, welche Konzentration oder Hantieren an Maschinen oder Fahrzeugen erfordern) eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar, dies mit einer Erwerbseinbusse von 23 %. Das eingeholte Gutachten sei von einer guten medizinisch-kritischen Qualität. Die klinische Untersuchung sei ausführlich und vollständig. Die vom Beschwerdeführer eingereichten neuen Unterlagen seien dem RAD unterbreitet worden, welcher seine bisherige Stellungnahme bestätigt habe. Ebenfalls sei die Beurteilung eines Psychiaters einbezogen worden, welcher Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht verneint habe.

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber im vorliegenden Beschwerdeverfahren geltend, er habe mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2006 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Aufgrund seiner psychischen Beschwerden, der Schlafapnoe, der Gonarthrose sowie der übrigen Leiden wisse er eine Erwerbseinbusse von mindestens 70 % auf. Den von ihm eingereichten Berichten der Spezialärzte, bei welchen sich der Beschwerdeführer bereits seit mehreren Jahren in Behandlung befinde, sei mehr Glauben zu schenken als den von der Vorinstanz bezahlten MEDAS- und RAD-Ärzten. Der Beschwerdeführer rügt sodann eine Diskriminierung, indem bei ihm als Versicherten aus dem Balkan andere Kriterien als bei den Schweizer Bürgern und Bürgern der EU angewendet worden seien. Schliesslich beantragt der Beschwerdeführer, es sei ein externes beziehungsweise unabhängiges Gutachten einzuholen.

7.

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wurde bereits mehrfach durch die Vorinstanz sowie das Bundesverwaltungsgericht geprüft (vgl. Sachverhalt Bst. B bis D). Die wichtigsten der in diesem Zusammenhang

bereits vorliegenden Beurteilungen sind, gleichfalls wie die seither neu eingegangenen medizinischen Unterlagen, im Nachfolgenden zusammenfassend darzustellen.

7.1 Die erste vorinstanzliche Verfügung vom 6. Oktober 2009 (IV-act. 48) basierte hauptsächlich auf den RAD-Stellungnahmen von Dr. med. G. _____ (Facharzt für Innere Medizin) vom 17. Juli 2009 und 18. September 2009. Dieser kam nach Einsicht in die medizinischen Unterlagen zum Schluss, dass die vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht invalidisierend seien. Der Diabetes sei ohne Komplikationen. Für die Therapie der diagnostizierten Schlafapnoe verfüge der Beschwerdeführer über ein CPAP-Gerät. Zu Beginn komme es häufig vor, dass die Therapie noch nicht optimal funktioniere. Es nehme eine gewisse Zeit in Anspruch, bis das Gerät den individuellen Ansprüchen entsprechend eingestellt sei. Ferner sei die Beendigung des Arbeitsverhältnisses im Februar 2007 aufgrund wirtschaftlicher und nicht aufgrund gesundheitlicher Gründe erfolgt. Während des Arbeitsverhältnisses hätte der Beschwerdeführer bereits an der Schlafapnoe gelitten. Der Beschwerdeführer sei somit in seiner bisherigen Tätigkeit nach wie vor zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 40 und 47).

7.2 In seinem Urteil C-6846/2009 vom 21. November 2011, Erwägung 4.3 befand das Bundesverwaltungsgericht diese Einschätzung des RAD als nachvollziehbar. Es entschied indessen in der Erwägung 4.4, dass in neurologischer Hinsicht Dr. med. G. _____ als Facharzt für Innere Medizin für die Beurteilung der „diffusen zerebralen Atrophie“ nicht qualifiziert gewesen sei und es unklar verbleibe, ob die allfälligen neuropsychologischen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers aufgrund der attestierten diffusen zerebralen Atrophie aufgetreten seien und ob diese Beschwerden gegebenenfalls eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers begründen könnten. Entsprechend ordnete das Bundesverwaltungsgericht die Einholung einer neurologischen Begutachtung an (IV-act. 62).

7.3 Die zweite vorinstanzliche Verfügung vom 21. März 2013 (IV-act. 97) basierte hauptsächlich auf dem neurologischen Gutachten vom 12. September 2012. In jenem stellte Dr. med. B. _____ nach Auflistung der Anamnese sowie der aktuellen, vom Versicherten geschilderten Beschwerden die nachfolgenden Diagnosen – jeweils ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- diskrete kognitive Störung mit leichter Beeinträchtigung verbal-mnestischer Prozesse sowie der Konzentrationsfähigkeit;

- klinisch leicht ausgeprägte Polyneuropathie bei DM Typ II;
- subjektiv schwere Fatigue bei Schlafapnoesyndrom;
- Adipositas per magna;
- Diabetes Mellitus Typ II;
- klinisch leicht ausgeprägte Polyneuropathie bei Diabetes Mellitus;
- hypertensive Kardiopathie.

Die Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC), welche die subjektive Einschätzung des Versicherten im Hinblick auf seine vermehrte Müdigkeit wiedergebe, weise mit einem Gesamtwert von 80 auf eine mögliche schwere Fatigue hin, stehe indessen im diskrepanten Widerspruch zum klinischen Eindruck des während der Untersuchung geistig wachen und intellektuell flexiblen Versicherten. In neurologischer Hinsicht seien insgesamt keine relevanten neurologischen Diagnosen zu stellen. Ebenfalls hätten sich keine Anhaltspunkte auf eine vermehrte Ermüdbarkeit des Versicherten gezeigt. Bei der diagnostizierten leichten Polyneuropathie bei Diabetes Mellitus Typ II sowie der leichten Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und verbal-mnestischer Leistungen handle es sich um Beeinträchtigungen der höheren Hirnfunktionen mit unklarer Ursache. Differenzialdiagnostisch sei die bildgebend festgehaltene zerebrale Atrophie in Erwägung zu ziehen, andererseits bestehe auch ein Schlafapnoe-Syndrom, welches gemäss Angabe mit CPAP nur ungenügend behandelt werde, weil der Versicherte beim Schlafen die Maske entferne. Inwiefern im Hinblick auf das Schlafapnoe-Syndrom, einer im Grunde behandelbaren Störung, ein ungenügender Therapieerfolg vorliege, sei bei Bedarf zusätzlich durch einen Facharzt für Pneumologie einzuschätzen. Unter Ausklammerung der vom Versicherten geltend gemachten Fatigue, welche internistischer Ursache sei und von einem Internisten/Pneumologen zu gewichten sei, bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht. Auch unter der Annahme, dass die höchstens leicht ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen eine neurologische Ursache hätten, zum Beispiel im Rahmen der bildgebend erfassten zerebralen Atrophie, seien diese derart gering ausgeprägt, dass sich dadurch keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse (IV-act. 80).

7.4 Der Rheumatologe Dr. med. T. _____ stellte in seiner Stellungnahme vom 8. Oktober 2012 fest, es lägen gemäss dem Gutachten von Dr. B. _____ vom 12. September 2012 keine invalidisierenden kognitiven Einschränkungen vor. Insgesamt seien die früheren RAD-Stellungnahmen zu bestätigen (IV-act. 85). Mit Stellungnahme vom 29. Januar 2013 erklärte

Dr. med. T._____, es sei entgegen der Einwände des Beschwerdeführers nicht erforderlich, Dr. med. B._____, zusätzliche Arztberichte für eine ergänzende Stellungnahme zuzustellen, da dieser als Facharzt eigene neuropsychologische Tests beim Beschwerdeführer durchgeführt und beurteilt habe (IV-act. 94).

7.5 Während des laufenden, durch den Beschwerdeführer anhängig gemachten Beschwerdeverfahrens befand RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 17. Juli 2013 mit Blick auf eine neu eingegangene psychiatrische Beurteilung von Dr. med. F._____, vom 21. Mai 2013 (befindet sich nicht in den dem Bundesverwaltungsgericht vorliegenden IV-Akten), es sei zwar wahrscheinlich, dass keine Gesundheitsbeeinträchtigung in psychischer Hinsicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten vorliege. Die psychiatrische Beurteilung sei dennoch nicht genügend detailliert, um als Grundlage für eine Antwort zu den üblichen Abklärungsfragen sowie insbesondere zur Definierung des Grads der Restarbeitsfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten beruflichen Tätigkeit (zum Beispiel im Haushalt; gemäss dem erwähnten Arztbericht betrachte sich der Versicherte als Hausmann) zu genügen. Es sei daher eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz anzuordnen (IV-act. 101).

7.6 Mit Urteil C-2375/2013 vom 12. September 2013 ordnete das Bundesverwaltungsgericht gestützt auf die Beurteilungen der Dres. med. B._____, und H._____, die Durchführung je einer psychiatrischen sowie einer pneumologischen/internistischen Abklärung an (IV-act. 100-103).

7.7 Im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 10. Juli 2014 stellten Dr. med. I._____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie, sowie Dr. med. J._____, Facharzt FMH für Rheumatologie, unter Einbezug des rheumatologischen, psychiatrischen sowie pneumologischen Teilgutachtens, insgesamt die nachfolgenden Diagnosen mit einer wesentlichen Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

- Tagesmüdigkeit und Schläfrigkeit, bei
 - obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom, Erstdiagnose 2006, mit
 - suboptimal eingestellter Behandlung mit Überdruck-Maske und residuellem Schnarchen,
 - aktuell unter Therapie normaler Lungenfunktion mit leichter, unspezifischer bronchialer Hyperreagibilität,

- möglicher psychischer Komponente,
- möglichem ungünstigem Beitrag von Sertralin;
- Gonarthrose rechts, vorwiegend im lateralen Kompartiment, bei
 - Status nach Verletzung und Operation X Ende der 1970er-Jahre.

Keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, aber einen Krankheitswert, hätten die nachfolgenden Diagnosen:

- metabolisches Syndrom, mit
 - morbider Adipositas „simplex“ (173.5 cm/133.5 kg, Body Mass Index 44.3) mit
 - Acanthosis nigricans und multiplen Fibromata pendulantia in der Halsregion,
 - Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose 2004, ungenügend eingestellt (HbA1c 8.3, normal 4.5-4.7), mit
 - grenzwertiger Mikroalbuminämie (*recte* wohl: Mikroalbuminurie),
 - arterieller Hypertonie, wahrscheinlich „essenziell“, Erstdiagnose 2004, behandelt, aktuell (nach grösserem gastrointestinalem Blutverlust sechs Tage zuvor), 115/70 mmHg, mit
 - hypertensiver Kardiomyopathie (2004),
 - positiver Familienanamnese (Mutter),
 - Dislipidämie, behandelt, mit
 - Arcus lipoides,
 - leicht erniedrigtem HDL-Cholesterin,
 - normalem atherogenem Index
 - massiger Hyperurikämie;
- Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.25; bis vor wenigen Tagen 10 bis 15 Zigaretten pro Tag, 40 „pack years“);
- sekundäre soziale Phobie (ICD-20 F40.1), wegen Einschlaf-Anfällen mit Schnarchen;
- normoregenerative, normozytäre, normochrome Anämie und mässige Hypoproteinämie, bei
 - Status nach akuter Helicobacter-positiver gastrointestinaler Ulkusblutung (Hospitalisation am 9. April 2014),
 - Status nach intrapylorischem Magenulkus 01/2006.

Als Nebenbefunde erwähnten die Gutachter:

- Myopie (Brille);
- ausgeprägtes Lückengebiss;
- Tinnitus aurium (anamnestisch);

- Status nach
 - 1963: Ikterus (Gelbsucht), wie auch mehrere Schulkollegen, vermutlich Hepatitis A,
 - 1976: dreimonatige Hospitalisation nach Operation X am rechten Knie, Gewichtszunahme von 20 kg
 - 1990er-Jahre: mehrere Nierenkoliken,
 - 2003: erneute Nierenkolik,
 - 2004: Balanitis, Diagnose des Diabetes mellitus,
 - 2005: erneute Nierenkolik links, Nephrolithiasis und Hydronephrose links,
 - 2006: intrapylorisches Magenulkus, Meläna, Hämoglobin 7.8,
 - 2012: Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung,
 - 2014: Notfall-Hospitalisation bei Helicobacter-positivem-Ulkus in der Pylorusregion und im Bulbus duodeni, Meläna, Hämoglobin 7.9.

In der zusammenfassenden Beurteilung vermerkten die Gutachter, der Versicherte klage subjektiv hauptsächlich über sein häufiges unfreiwilliges Einschlafen seit seiner Bettlägerigkeit während drei Monaten nach der Knieoperation im Jahre 1976 sowie der hierbei erfolgten Zunahme von 20 kg. Bei einem Kurzschlaf am Steuer habe er einen Unfall mit Totalschaden am Auto verursacht. Seither habe er nie wieder ein Auto gelenkt. Das zweitwichtigste Problem sei das „Ohrenrauschen“, stets symmetrisch und nur intermittierend. In der Nacht werde er von diesem nicht geweckt, wenn er aber aufwache, sei das Geräusch sofort da. Tagsüber versuche er es mit lauter Musik zu übertönen. Das dritte Problem betreffe sein Gewicht. Der Versicherte fühle sich ausserdem zunehmend depressiv und sei seit Herbst 2012 in Behandlung bei einem Psychiater. Während der dreistündigen Untersuchung habe der Versicherte jedoch nie einen schläfrigen Eindruck gemacht.

Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit befanden die Gutachter, der Versicherte sei für die zuletzt (2011) in Teilzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit als Kultur-Mediator aktuell sowie seit ungefähr Sommer 2006 zu mindestens 50 % arbeitsfähig. Hierbei wirke das Schlafapnoe-Syndrom limitierend, die Arbeitsfähigkeit sei durch eine adäquate Therapie verbesserbar. Für sämtliche Verweisungstätigkeiten (inkl. Haushalt), ohne Anforderung von länger andauernder Aufmerksamkeit und Konzentration (wie bei der Arbeit als Chauffeur oder der Arbeit an gefährlichen Maschinen etc.), ohne Knien und Kauern und ohne repetitives Begehen von Treppen und Besteigen von Leitern, mit Beschränkung von Gehen und Stehen auf etwa einen Drittel der

Arbeitszeit, betrage die Arbeitsfähigkeit 100 %. Durch medizinische Massnahmen könnte die Arbeitsfähigkeit verbessert werden. So könnte das Schlafapnoe-Syndrom mittels Polysomnographie genau evaluiert und die Therapie optimiert werden. Hilfreich wäre ebenfalls eine Abgewöhnung vom Rauchen, eine Gewichtsreduktion, allenfalls ein bariatrischer Eingriff sowie eine optimale Therapie aller Facetten des metabolischen Syndroms. Die Prognose sei eher ungünstig und hänge von den Behandlungsmöglichkeiten ab.

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 15. April 2013 (*recte*: 15. April 2014) erklärte Dr. med. J. _____, Facharzt FMH für Rheumatologie, die vorliegende, „ausserplanmässige“ Untersuchung erfolge, da der Versicherte bei Eintrittsdatum eine Behinderung am rechten Knie geltend gemacht habe, die auf eine alte Verletzung zurückzuführen sei. Der Versicherte habe angegeben, gegen Ende der 1970er-Jahre am Knie operiert worden zu sein, er wisse jedoch nicht mehr genau, weshalb. Er erinnere sich auch nicht, einen Unfall gehabt zu haben. Die Ärzte hätten ihm damals jede sportliche Aktivität verboten. Aktuell sei das Knie leicht geschwollen, schmerze eigentlich nicht, er spüre aber die Wetterwechsel. Der Versicherte gehe aufgrund seiner Müdigkeit kaum aus dem Haus, weshalb er nicht angeben könne, wie weit er zu gehen vermöge. Er wolle vermeiden, unterwegs auf einer Bank sitzend einzuschlafen. Er gehe ohne Stock. Treppesteigen müsse er zu Hause nicht. Dr. med. J. _____ erkannte in rheumatologischer Hinsicht als Diagnose mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine Gonarthrose rechts, vorwiegend im lateralen Kompartiment – anamnestisch Status nach Knieverletzung rechts Ende der 1970er-Jahre unklaren Ausmasses. Keine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit habe die Diagnose Adipositas permagna (BMI 44.6 kg/m²). Hinsichtlich der Knieverletzung lägen keine medizinischen Angaben vor. Aufgrund der Aussagen des Versicherten sowie der grossen Operationsnarbe handle es sich vermutlich um eine Binnenverletzung des rechten Kniegelenkes (VKB-Ruptur, allenfalls kombiniert mit einer Meniskusläsion oder sogar einer Tibiaplateaufrakture). Möglicherweise sei es im Rahmen der Primärversorgung zu einem Infekt gekommen, der Anlass für den langen Spitalaufenthalt und die lange Ruhigstellung gegeben habe. Im Laufe der Jahre habe sich eine sekundäre Gonarthrose vorwiegend im lateralen Kompartiment entwickelt, klinisch bestehe aktuell eine leichte Bandinstabilität, eine leichte Quadricepsatrophie und ein leichter Reizerguss. Die neuen Röntgenbilder zeigten in der belasteten Aufnahme eine leichte Gelenkspaltverschmälerung im lateralen Kompartiment mit deutlichen osteophytären Ausziehungen. Die Knochenstruktur wirke normal. Die Kniepathologie habe – soweit

ersichtlich – keine relevante Einschränkung für die weitere berufliche Tätigkeit des Versicherten im Bereich der Unterhaltungselektronik dargestellt. Demgegenüber begründe die Gonarthrose rechts Einschränkungen für eine überwiegend gehend-stehende Tätigkeit, für Arbeiten im Knien und Kauern, für das repetitive Besteigen von Leitern und das repetitive Begehen von Treppen. All die genannten Tätigkeiten spielten bei der zuletzt ausgeführten Arbeit keine wesentliche Rolle. Stehen und Gehen sollten bei einer künftigen beruflichen Tätigkeit auf etwa einen Drittel der Arbeitszeit beschränkt sein. Für sämtliche (Verweisungs-) Tätigkeiten ohne die soeben aufgeführten funktionellen Einschränkungen sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt.

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 24. April 2014 stellte der Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. K. _____ fest, die Werte der Hamilton-Depressions-Scale und der Montgomery-Asberg-Depression-Scale lägen beim Versicherten jeweils unter dem Schwellenwert für eine Depression und damit im klar nicht-pathologischen Bereich. Insbesondere fehle für eine sekundäre depressive Symptomatik das Leitsymptom einer wenig veränderlichen depressiven Stimmung. Die emotionale Reaktivität sei erhalten. In psychiatrischer Hinsicht lägen insgesamt keine Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen der sekundären sozialen Phobie (ICD-10 F40.1) bei Schlafapnoe mit Müdigkeits- und Einschlafanfällen sowie der Nikotinabhängigkeit, derzeit abstinent (ICD-10 F17.20). Die diagnostizierte soziale Phobie sei als eine Folge der Schlafapnoe zu betrachten. Ein grosser Teil dieser Angst, zum Beispiel die Angst, nicht mehr zu erwachen oder die Familie zu blamieren, wenn er ausser Haus plötzlich einschlafe, entspreche eher einem bewussten Entscheid; vorherrschend sei vielmehr das Gefühl der Scham als jenes der Angst. Aus diesem Grunde sei es dem Versicherten zumutbar, diese Problematik zu überwinden. Es sei verständlich, dass sich der Versicherte aus subjektiver Sicht eine weitere Erwerbstätigkeit kaum mehr zutraue. Für die Frage, ob eine bei der IV versicherte Einschränkung des Gesundheitszustandes vorliege, sei indessen vom bio-psychischen Krankheitsmodell auszugehen, da die sozialen Faktoren wie Alter, Ausbildung und kulturelle Aspekte als invaliditätsfremd anzusehen seien. So könnte durch eine offizielle, sachliche Information über seine Erkrankung die Problematik für die letzte berufliche Tätigkeit als Kulturmediator weitgehend entschärft werden. Denkbar wäre ebenfalls eine berufliche Tätigkeit, in welcher der Versicherte nicht sozial exponiert sei, wie zum Beispiel als angelernter Mitarbeiter im PC-Recy-

cling. Aus psychiatrischer Sicht liege deshalb keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Der behandelnde Psychiater Dr. F. _____ habe zwar – entgegen der vorliegenden Einschätzung – eine klassische soziale Phobie festgestellt, jedoch keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vorgenommen.

Dr. med. L. _____, Facharzt FMH für Pneumologie sowie Sportmedizin SGSM, stellte im pneumologischen Teilgutachten vom 18. April 2014 die nachfolgenden Diagnosen:

- Tagesmüdigkeit und Schläfrigkeit multifaktoreller Ätiologie, ESS 23/24 mit/bei
 - obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom (OSAS), seit 2007 unter CPAP-Therapie mit 10mbar,
 - wahrscheinlich suboptimale Einstellung bei residuellem Schnarchen, trotz normalem Apnoe-Hypopnoeindex (AHI) und Entsättigungsindex (EI) sowie ungenügender Compliance bei ungewolltem Ausziehen der Maske,
 - zusätzlich v.a. psychisch bedingte Müdigkeit und Schläfrigkeit sowie potenziell müdigkeitsfördernde Medikamente (Sertralin),
 - Polygraphie unter Therapie: AHI 2/h, Entsättigungs-Index 4/h, ausgeprägtes Schnarchen,
- fortgesetztes Zigarettenrauchen, kumuliert 40 py,
 - aktuell normale Lungenfunktion, leichte unspezifische bronchiale Hyperreagibilität,
- ausgeprägte Adipositas, BMI 44.

Der Versicherte schnarche nachts trotz Tragens der CPAP-Maske und ziehe die Maske im Schlaf oft ungewollt ab. Die residuelle Schläfrigkeit könne zu einem relevanten Teil von einer Schlafragmentierung durch das Schnarchen im Rahmen des OSAS oder durch eine eventuelle psychische Erkrankung und komplizierend auch durch die Medikation bedingt sein. Eine Polysomnographie unter CPAP-Therapie im Schlaflabor wäre hier hilfreich. Auch bezüglich der CPAP-Compliance bestehe ein Verbesserungspotential (Verbesserung der Nasenatmung sowie des Maskensitzes). In pneumologischer Hinsicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der ausgeprägten Schläfrigkeit, die zumindest teilweise durch das Schlafapnoe-Syndrom bedingt sei. Dieses sei im Moment wahrscheinlich nicht optimal behandelt (Compliance, Druckeinstellung). Der Versicherte sei ungeeignet für Chauffeur Tätigkeiten, gleichfalls wie für Arbeiten, die eine längerdauernde hohe Aufmerksamkeit oder Konzentration erforderten. Andere Tätigkeiten seien ihm aktuell zu mindestens 50 % zumutbar,

dies mit Verbesserungspotential. Diese Einschätzung werde untermauert durch den Umstand, dass der Versicherte während der mehrstündigen Beobachtungszeit im MEDAS keine Anzeichen von Müdigkeit, Schläfrigkeit oder Konzentrationsprobleme gezeigt habe (IV-act. 116).

7.8 In der RAD-Stellungnahme vom 19. August 2014 erklärte Dr. med. C._____, die medizinische Aktenlage sei nun komplett. Insgesamt stellte er die nachfolgenden Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit suboptimaler Therapie (ICD-10 G47.3),
- Gonarthrose rechts mit Status nach Meniskusoperation in den 70er-Jahren,

sowie die nachfolgenden Diagnosen ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Diabetes II,
- morbide Adipositas,
- sekundäre soziale Phobie,
- beginnende Coxarthrose beidseits.

Es liege definitiv keine invalidisierende psychische Erkrankung vor. Aufgrund der Schlafapnoe und der Gonarthrose rechts sei der Versicherte seit dem 16. August 2006 (Zeitpunkt der Diagnosestellung betreffend die Schlafapnoe) in der bisherigen beruflichen Tätigkeit als Kulturmediator maximal zu 50 % arbeitsunfähig, in einer angepassten beruflichen Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 128).

7.9 In seiner Stellungnahme vom 22. Oktober 2014 hielt RAD-Arzt Dr. med. C._____ an seiner Stellungnahme vom 19. August 2014 fest und erklärte, die vom Versicherten persönlich eingereichten Einwände gegen die MEDAS-Begutachtung zeigten, dass es sich beim Versicherten um einen schwer frustrierten Menschen handle, der völlig distanzlos und unqualifiziert eine gute und umfassende Expertise diffamiere zum persönlichen Selbstschutz (IV-act. 135).

7.10 Im Bericht vom 18. November 2014 befand Dr. F._____, Koordinator (...), der Versicherte leide unter einer ausgeprägten Psychosomatose, die sich v.a. in einer diffusen, konstanten Schmerzwahrnehmung des Bewegungsapparates zeige. Es seien aus psychiatrischer Sicht keine psychotischen Symptome feststellbar. Ausserhalb der eigenen vier Wände sei der Versicherte sehr eingeschränkt anpassungsfähig an die alltäglichen Verpflichtungen. Die Persönlichkeitsstruktur scheine leicht rigide-

zwänglerisch zu sein. Aus der Vernetzung der Bio-Psycho-Faktoren und sozialen Faktoren habe sich das Vollbild einer chronischen sozialen Phobie entwickelt, welche die somatischen Beschwerden noch verstärkte infolge der dysthymen Komponente. Psychosozial und aus psychiatrischer Sicht sei es mit Blick auf das Alter des Versicherten und die derzeitige wirtschaftliche Lage wirksamer, dem Versicherten eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75 % anzuerkennen zwecks minimaler ökonomischer Sicherheit, anstelle einer reinen Reha- oder medizinischen Behandlung (IV-act. 138).

7.11 In seiner Stellungnahme vom 23. Dezember 2014 hielt RAD-Arzt Dr. med. C. _____ an seinen früheren Stellungnahmen fest. Der neu vorgelegte psychiatrische Bericht vom 18. November 2014 enthalte keine klinische Beurteilung. Bei der Beurteilung würden invaliditätsfremde Elemente berücksichtigt. Die Aussage, die Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75 % sei einer REHA oder medizinischen Behandlung vorzuziehen, entspreche schon lange nicht mehr dem psychiatrischen Standard (IV-act. 140).

7.12 Mit zwei Berichten vom 18. März 2015 erklärte Dr. F. _____, der Versicherte sei ein ambulanter Patient des ZPG D. _____. Er erscheine aktuell weniger „zwänglerisch“, dafür resignierter bei subdepressiver Stimmung. Die organischen Beschwerden hätten sich verstärkt; wegen dieses schlechten Allgemeinzustandes werde das Vollbild der sozialen Phobie nicht direkt behandelt (IV-act. 149 f.).

7.13 In der Stellungnahme vom 23. Juni 2015 befand RAD-Arzt Dr. med. C. _____, der Bericht von Dr. F. _____ bestätige, dass keine schwerwiegende und invalidisierende Erkrankung im Sinne der Invalidenversicherung vorliege. Die Tatsache, dass sich ein Patient von einem Psychiater behandeln lasse, bedeute nicht zwangsläufig, dass er auch an einer die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsstörung leide (IV-act. 161).

7.14 Im Bericht vom 31. Oktober 2015 schloss sich RAD-Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, den Schlussfolgerungen von Dr. med. C. _____ an. Er führte insbesondere aus, es gehe aus dem im psychiatrischen Teilgutachten ausführlich dargelegten Psychostatus hervor, dass der Versicherte unter keinem psychiatrischen Syndrom oder einer funktionellen Einschränkung leide. Die er-

wähnte sekundäre soziale Phobie könne als eine normale – das heisst gesunde, nachvollziehbare – Reaktion (ohne Krankheitswert) gewertet werden (IV-act. 167).

8.

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht gestützt auf das MEDAS-Gutachten des ABI davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten beruflichen Tätigkeit nach wie vor zu 100 % arbeitsfähig ist.

8.1 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

8.2 Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 10. Juli 2014 berücksichtigt die vom Versicherten beklagten Beschwerden sowie die medizinischen Vorakten. Es beurteilt die Gesundheitseinschränkungen des Versicherten umfassend, wobei die jeweiligen Fachärzte die für die Beurteilung der Gesundheitseinschränkungen des Versicherten erforderlichen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausserdem steht das Gutachten im Einklang mit den bereits vorliegenden Begutachtungen und begründet die insgesamt gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise. Ferner setzt es sich einlässlich mit der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auseinander und bestimmt in schlüssiger Weise die funktionellen Einschränkungen. So ist in Bezug auf die gestellten Diagnosen sowie die funktionellen Einschränkungen voll und ganz auf das MEDAS-Gutachten abzustellen.

8.3 Mit Blick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fällt indessen auf, dass die Gutachter insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der bisherigen beruflichen Tätigkeit sowie eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten beruflichen Tätigkeit feststellten, währenddessen der Pneumologe in Bezug auf die in Bezug auf die die Arbeitsfähigkeit hauptsächlich limitierende Schlafapnoe eine Arbeitsunfähigkeit von generell (maximal) 50 % feststellte. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nach konstanter Rechtsprechung dem Facharzt in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt. So ist es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen, Befunde zu erheben und gestützt darauf die massgebenden Diagnosen zu stellen. Überdies nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Es können indessen nötigenfalls, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung hinzugezogen werden (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4).

Für eine nicht abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Medizinalpersonen (respektive eine allfällige legitime Korrektur durch die Verwaltung) spricht auch der Umstand, dass es der Verwaltung und nicht den Medizinalpersonen obliegt zu definieren, welche Arbeit als bisherige berufliche Tätigkeit des Versicherten als Grundlage für die Ermittlung des Valideneinkommens anzusehen ist. Vorliegend haben sowohl die MEDAS-Gutachter als auch der mit dem Dossier befasste RAD-Arzt jeweils die vom Beschwerdeführer in Italien im Nebenerwerb ausgeübte Tätigkeit als Kulturmediator als dessen angestammte berufliche Tätigkeit (respektive „bisherige berufliche Tätigkeit“) betrachtet. Wie nachfolgend zu sehen sein wird, ist diese Tätigkeit für den Beschwerdeführer jedoch angesichts seines beruflichen Lebenslaufs nicht repräsentativ, weshalb auf die frühere Tätigkeit als Verkäufer in einer Computer-, Radio- und TV-Firma bei der Vorname des Einkommensvergleichs abzustellen ist (E. 12.2.3). Die Verwaltung respektive das Bundesverwaltungsgericht hat daher nach Massgabe der im Gutachten genau definierten funktionellen Einschränkungen des Versicherten zu prüfen, ob und in welchem Umfang dieser seine angestammte berufliche Tätigkeit noch ausüben kann.

8.4 Vorliegend sind die funktionellen Anforderungen im Rahmen der angestammten beruflichen Tätigkeit des Versicherten als Verkäufer in einer Computer-, Radio- und TV-Firma mit jenen für die im MEDAS-Gutachten aufgeführte Tätigkeit als Kulturmediator vergleichbar. Beide Tätigkeiten verlangen einerseits einen sozialen Austausch mit Kunden respektive Mitmenschen sowie eine gewisse geistige Präsenz (Konzentration). Hinsichtlich der weiteren, in somatischer Hinsicht bestehenden funktionellen Einschränkungen (kein Knien und Kauern, kein repetitives Treppen- oder Leiternsteigen, Gehen oder Stehen höchstens in einem Drittel der Arbeitszeit) erscheint die angestammte berufliche Tätigkeit als Verkäufer mit den gesundheitlichen Problemen des Versicherten sogar weniger verträglich (dies insbesondere hinsichtlich der gesundheitlich bedingten Reduzierung von Gehen und Stehen). Die im MEDAS-Gutachten sowie durch RAD-Arzt Dr. med. C. _____ für die „bisherige berufliche Tätigkeit“ des Versicherten als Kulturmediator festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 50 % muss somit zumindest in diesem Umfang auch für dessen früher ausgeübte, angestammte berufliche Tätigkeit als Verkäufer gelten. Für die angestammte Tätigkeit als Verkäufer wäre aus juristischer Sicht sogar eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu 100 % vertretbar. In jedem Fall ist damit die Zumutbarkeit einer – an die funktionellen Einschränkungen angepassten – Verweisungstätigkeit zu prüfen.

8.5 RAD-Arzt Dr. med. C. _____ hat in seiner Stellungnahme vom 19. August 2014 auf der Grundlage des MEDAS-Gutachtens ohne Weiteres auf eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten beruflichen Tätigkeit geschlossen (E. 7.8). Aus den nachfolgenden Gründen ist diese Einschätzung nachvollziehbar: Die Einschätzung des RAD basiert auf dem MEDAS-Hauptgutachten, das seinerseits auf eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten beruflichen Tätigkeit schloss. Im MEDAS-Hauptgutachten wurden sämtliche, von den jeweiligen Fachärzten verfassten Teilgutachten berücksichtigt. Die Hauptgutachter führten aus, dass für die bisherige berufliche Tätigkeit (als Kulturmediator) hauptsächlich das Schlafapnoe-Syndrom limitierend wirke. Die Arbeitsfähigkeit sei indessen durch eine adäquate Therapie verbesserbar. Dem Versicherten sei eine berufliche Tätigkeit zumutbar, welche die aus seinen Gesundheitseinschränkungen hervorgehenden funktionellen Einschränkungen berücksichtige. Im Zusammenhang mit der Schlafapnoe sei das Erfordernis von längerdauernder Aufmerksamkeit und Konzentration nicht mehr zumutbar. Der Pneumologe Dr. med. L. _____ seinerseits stellte eine generelle Unfähigkeit für Berufe mit hohen Anforderungen an die Aufmerksamkeit oder

Konzentration, wie zum Beispiel als Chauffeurfahrer, fest. „Andere Tätigkeiten“ seien dem Beschwerdeführer zu mindestens 50 % zumutbar, dies mit Verbesserungspotential. Da der Beschwerdeführer gemäss den vorliegenden Akten nie als Chauffeurfahrer tätig war, bezog sich Dr. med. L. _____ bei seiner Feststellung der vollen Arbeitsunfähigkeit eindeutig nicht auf die bisherige berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % bezieht sich denn auch nicht auf spezifische, dem Gesundheitszustand des Versicherten angepasste berufliche Tätigkeiten, sondern nach dem Wortlaut von Dr. L. _____ auf alle möglichen beruflichen Tätigkeiten, welche keine hohen Erwartungen an die Aufmerksamkeit oder Konzentration stellen. Diese gilt nach seiner Einschätzung somit insbesondere auch für die bisherige berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers als Verkäufer in einer Computer-, Radio- und TV-Firma (E. 12.2.3). Eine spezifische Auseinandersetzung mit der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in Berufen, welche die im Hauptgutachten beschriebenen funktionellen Einschränkungen berücksichtigen, fehlt damit im pneumologischen Teilgutachten. Ebenfalls ist zu vermerken, dass der Pneumologe seinerseits ausdrücklich auf das Verbesserungspotential hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Versicherten hingewiesen hat. So sei die Compliance bezüglich der Therapie der Schlafapnoe (insbesondere der Sitz der CPAP-Maske) verbesserbar.

8.6 Hinsichtlich der in den vorliegenden medizinischen Unterlagen einstimmig als für ungenügend therapiert befundenen Schlafapnoe ist auf die Schadenminderungspflicht des Versicherten zu verweisen (vgl. zum Beispiel zur Compliance im Zusammenhang mit der CPAP-Therapie: Urteil des Bundesgerichts 9C_315/2015 vom 8. Januar 2016 E. 3.2.2). Es obliegt dem Versicherten, alles ihm Zumutbare zu unternehmen, um die Auswirkungen seiner Krankheit auf seine Arbeitsfähigkeit bestmöglich zu reduzieren. Vorliegend wäre eine verbesserte Compliance, das heisst das Vermeiden des nächtlichen unfreiwilligen Ausziehens der CPAP-Maske, möglich, indem zum Beispiel der Sitz der Maske verbessert würde. Andererseits könnte auch eine alternative Behandlungsmethode der Schlafapnoe geprüft werden, so beispielsweise mittels Tragens einer Kieferspange oder letztendlich eines chirurgischen Eingriffs. Indem der Beschwerdeführer seine Erkrankung unzureichend therapiert (respektive therapieren lässt), hat er nicht alle ihm zumutbaren Massnahmen ergriffen, um seine Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Schliesslich stellt auch das Bundesgericht klar, dass es Art. 7 Abs. 2 ATSG (vgl. hierzu vorne E. 5.1) widerspricht, auf der Basis von nicht austherapierten Leiden auf einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad zu schliessen (BGE 140 V 193 E. 3.3). Auch aus diesen Gründen

ist der Einschätzung von Dr. med. L. _____, insoweit er von einer generellen Arbeitsunfähigkeit von maximal 50 % spricht, nicht zu folgen.

8.7 Insgesamt ist damit nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz basierend auf das eingeholte interdisziplinäre MEDAS-Gutachten sowie die gestützt darauf ergangenen RAD-Stellungnahmen den Beschwerdeführer für in einer seinen gesundheitlichen Einschränkungen angepassten beruflichen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig befand.

9.

Der Beschwerdeführer macht eine Invalidität von mindestens 70 % geltend gestützt auf die Einschätzungen der ihn behandelnden Ärzte. Jene seien glaubwürdiger als das MEDAS-Gutachten.

9.1 Mit den im vorinstanzlichen Verfahren durch den Beschwerdeführer eingereichten Berichten des diesen behandelnden Psychiaters (E. 7.10 und 7.12) hat sich der RAD bereits auseinandergesetzt. So hielt RAD-Arzt Dr. med. C. _____ in seiner Stellungnahme vom 23. Juni 2015 überzeugend fest, dass der behandelnde Psychiater Dr. F. _____ ebenfalls keine schwerwiegende invalidisierende Erkrankung im Sinne der Invalidenversicherung erkannt habe (E. 7.13). Der psychiatrische Facharzt des RAD schloss sich dieser Schlussfolgerung an (E. 7.14). Die von Dr. F. _____ diagnostizierte soziale Phobie entspricht sodann den im MEDAS-Gutachten wiedergegebenen Befunden. Eine Abweichung vom MEDAS-Gutachten zeigt sich lediglich in der Einschätzung von Dr. F. _____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Nachdem Dr. F. _____ die von ihm befürwortete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75 % indessen ausschliesslich mit invaliditätsfremden Gründen wie dem Alter des Versicherten und der derzeitigen wirtschaftlichen Lage begründet, stellt diese die in der vorangehenden Erwägung 8.3 dargelegte Auseinandersetzung der MEDAS-Gutachter mit der Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht in Frage.

9.2 Im vorliegenden Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer mehrere Berichte seines ihn behandelnden Psychiaters Dr. F. _____ eingereicht. Im Bericht vom 16. Oktober 2015 erklärte Dr. F. _____, der Verlauf der letzten sechs Monate sei im Wesentlichen unverändert. Durch hauptsächliches Verweilen in der eigenen Wohnung und Vermeiden sozialer Kontakte könne der Versicherte seine Angstsymptomatik gut kompensieren. Gemäss dem Bericht vom 4. Dezember 2015 habe das vermeidende Verhalten des Versicherten in den letzten Monaten alle Bereiche seines

sozialen Lebens eingenommen, so dass die ärztliche Kommission des Gesundheitsbezirkes D._____ am 20. Oktober 2015 eine Invalidität von 80 % anerkannt habe. Die soziale Phobie des Versicherten habe sich in den letzten Monaten insgesamt verschlechtert (mit den Folgen: weniger Alltagsautonomie, erhöhter Pflegebedarf). Bei der sozialen Phobie handle es sich um eine schwer invalidisierende Erkrankung mit chronischem Verlauf. Mit Bericht vom 22. Juli 2016 erklärte Dr. F._____, er könne die Einschätzung des Gutachtens vom 31. Mai 2015 nicht nachvollziehen; immerhin werde auch im Gutachten eine sekundäre soziale Phobie diagnostiziert, die sehr wohl eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben müsse.

Den Berichten von Dr. F._____ sind insgesamt keine Befunde zu entnehmen, welche von der Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im MEDAS-Gutachten abweichen. Divergenzen bestehen indessen betreffend die gestützt auf die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers gestellten Diagnosen sowie die Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vertrat der den Beschwerdeführer behandelnde Psychiater bereits im vorinstanzlichen Verfahren eine abweichende Auffassung. Das Bundesverwaltungsgericht hat sich hierzu bereits in der Erwägung 9.1 geäußert. Die in dem nach Erlass der angefochtenen Verfügung ergangenen Bericht vom 4. Dezember 2015 angedeutete Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers kann im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden, nachdem in casu lediglich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis und mit Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung zu beurteilen ist (vgl. hierzu E. 3.2 Abs. 2; zum Streitgegenstand vgl. E. 2). Schliesslich darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte der behandelnden Ärzte der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6186/2014 vom 24. Oktober 2016 E. 3.6.2). Der Argumentation des Beschwerdeführers, wonach die behandelnden Ärzte eine glaubwürdigere Beurteilung seines Gesundheitszustandes dargelegt hätten, ist daher nicht zu folgen.

Insgesamt ändern damit auch die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Berichte des behandelnden Psychiaters nichts an den Schlussfolgerungen der MEDAS-Gutachter.

9.3 Bezüglich der verschiedenen, vom Beschwerdeführer eingereichten Befunde des Ärztekollegiums zur Anerkennung der Zivilinvalidität des (...)

D. _____ ist festzuhalten, dass sich die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann der Beschwerdeführer einen Anspruch auf Leistungen der *schweizerischen* Invalidenversicherung hat, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften bestimmt (vgl. E. 3.1). Aus dem Ausland stammende medizinische Unterlagen unterstehen, wie auch alle übrigen Beweismittel, der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a). Für die Beurteilung eines Rentenanspruchs in der Schweiz sind daher die Feststellungen zu Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn des verwaltungsinternen Ärztekollegiums zur Anerkennung der Zivilinvalidität des ausländischen Versicherungsträgers für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Diese vermögen entsprechend die in der Schweiz durchgeführten medizinischen Begutachtungen ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen.

10.

Der Beschwerdeführer bringt vor, die Vorinstanz, die schweizerischen Spezialärzte und RAD-Ärzte hätten ihn als serbischen Staatsangehörigen diskriminiert, indem diese bei ihm andere Kriterien als bei den Schweizer Bürgern und den Bürgern der EU angewendet habe. Es sei allgemein bekannt, dass die schweizerischen Gutachter und Begutachtungsinstitutionen aufgrund wirtschaftlicher Abhängigkeit von der Vorinstanz zu Ungunsten von Versicherten mit serbisch klingenden Nachnamen entschieden.

10.1 Wie bereits eingangs dargelegt, ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung nach schweizerischem Recht zu beurteilen (siehe vorangehend E. 3.1). In der angefochtenen Verfügung hat die Vorinstanz so die entsprechenden Bestimmungen des IVG und der dazugehörigen Verordnung, der IVV, umgesetzt, gleich wie bei allen anderen Versicherten. Der Beschwerdeführer substantiiert denn auch nicht, welche anderen Kriterien bei ihm, im Vergleich zu Schweizer Staatsangehörigen, angewendet worden seien. Eine Diskriminierung durch die rechtsanwendende Verwaltung ist damit nicht ersichtlich.

10.2 Die durchzuführende MEDAS-Begutachtung hat die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 28. November 2013 angekündigt, unter Mitteilung der zu begutachtenden Fachdisziplinen sowie unter Beilage des Fragekatalogs. Der Beschwerdeführer erhielt damit nicht nur die Möglichkeit, Zusatzfragen an die Gutachter zu formulieren, sondern auch, Einwand gegen die vorgesehene Begutachtung als solche zu erheben

(IV-act. 106, vgl. Sachverhalt Bst. D.a) und damit eine anfechtbare Verfügung zu erwirken (vgl. Ziff. 2076 und 2081 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], gültig ab dem 1. Januar 2010, Stand 1. Januar 2015). Der Beschwerdeführer machte nicht Gebrauch von diesen Möglichkeiten. Auch auf die Mitteilung von Ort und Zeit der durchzuführenden Begutachtung sowie insbesondere der einzelnen mit der Begutachtung betrauten Fachärzte vom 21. Februar 2014 (IV-act. 111) hin hat der Beschwerdeführer keinen Einwand gegen die Begutachtungsstelle erhoben. Seine erst nach Durchführung der MEDAS-Begutachtung – sowie nach Kenntnisnahme der für ihn nicht erwünschten Ergebnisse – erhobenen generellen Einwände gegen die MEDAS als Begutachtungsstelle sind daher nicht zu hören. Dem MEDAS-Gutachten lassen sich denn auch keine Hinweise darauf entnehmen, dass die Gutachter gegen den Beschwerdeführer als serbischen Staatsangehörigen voreingenommen geurteilt hätten (vgl. E. 8.2). Eine Diskriminierung des Beschwerdeführers ist damit auch nicht durch die Begutachtungsstelle auszumachen.

10.3 Hinsichtlich der Stellungnahmen der RAD-Ärzte ist darauf hinzuweisen, dass – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – auch den Berichten und Gutachten *versicherungsinterner* Ärzte Beweiswert zukommt, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten 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. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b; 122 V 160 E. 1c; 123 V 178 E. 3.4 sowie UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55). Für die vom Beschwerdeführer vorgebrachte generelle Voreingenommenheit der RAD-Ärzte gegenüber serbisch-stämmigen Versicherten sind keine Anhaltspunkte ersichtlich. Der Beschwerdeführer hat denn auch nicht genauer bezeichnet, welche Feststellungen der RAD-Ärzte ausschliesslich aufgrund seiner Herkunft in der Form geäussert worden seien. Bezüglich der im vorinstanzlichen Verfahren ergangenen Stellungnahme haben sich die RAD-Ärzte hauptsächlich auf eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen des MEDAS-Gutachtens beschränkt. Eigene Befunde haben sie somit nicht erhoben. Die Rüge des Beschwerdeführers einer Diskriminierung ist auch aus diesem Grunde nicht nachvollziehbar.

10.4 Insgesamt ist eine Ungleichbehandlung des Beschwerdeführers, verglichen mit Schweizer Staatsangehörigen, weder mit Blick auf das Vorgehen der Vorinstanz noch auf die medizinischen Abklärungen auszumachen. Die Rüge des Beschwerdeführers betreffend eine Diskriminierung aufgrund seiner Herkunft erweist sich damit als unbegründet.

11.

Schliesslich beantragt der Beschwerdeführer, es sei ein externes, beziehungsweise unabhängiges Gutachten einzuholen.

Zu der vom Beschwerdeführer implizit geltend gemachten Abhängigkeit der Gutachter von der Verwaltung hat sich das Bundesverwaltungsgericht bereits in den Erwägungen 10.2 f. geäussert. Wie bereits dargelegt, kann vorliegend mangels konkreter Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit auf das schlüssige und nachvollziehbar begründete MEDAS-Gutachten abgestellt werden. Mit der MEDAS-Begutachtung wurde der vorliegend relevante Sachverhalt umfassend geklärt. Eine weitere Begutachtung des Beschwerdeführers erscheint damit nicht erforderlich, zumal von einer solchen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Auch im Sinne der Prozessökonomie ist daher der Beweisantrag des Beschwerdeführers abzuweisen.

12.

Zu prüfen sind schliesslich die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen.

12.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des potentiellen Rentenanspruchs massgebend, wobei Valideneinkommen und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 ff., 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1).

Vorliegend hat sich der Beschwerdeführer im Mai 2008 für Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung angemeldet. Ein allfälliger Rentenanspruch entstand damit frühestens nach Ablauf eines halben Jahres per November 2008 seit der Anmeldung von Mai 2008 (vgl. Art. 29 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 IVG). Für den vorzunehmenden Einkommensvergleich sind daher die Vergleichseinkommen des Jahres 2008 zu berücksichtigen.

12.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgeblichen Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1 m.w.H.; Urteil des Bundesgerichts 8C_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, darf auf statistische Werte wie die LSE zurückgegriffen werden, sofern dabei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitberücksichtigt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 4.4).

12.2.1 Die Vorinstanz hat im Einkommensvergleich vom 24. November 2014 festgestellt, dass der Beschwerdeführer über eine Ausbildung zum Maschinentechniker verfüge. Zwischen 1970 und 1992 habe er in der Schweiz in verschiedenen Branchen, u.a. als Hilfspfleger in einer psychiatrischen Klinik, als Versicherungsberater, als Radio- und TV-Verkäufer sowie als Fabrikarbeiter gearbeitet. Vom 8. Januar bis 18. Februar 2007 sei er in Italien von der Temporär-Firma R._____ zwecks Ausschachtens von Fernseh-Apparaten/PCs für das Recycling angestellt gewesen. Von 2008 bis Frühling 2011 habe er im Auftrag einer Gemeinde in Italien eine geringfügige Tätigkeit als Kultur-Mediator ausgeübt. Hauptsächlich sowie während einer langen Zeit sei er in der Schweiz in einer Computer-, Radio- und Televisions-Firma als Verkäufer und Reparateur tätig gewesen. Diese Tätigkeit als Verkäufer und Reparateur sei für den Beschwerdeführer repräsentativ und daher als angestammte berufliche Tätigkeit zu berücksichtigen (IV-act. 136).

12.2.2 Die von der Vorinstanz gemachten Feststellungen zu den früheren beruflichen Tätigkeiten des Beschwerdeführers basieren hauptsächlich auf dessen eigenen Aussagen (so in den Fragebögen für den Versicherten sowie auch in den Anamnesen der Gutachten) und auf dem – mit Schreiben vom 7. Dezember 2016 (BVGer-act. 18) dem Bundesverwaltungsgericht nachgereichten – IK-Auszug des Beschwerdeführers. Gemäss jenem verzeichnet der Beschwerdeführer Versicherungsbeiträge in der Schweiz in den Jahren 1977 bis 1992, wobei er in den Jahren 1984 bis 1985 als Arbeitsloser gemeldet war. In den Jahren 1980 bis 1983 sowie anschliessend wieder in den Jahren 1986 bis 1989 war er bei der M._____, in

N._____ angestellt. Hiernach sowie zuletzt war der Beschwerdeführer in den Jahren 1989 bis 1992 bei der P._____, in O._____ tätig. Nach Angaben des Beschwerdeführers in den Gutachten (IV-Akt. 80 und 116) habe er diese berufliche Tätigkeit nach seinem Wegzug nach Italien noch bis ins Jahr 2007 fortgesetzt. Die Angaben zu dem genauen Betätigungsbereich innerhalb dieser Firma variieren indessen (gemäss dem neurologischen Gutachten vom 12. September 2011 gab der Beschwerdeführer an, er habe als Betriebsarbeiter bei der Firma P._____ gearbeitet, welche Computer herstelle [IV-Akt. 80 S. 4]; gemäss MEDAS-Gutachten vom 10. Juli 2014 habe er bereits seit 1980 in der „Computer-, Radio- und Televisions-Firma“ P._____ in O._____ gearbeitet [IV-Akt. 116, S. 9]).

In Italien war der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben (gemäss den Fragebögen für den Versicherten vom 29. Juli 2014 und vom 12. April 2012) zuletzt im Auftrag der Gemeinde Q._____ als Kulturmediator in den Jahren 2008 bis 2011 tätig. Bei dieser Tätigkeit habe es sich um eine Nebenbeschäftigung von 30 Stunden pro Jahr (in den Jahren 2008 und 2009) respektive 50 Stunden pro Jahr (in den Jahren 2010 und 2011) gehandelt (IV-act. 68 und 125). Ausserdem arbeitete er gemäss Fragebogen für den Arbeitgeber vom 20. Februar 2009 (IV-act. 31) während einer sehr kurzen Zeit vom 8. Januar bis 10. Februar 2007 bei der R._____ Italien als „PC Ausschlechter“. Mit Schreiben vom 18. März 2009 bat die Vorinstanz den Beschwerdeführer diesbezüglich, zwei zusätzliche Fragebögen für Arbeitgeber ausfüllen zu lassen, da es sich bei der Arbeit für die Firma R._____ in D._____ nur um eine sehr kurze Arbeitsperiode gehandelt habe (IV-act. 33). Am 14. April 2009 hat der Beschwerdeführer der Vorinstanz beide Fragebögen je vom 2. April 2009 retourniert, jeweils erneut ausgefüllt durch die R._____ (IV-act. 35). Mit Mitteilung vom 18. Mai 2009 erklärte die Vorinstanz, sie benötige die Fragebögen der letzten beiden Arbeitgeber, bei denen der Beschwerdeführer noch *vor* seiner Tätigkeit bei der R._____ gearbeitet habe (IV-act. 36). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers antwortete hierauf mit Schreiben vom 16. Juni 2009, sein Klient habe „einzig bei der R._____ und zuvor bei keiner anderen Firma gearbeitet“ (act. 37).

12.2.3 Insgesamt hat die Vorinstanz nachvollziehbar dargelegt, dass die vom Beschwerdeführer in Italien ausgeübten beruflichen Tätigkeiten infolge der geringen Dauer sowie des zeitlich geringen Umfangs nicht als repräsentativ betrachtet werden können. Mit Blick auf die beruflichen Tätigkeiten des Beschwerdeführers in der Schweiz, hat sie – mangels weite-

rer Angaben – zu Recht auf dessen, im beruflichen Lebenslauf des Beschwerdeführers prägendste Tätigkeit als Verkäufer respektive Reparateur in einer Computer-, Radio- und Televisions-Firma (sei dies nun die M._____, N._____ oder die P._____, in O._____) abgestellt. Dass hinsichtlich dieser Tätigkeit genauere Angaben fehlen, kann der Vorinstanz nicht zum Vorwurf gemacht werden, hat sie doch beim Beschwerdeführer mehrfach versucht, entsprechende Unterlagen erhältlich zu machen. Mangels Angaben zu Einsatzgebiet und genauem Arbeitspensum kann auch nicht auf die im IK-Auszug angegebenen Löhne abgestellt werden. Da es somit insgesamt offenkundig an aussagekräftigen, über einen längeren Zeitraum erzielten Gehaltsangaben mangelt und die Tätigkeiten des Beschwerdeführers bei der M._____, N._____ sowie der P._____, O._____ schon geraume Zeit zurückliegen, hat die Vorinstanz zu Recht auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte (Tabellenlöhne) zur Bestimmung des Valideneinkommens zurückgegriffen. Nachdem der Beschwerdeführer im vorliegend massgebenden Vergleichszeitpunkt in Italien lebte, sind italienische Vergleichslöhne zur Ermittlung des Valideneinkommens heranzuziehen.

12.2.4 Zur Begründung des von ihr ermittelten Valideneinkommen führte die Vorinstanz aus, im Jahr 2008 habe der monatliche Lohnsatz eines Verkäufers im Detailhandel in Italien EUR 1'445.66 betragen (IV-act. 136). Dieser Betrag hat die Vorinstanz korrekt dem Bulletin der Arbeitsstatistik des Bureau International du Travail (BIT), Genf 2009 (siehe Ziff. 96 der Statistik "Salaires et durée du travail par profession et prix de détail de produits alimentaires" der Jahre 2007 und 2008) entnommen. Auf den Betrag von EUR 1'445.66 pro Monat (respektive EUR 17'347.92) kann damit als Valideneinkommen abgestellt werden.

12.3 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb; 129 V 472 E. 4.2.1).

Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 12.2.3) ist der Beschwerdeführer in Italien nach eigenen Angaben – abgesehen von einer sehr kurzen und daher nicht

repräsentativen Tätigkeit bei der R. _____ sowie einer geringfügigen Nebenbeschäftigung als Kulturmediator – keiner beruflichen Tätigkeit nachgegangen. Die Vorinstanz hat daher auch für die Ermittlung des Invalideneinkommens zu Recht auf die durchschnittlichen Einkommenszahlen gemäss dem Bulletin der Arbeitsstatistik des Bureau International du Travail (BIT), Genf 2009 abgestellt. Als mögliche Verweisungstätigkeiten erwähnte die Vorinstanz in ihrem Einkommensvergleich die Tätigkeiten als Verpacker in der Schlachtviehwirtschaft (siehe Ziff. 21 der Statistik "Salaires et durée du travail par profession et prix de détail de produits alimentaires" der Jahre 2007 und 2008: Durchschnittslohn in Italien: EUR 1'342.21), Hilfsarbeiter in einer Spinnerei, Weberei oder als Textilveredelungsarbeiter (siehe Ziff. 28 der erwähnten Statistik: Durchschnittslohn in Italien: EUR 1'398.28), als Näher in der Schuhherstellung (siehe Ziff. 35 der erwähnten Statistik: Durchschnittslohn in Italien: EUR 1'262.00) sowie als Hilfsarbeiter in einer Druckerei (siehe Ziff. 51 der erwähnten Statistik: Durchschnittslohn in Italien: EUR 1'243.29) und ermittelte von diesen Werten den monatlichen Durchschnittslohn von EUR 1'311.45. Dieser Wert ist für den Beschwerdeführer insofern repräsentativ, als er im unmittelbaren Bereich des von ihm zuletzt im Jahre 2007 bei der R. _____ erzielten Erwerbseinkommens von EUR 1'298.– liegt. Auf den von der Vorinstanz so ermittelten Durchschnittslohn von EUR 1'311.45 kann daher grundsätzlich abgestellt werden. Soweit die von der Vorinstanz (beispielhaft) genannten Tätigkeiten nicht vollumfänglich die im MEDAS-Gutachten genannten funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers berücksichtigen sollten, da sie allenfalls vorwiegend im Stehen ausgeübt werden könnten, ist nachfolgend zum Vergleich ergänzend ein Einkommensvergleich basierend auf den schweizerischen Tabellenlöhnen – welche unter anderem den Durchschnittslohn sämtlicher berücksichtigter Arbeitsbranchen erfassen – vorzunehmen (nachfolgend E. 12.5).

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

12.4.1 Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen

des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b). Andererseits sollte er – weil insoweit nicht mehr materialisier- und (gerichtlich) überprüfbar – nicht unter 10 % zu liegen kommen (siehe ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Sozialversicherungsrecht, 2. Aufl., 2010, S. 314).

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

12.4.3 Vorliegend hat die Vorinstanz in ihrem Einkommensvergleich vom 6. November 2014 angesichts der persönlichen Umstände des Falles sowie insbesondere der Funktionseinschränkungen, des fortgeschrittenen Alters des Versicherten von 54 Jahren (*recte*: 56 Jahren) einen Abzug vom Tabellenlohn von 15 % berücksichtigt. Unter Berücksichtigung dieses Abzugs resultiert ein Invalideneinkommen von EUR 1'114.75 (85 % von EUR 1'311.45). Verglichen mit dem Valideneinkommen von EUR 1'445.66 resultiert eine Erwerbseinbusse und damit entsprechend ein Invaliditätsgrad von 23 %.

12.4.4 Selbst wenn wegen des fortgeschrittenen Alters des im Jahre 1952 geborenen Beschwerdeführers von 56 Jahren im vorliegend massgebenden Vergleichsjahr 2008 respektive von 64 Jahren im Verfügungszeitpunkt ein maximaler Leidensabzug von 25 % vorgenommen würde, hätte der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch, wie nachfolgend aufgezeigt wird. Unter Berücksichtigung eines (hypothetischen) Leidensabzugs von 25 % würde ein Invalideneinkommen von EUR 983.59 (75 % von EUR 1'311.45) resultieren. Diesem Invalideneinkommen ist das Valideneinkommen von EUR 1'445.66 gegenüberzustellen, woraus eine Erwerbseinbusse von 32 % resultiert. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von 32 %, welcher zu keiner schweizerischen Invalidenrente berechtigt (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Es kann damit vorliegend offenbleiben, ob der durch die Vorinstanz angenommene Abzug vom Tabellenlohn zu tief ist, nachdem auch unter Berücksichtigung des maximalen Abzugs von 25 % kein rentenberechtigender Invaliditätsgrad resultiert.

12.5 Wie bereits in Erwägung 12.3 Abs. 2 dargelegt, ist ergänzend ein alternativer Einkommensvergleich unter Berücksichtigung der Schweizer Tabellenlöhne durchzuführen. Die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2008 des Bundesamts für Statistik BSF unterteilt die Durchschnittslöhne in vier verschiedene Anforderungsprofile. Unter dem Anforderungsprofil 1 sind die Löhne für höchst anspruchsvolle und schwierigste Arbeiten erfasst. Das Anforderungsprofil 2 impliziert selbständige und qualifizierte Arbeiten. Das Anforderungsprofil 3 setzt Berufs- und Fachkenntnisse voraus. Unter das Anforderungsprofil 4 fallen schliesslich einfache und repetitive Tätigkeiten. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung erfasst das Anforderungsprofil 4 ausserdem sämtliche berufliche Tätigkeiten, für welche keine einschlägige Ausbildung erforderlich ist (Hilfsarbeitertätigkeiten; Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2009 vom 19. März 2010 E. 4.4.3).

Gemäss den vorliegenden Akten hat der Beschwerdeführer in Serbien während acht Jahren die Schule besucht und anschliessend eine vierjährige Ausbildung zum Maschinentechner absolviert (IV-act. 80, S. 4). In der Schweiz hat er anschliessend in verschiedenen Branchen gearbeitet, indessen nie im Bereich seiner Ausbildung als Maschinentechner (vgl. E. 12.2.3). Mangels einschlägiger Berufs- und Fachkenntnisse für die in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten ist für den Beschwerdeführer in Bezug auf das Valideneinkommen auf den Durchschnittslohn insgesamt für Männer im Anforderungsprofil 4 der LSE abzustellen. Der entsprechende Durchschnittslohn betrug im vorliegend massgebenden Jahr 2008 Fr. 4'806.–. Auf diesen Betrag ist – für die vorliegende alternative Berechnung – als Valideneinkommen des Beschwerdeführers abzustellen. Bezüglich des Invalideneinkommens ist ebenfalls auf das Anforderungsprofil 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) abzustellen. Bei Berücksichtigung eines Maximalabzugs von 25 % (vgl. E. 12.4.4) beträgt das Invalideneinkommen Fr. 3'604.50, was eine Erwerbseinbusse von 25 % ergibt. Damit führt auch der ergänzend auf der Basis der schweizerischen Tabellenlöhne durchgeführte Einkommensvergleich, unter Berücksichtigung eines theoretischen Maximalabzugs von 25%, zu keinem Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

12.6 Das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers (von 64 Jahren im Verfügungszeitpunkt; vgl. E. 12.5) gilt – obschon an sich ein invaliditätsfremder Faktor – gemäss der Rechtsprechung als Kriterium, welches unter Einbezug weiterer persönlicher sowie beruflicher Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt würde. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den konkreten Umständen ab. Zu denken ist zunächst an die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, angesichts der beschränkten verbleibenden Aktivitätsdauer sodann namentlich an den absehbaren Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch an die Persönlichkeitsstruktur, an vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, die Ausbildung, den beruflichen Werdegang oder an die Möglichkeit, Berufserfahrung anzuwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.2.2 und I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1, je m.w.H.).

Mit Blick auf die relativ hohen Hürden für die Annahme einer unverwertbaren Restarbeitsfähigkeit älterer Versicherter und die dementsprechende Beurteilung vergleichbarer Fälle (vgl. hierzu Urteil 9C_427/2010 vom 14. Juli 2010 E. 2.4 f.) können vorliegend die Anstellungschancen des Beschwerdeführers auf dem von Gesetzes wegen als ausgeglichen zu betrachtenden Arbeitsmarkt insgesamt als noch intakt bezeichnet werden. So steht dem Beschwerdeführer aufgrund der vorliegenden medizinischen Gutachten seit seinem Rentengesuch von 2008 noch ein breites Spektrum an möglichen beruflichen Tätigkeiten offen. Die Feststellung der Vorinstanz im Einkommensvergleich vom 6. November 2014, wonach dem Beschwerdeführer die Verwertung seiner noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit zuzumuten sei, ist deshalb nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen.

13.

13.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfah-

renskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

13.2 Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE (SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Franziska Schneider

Marion Sutter

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 BGG). 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: