Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung II
B-1363/2012

Urteil vom 13. Mai 2014

Besetzung

Richterin Eva Schneeberger (Vorsitz),
Richter Daniel Stufetti,
Richter Francesco Brentani,
Gerichtsschreiberin Marion Sutter.

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenrente (Rentenanspruch).

Sachverhalt:

A.

A._____ (im Folgenden: Beschwerdeführer oder Versicherter) wurde am 10. Juli 1959 geboren und ist schweizerisch-deutscher Doppelbürger. Er lebt seit seiner Geburt in Deutschland und hat in den Jahren 1984 bis 2007 freiwillige Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung bezahlt (IV-Akt. 19). Bis zum Jahre 2007 war er als Lastwagenfahrer bei der B._____ GmbH in der Schweiz tätig und arbeitete hiernach ebendort als Versandarbeiter in Nachtschicht (letzter Arbeitstag: 31. Mai 2010; IV-Akt. 29). Mit Formular vom 17. November 2009, eingegangen am 30. April 2010, meldete er sich bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (im Folgenden: Vorinstanz) zum Bezug einer schweizerischen Invalidenrente an (IV-Akt. 2).

B.

Aufgrund verschiedener Arztberichte sowie der Unterlagen der Deutschen Rentenversicherung kam Dr. med. C._____, Facharzt für allgemeine innere Medizin FMH des regionalen ärztlichen Dienstes Rhone (im Folgenden: RAD), in der Stellungnahme vom 22. April 2011 zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Lastwagenfahrer seit dem 11. März 2010 zu 70 % arbeitsunfähig. Für eine Verweisungstätigkeit sei er vollständig arbeitsfähig (IV-Akt. 39). In der Invaliditätsbemessung vom 31. Mai 2011 stellte die Vorinstanz dem Valideneinkommen gemäss den Angaben des Arbeitgebers im Fragebogen vom 10. Januar 2011 (IV-Akt. 36) das Invalideneinkommen eines Druckarbeiters, eines Kassiers im Einzelhandel oder eines Lagerbuchhalters gemäss den Erhebungen des Bundesamts für Statistik Genf (im Folgenden: BIT) zum deutschen Arbeitsmarkt gegenüber und ermittelte unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15 % einen Invaliditätsgrad von 14.99 % (IV-Akt. 44). Mit Vorbescheid vom 25. Juli 2011 kündigte sie dem Beschwerdeführer an, sein Leistungsbegehren werde abzuweisen sein (IV-Akt. 45). Mit Schreiben vom 9. August 2011 erhob der Beschwerdeführer hiergegen Einwand und kritisierte, es seien verschiedene ärztliche Befunde respektive Gutachten nicht ins Abklärungsverfahren einbezogen worden (IV-Akt. 48). Die entsprechenden Unterlagen liess er der Vorinstanz mit Schreiben vom 1. September 2011 zukommen (IV-Akt. 51 bis 76). Mit Stellungnahme vom 21. Oktober 2011 erklärte RAD-Arzt Dr. med. C._____, die erwähnten Unterlagen würden keine neuen medizinischen Elemente enthalten. Vielmehr gehe aus dem neu eingegangenen Gutachten von Dipl. med. D._____ vom 27. April 2011 (IV-Akt. 72) her-

vor, dass dem Beschwerdeführer weiterhin leichte Verweisungstätigkeiten zumutbar seien (IV-Akt. 82).

Mit Verfügung vom 14. Februar 2012 wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab. Zur Begründung führte sie aus, der Beschwerdeführer sei zwar für seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lastwagenfahrer zu 70 % arbeitsunfähig. Aufgrund der vorliegenden ärztlichen Unterlagen könne er indessen trotz der verminderten Sehkraft eine leichtere, dem Gesundheitszustand besser angepasste gewinnbringende Tätigkeit, wie zum Beispiel im Bereich der allgemeinen Dienstleistungen als Hausmeister oder Aufseher, im Grosshandel als Lagerist oder in der Verwaltung / im Bürobereich eine einfache Tätigkeit ohne spezielle Qualifikation als interner Kurier oder als Bote noch zu 100 % ausüben. Dabei erleide er eine Erwerbseinbusse von 15 %. Dieser Invaliditätsgrad berechtige nicht zu einer schweizerischen Invalidenrente. Hinsichtlich der im Vorbescheidverfahren neu eingereichten ärztlichen Unterlagen führte sie aus, auch Dr. D._____ habe im Gutachten von April 2011 die bereits bekannten Diagnosen erhoben und eine sechs- und mehrstündige Leistungsfähigkeit für leichte Verweisungstätigkeiten bejaht. Dr. E._____ habe im Befundbericht von Mai 2011 die bereits berücksichtigten degenerativen Veränderungen wiederholt und ausdrücklich auf fehlende neurologische Defizite hingewiesen. Dem Bericht von Dr. F._____ von August 2010 seien ebenfalls keine neuen Elemente zu entnehmen. Auch die Befundberichte der Aufenthalte von Februar und März 2011 in der Klinik für Augenheilkunde, (…) in G._____, dokumentierten lediglich die bekannten Augenleiden, insbesondere den vorhandenen Visus beider Augen, und belegten keine Verschlechterung seit anfangs 2010 (IV-Akt. 84).

C.

Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer am 7. März 2012 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz zur neuen Überprüfung. Zusammenfassend bringt er vor, die Vorinstanz verweigere ihm Rentenleistungen trotz der anerkannten Sehschwäche. Er sei seit dem 14. Februar 2011 krankgeschrieben und seither bereits zweimal operiert worden. Die Vorinstanz habe deshalb zu Unrecht behauptet, es habe sich seit 2010 keine gesundheitliche Veränderung ergeben. Die in der angefochtenen Verfügung aufgeführten beruflichen Tätigkeiten könne er aufgrund seiner Sehschwäche nicht mehr ausführen. Die Befunde, auf welche die Vorinstanz in der angefochtenen

Verfügung abgestellt habe, lägen ihm zwar nicht vor, er gehe jedoch davon aus, dass diese seine Erkrankung respektive Behinderung nicht vollständig wiedergäben. Für die Beurteilung seiner Ansprüche gegenüber der Deutschen Rentenversicherung H._____ sei eine Begutachtung ausstehend. Diese sei durch die Vorinstanz ebenfalls zu berücksichtigen. Insbesondere sei seine Augenerkrankung gutachterlich abzuklären.

D.

In der Vernehmlassung vom 23. Mai 2012 beantragt die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen. Sie führt zur Begründung aus, für die Beurteilung der Rentenansprüche sei die schweizerische Invalidenversicherung nicht an die Beurteilung ausländischer Versicherungsträger gebunden, weshalb der Beschwerdeführer aus der Zusprechung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung durch die Deutsche Rentenversicherung in Bezug auf einen Anspruch aus der schweizerischen Invalidenversicherung nichts zu seinen Gunsten ableiten könne. Dasselbe gelte auch für den durch das deutsche Versorgungsamt festgestellten Grad der Schwerbehinderung. Der Begriff der Behinderung im Sinne des deutschen IX. SGB sei nicht identisch mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Invalidität im Sinne des schweizerischen IVG. Der RAD habe in Auswertung sämtlicher, der deutschen Rentenversicherung vorliegender medizinischer Unterlagen (bis September 2011, darunter auch die Berichte der Augenklinik über die Behandlungen im Februar und März 2011) festgestellt, dass der Beschwerdeführer zwar für seine bisherige Tätigkeit als Lastwagenfahrer zu 70 % arbeitsunfähig sei, jedoch nach wie vor leichtere Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an das Sehvermögen ausüben könne. Der gestützt darauf durchgeführte Einkommensvergleich habe eine gesundheitlich bedingte Erwerbseinbusse (Invaliditätsgrad) in einer vollschichtig ausgeübten, leidensangepassten leichten Tätigkeit von 15 % ergeben, welche keinen Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente gewähre.

E.

Mit handschriftlicher Eingabe vom 22. Juli 2012 kündigt der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht an, dass er sich am 9. Mai 2012 einer Begutachtung unterzogen sowie die Deutsche Rentenversicherung ein weiteres augenärztliches Gutachten angeordnet habe, das noch durchzuführen sei. Er ersucht um die Möglichkeit, beide Gutachten zwecks Berücksichtigung im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachzureichen. Mit Schreiben vom 4. Juli 2012 erklärt sich die Vorinstanz mit dem Antrag des Beschwerdeführers einverstanden. Mit Schreiben vom

10. September 2012 teilt der Beschwerdeführer mit, die Gutachten würden umgehend nach ihrer Erstellung an die Vorinstanz zugesandt.

F.
Mit Schreiben vom 8. Oktober 2012 lässt die Vorinstanz dem Bundesverwaltungsgericht mehrere neu bei ihr eingegangene medizinische Unterlagen der deutschen Verbindungsstelle sowie die RAD-ärztliche Stellungnahme vom 28. September 2012, deren Schlussfolgerungen sie sich vollumfänglich anschliesse, zukommen. RAD-Arzt Dr. med. C._____ legte in der erwähnten Stellungnahme dar, die neuen Expertisen bestätigten seine bisherigen Ausführungen bezüglich einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierten Verweisungstätigkeiten.

G.
In seiner Eingabe vom 2. November 2012 erklärt der Beschwerdeführer, die Deutsche Rentenversicherung habe mit Bescheid vom 15. Oktober 2012 Rentenansprüche wegen einer *vollen Erwerbsminderung* verneint. Die diesem zu Grunde liegenden Gutachten seien für ihn unverständlich, weshalb er den Ablehnungsbescheid anfechten werde. Sein Gesundheitszustand sei zu Unrecht besser dargestellt worden, als er effektiv sei. Seine Tätigkeit als Berufskraftfahrer habe er im Juli 2009 aus gesundheitlichen Gründen aufgeben müssen. Auch die hiernach übernommene innerbetriebliche Tätigkeit als Versandarbeiter habe er infolge seines erheblich eingeschränkten Leistungsvermögens nicht mehr ausüben können. Gemäss der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung vom 11. März 2010 könne er nur noch leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung ohne grosse Anforderungen an das Sehvermögen während über sechs Stunden verrichten. Es handle sich hierbei ausschliesslich um berufliche Tätigkeiten auf ungelernter Ebene, was für ihn nicht zumutbar sei. Die Deutsche Rentenversicherung habe ihm schliesslich bereits am 28. März 2012 eine halbe Rente wegen *teilweiser Erwerbsminderung* zuerkannt. Diese Entscheidung sei auch in der Schweiz zu berücksichtigen.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich und rechtserheblich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland.

Im Streit liegt die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Vorinstanz) vom 14. Februar 2012. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Der Beschwerdeführer ist als Adressat der Verfügung vom 14. Februar 2012 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

1.3 Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren VwVG; SR 172.021) eingereichte Beschwerde ist – nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet worden ist – einzutreten.

2.

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

2.1 Der Beschwerdeführer ist Schweizer Bürger und lebt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden

Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Noch keine Anwendung finden die neuen europäischen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009 (in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten ab dem 1. April 2012 anwendbar).

Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.210).

2.2 Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 14. Februar 2012) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die sich erst später verwirklicht haben, sind jedoch 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).

So erlauben zum Beispiel die während des laufenden Beschwerdeverfahrens durch die Vorinstanz eingeholten zusätzlichen Medizinalakten, insbesondere die Expertisen vom 9. Mai und 29. August 2012, Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung und sind zur Beurteilung dieses nachfolgend zu berücksichtigen (siehe E. 4.15 ff.).

2.3 Intertemporal sind grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2009 vom 3. November 2009). Dabei ist ein allfälliger Leistungsanspruch für die Zeit vor einem

Rechtswechsel aufgrund der bisherigen sowie ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; BGE 130 V 445).

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

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil Bundesgericht 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens Ende Juni 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (BGE 138 V 475).

2.3.2 Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. Februar 2012 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Da sich der allenfalls anspruchsbegründende Sachverhalt im Zeitraum von März 2011 (Eintritt des Versicherungsfalles; vgl. nachfolgend E. 8) bis Februar 2012 (Erlass der angefochtenen Verfügung) zugetragen hat, ist vorliegend grundsätzlich auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Zudem sind die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011

5679]) zu beachten, soweit diese in sachlicher sowie zeitlicher Hinsicht anwendbar sind.

2.4 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a – 26bis und 28 – 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

2.5 Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

2.6 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

3.

Im vorliegenden Verfahren ist in der Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente verneint hat.

3.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall mindestens während dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invali-

denversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein.

Der Beschwerdeführer hat in der Schweiz während 24 Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, womit er die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente zweifelsohne erfüllt. Zu prüfen bleibt damit im Nachfolgenden, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang er invalid im Sinne des Gesetzes (geworden) ist.

3.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

3.2.1 Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 2 IVG. Hiernach begründet ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent einen Anspruch auf eine Viertelsrente, ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent einen Anspruch auf eine halbe Rente, ein Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ein Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent einen Anspruch auf eine ganze Rente. Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 Prozent entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stellt diese Bestimmung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 – wie vorliegend – für Schweizer Bürger und für Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft, denen bei einem Invaliditätsgrad ab 40 Prozent eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft Wohnsitz haben.

3.3 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die – arbeitsmedizinische – Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist.

Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 [heute: Bundesgericht] vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

3.4 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 (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.).

3.5 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

3.5.1 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b.cc mit weiteren Hinweisen).

3.5.2 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. Es bedarf viel-mehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

3.5.3 Auf Stellungnahmen der RAD kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle (EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des Bundesgerichts 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1).

4.

Die wichtigsten der vorliegenden Medizinalakten sind im Folgenden wiederzugeben.

4.1 Gemäss Bericht von Dr. med. I._____, Chefärztin der medizinischen Klinik III mit den Schwerpunkten Kardiologie, Pneumologie, Angiologie sowie internistische Intensivmedizin, vom 5. März 2007 sei der Versicherte vom 26. bis 28. Februar 2007 sowie vom 2. März 2007 bis zum 4. Juli 2007 internistisch intensivmedizinisch betreut worden und habe sich vom 28. Februar 2007 bis zum 2. März 2007 sowie vom 4. bis 5. März 2007 auf der Normalstation in stationärer Behandlung befunden, da wegen akuter thorakaler Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in beide Schultern sowie Schweissausbruch der dringende Verdacht auf einen akuten Myokardinfarkt bestanden habe. Nachdem die Koronarangiographie den Befund einer koronaren Dreigefässerkrankung mit hochgradiger mittelstreckiger Stenose nach Abgang des RD1 des Ramus interventricularis anterior, hochgradiger mittelstreckiger RCX-Stenose, mittelgradiger Stenose des Ramus diagnoalis 1 am Abgang sowie hochgradiger kurzstreckiger Stenose gleich nach Abgang des Ramus ventrikularis dexter der rechten Koronararterie aufgezeigt habe, sei am 26. Februar 2007 eine erfolgreiche PTCA, eine Implantation eines medikamentbeschichteten Stents (Taxus) in den RCX, PTCA und eine Implantation eines medikamentbeschichteten Stents (Taxus) in den RiVa bei jeweils hochgradigen Stenosen durchgeführt worden. Am 2. März 2007 seien offene Stents im Bereich der LCA sowie ein komplikationsloses primäres Stenting RCA (medikamentbeschichteter Stent) eingesetzt worden. Die schädlichen Folgen von Rauchen und Übergewicht seien mit dem Versicherten thematisiert worden. Dr. med. I._____ stellte nachfolgende Diagnosen:

- akuter posterolateraler ST-Elevations-Myokardinfarkt bei koronarer Dreigefässerkrankung mit hochgradiger mittelstreckiger Stenose des Ramus interventricularis anterior, hochgradige mittelstreckige Stenose des Ramus circumflexus, mittelgradige Abgangsstenose des Ramus diagnoalis 1 sowie hochgradige, kurzstreckige Stenose der rechten Koronararterie,
- passagere Thrombozytopenie (Verdacht dass abciximab-bedingt),
- Hypercholesterianämie
- und chronischer Nikotinabusus (IV-Akt. 13).

4.2 Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 5. April 2007 berichtete Dr. med. J._____, leitender Arzt der Abteilung Kardiologie der Fachklinik (…) in K._____, über den Rehabilitationsaufenthalt des Versicherten vom 14. März 2007 bis zum 4. April 2007. Während dieses habe der

Versicherte insbesondere an der Gruppentherapie zur Raucherentwöhnung sowie am bewegungstherapeutischen Programm teilgenommen. Das Therapieziel der postinfarziellen Stabilisierung und Steigerung der kardialen und allgemeinen Leistungsfähigkeit zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit habe erreicht werden können. Der Versicherte habe anlässlich des Abschlussgesprächs geäussert, er sehe sich für die Anforderungen seiner zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit weiterhin gesundheitlich belastbar. Er verbleibe nach eigenen Angaben aktuell sowie auch künftig weiterhin nikotinfrei. Gestützt auf die Beobachtungen während des Aufenthalts stellte Dr. med. J._____ nachfolgende Diagnosen:

- transmuraler Posterolateralinfarkt vom 26. Februar 2007, PCI: PTCA/DES: RIVA, Rpis, RCA,
- koronare Dreigefässerkrankung, EF 45 – 50 %,
- Hyperlipidämie,
- arterielle Hypertonie
- sowie Zustand nach Nikotinabusus.

Die allgemeine und kardiale Leistungsfähigkeit des Versicherten sei geringfügig eingeschränkt. Die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Versandarbeiter könne der Versicherte noch zu mindestens sechs Stunden täglich ausüben. Es seien ihm hierbei mittelschwere Arbeiten im Stehen, Gehen oder Sitzen ohne wesentliche Einschränkungen zumutbar. Nachtschichten hingegen seien aufgrund des Hypertonus zu vermeiden (IV-Akt. 11).

4.3 Gemäss Bericht vom 24. November 2009 untersuchte Dipl. med. Dieter L._____, Facharzt für innere Medizin, den Versicherten wegen einer koronaren Dreigefässerkrankung sowie einem Zustand nach einem Hinterwandinfarkt im Jahre 2007. Der linke Ventrikel habe sich als grenzwertig gross erwiesen, bei inferiorer Hypo-Akinesie und grenzwertig normalen systolischen Pumpfunktion (IV-Akt 24).

4.4 Im ausführlichen ärztlichen Befundbericht vom 11. März 2010 (Formular E 213) erklärte Dipl. med. M._____, Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin, der Versicherte beklage seit rund einem Jahr über zunehmende Probleme mit dem Sehen. Es habe sich eine Einschränkung des Gesichtsfeldes mit Tunnelblick herausgebildet. Ausserdem leide er unter Atemnot bei Belastung sowie Wirbelsäulenbeschwerden im Hals-

wirbelsäulenbereich. Schliesslich habe er seit rund vier Wochen belastungsabhängige Schmerzen im rechten Schultergelenk. Nach einer durchgeführten körperlichen Untersuchung stellte sie folgende Diagnosen:

- koronare Dreigefässerkrankung, Zustand nach PTCA und Stenting RCX, RIVA, RCA, Zustand nach Posterolateralinfarkt, normale linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF),
- arterielle Hypertonie mit beginnender linksventrikulärer Hypertrophie (LVH),
- beidseitiges Augenleiden mit Visusminderung und Gesichtsfeldausfällen,
- Halswirbelsäule-Syndrom mit mässigen Bewegungseinschränkungen,
- angeborenes Hüftleiden rechts mit Bewegungseinschränkungen und Coxalgien,
- medikamentös behandelte Fettleber, bei Fettstoffwechselstörungen
- und Struma diffusa mit klinisch normaler Schilddrüsenfunktion (euthyreot).

Betreffend die Visusminderung sowie die Gesichtsfeldausfälle sei die Diagnostik noch nicht abgeschlossen. Das rechtsseitige Hüftleiden sei angeboren. Seine bisherige berufliche Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Demgegenüber sei ihm eine angepasste berufliche Tätigkeit während maximal drei Stunden pro Tag zumutbar, unter Berücksichtigung der nachfolgenden funktionellen Einschränkungen:

- leichte Tätigkeiten,
- ohne häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten,
- ohne Nachtschicht,
- ohne Klettern oder Steigen,
- ohne Absturzgefahr,
- lediglich Tätigkeiten im Sitzen oder mit wechselnder Körperhaltung,
- ohne besonderen Zeitdruck
- und keine Bildschirmarbeit (IV-Akt. 16).

4.5 Gemäss Bericht von Dr. N._____, Facharzt für Radiologie, vom 21. Mai 2010 habe ein MRT des rechten Schultergelenks ergeben, dass die Supraspinatussehne in ihrer Kontinuität erhalten sei. Auffällig sei ein um diese befindlicher schmaler Flüssigkeitsraum (Peritendinitis). Es bestehe im Weiteren eine geringe Acromioclaviculargelenkarthrose ohne wesentliche Hypertrophie. Die acromiohumerale Distanz sei nicht auffällig verschmälert. Ebensowenig liege eine wesentliche Humeroglenoidalarthrose vor (IV-Akt. 60).

4.6 Im handschriftlichen Bericht vom 5. November 2010 befand Dipl.-med. O._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, der Versicherte leide an

- einer koronaren Herzkrankheit (KHK), einer koronaren Dreigefässerkrankung, einem Zustand nach Myokardinfarkt,
- einer essentiellen Hypertonie / Hyperlipidämie / Steatosis hepatis,
- degenerativen Wirbelsäulenveränderungen / Struma distrusa,
- sowie einem Schultergelenkschmerz rechts mit deutlicher Bewegungseinschränkung bei Arthrose des Acromioclaviculargelenks (ACG) und Peritendinitis der Supraspinatussehne.

Der Versicherte sei vom 6. März bis zum 9. April 2010 arbeitsunfähig gewesen wegen einer nicht näher bezeichneten Bursopathie (ICD-10 M71.99). Gegenüber den letzten Arztbefunden habe sich sein Gesundheitszustand seit März 2010 verschlechtert (IV-Akt. 63).

4.7 Im handschriftlichen Bericht vom 28. November 2010 diagnostizierte der behandelnde Arzt Dr. P._____

- ein chronisch rezidivierendes lumbales Pseudoradikulärsyndrom rechts, eine kausale Spinalstenose L4-S1, eine cystische Fibrose (CF), gesichtet im Jahre 1994, eine Prokusio L4/5,
- eine leichte S-Skoliose, ein Zustand nach Morbus Scheuermann,
- eine hds-mässiggradige Dypleniecoxarthrose (Röntgen im April 2000)
- und eine rezidivierende Periarthritis humeroscapularis rechts.

Aktuell leide der Versicherte an einer schmerzhaften Funktions- und Bewegungseinschränkung der rechten Schulter seit April 2010 und häufigen Anlaufschmerzen im rechten Hüftgelenk (IV-Akt. 65). Infolge einer Erbkrankheit mit nervalen Ausfällen der Augen habe er den Lastwagenfüh-

rerschein verloren. Der Gesundheitszustand habe sich seit April 2010 verschlechtert aufgrund der Schulterschmerzen rechts. Diese Beschwerde seien allenfalls verbesserbar. Die Augenerkrankung könne er fachlich nicht beurteilen (IV-Akt. 65).

4.8 Im Entlassungsbrief vom 22. Februar 2011 der Klinik für Augenheilkunde in G._____ (Deutschland) berichteten Chefarzt Dr. med. Q._____, Oberarzt R._____ und Assistenzärztin S._____ über den stationären Klinikaufenthalt des Versicherten vom 14. bis 18. Februar 2011 sowie die poststationäre Behandlung vom 22. Februar 2011. Sie stellten nachfolgende Diagnosen:

- beidseitige Luxation der Linse (ICD-10 H27.1),
- beidseitige Retinitis pigmentosa (ICD-10 H35.5),
- benigne Hypertonie (ICD-10 I10.00),
- koronare Zweigefäss-Herzkrankheit ohne nähere Angaben (ICD-10 I25.12)
- und beidseitiges intraokulares Linsenimplantat (ICD-10 Z96.1).

Während des Aufenthalts seien die Hinterkammerlinsen und Kapselringe (zusammen mit dem Kapselsack) operativ entfernt und eine sklerafixierte Hinterkammerlinse implantiert worden. Während des Eingriffs habe sich temporal eine minimale Sanguis im Bereich der Sklerafixation gezeigt. Nach der Operation sei eine Hornhautreaktion sowie eine Augendruckerhöhung auf 30 mmHg in Erscheinung getreten. Diese habe sich durch eine entsprechende postoperative Behandlung normalisiert. Die postoperative Kontrolle vom 22. Februar 2011 habe einen erneuten Druckanstieg aufgezeigt, welcher mit einer Druckentlastung über die Parazentese und einer antiglaukomatösen Therapie begegnet worden sei (IV-Akt. 66).

4.9 Im Entlassungsbrief vom 13. März 2011 diagnostizierten Chefarzt Dr. med. Q._____, Oberarzt R._____ und Assistenzarzt Dr. med. T._____ derselben Augenklinik nach der stationären Behandlung des Versicherten vom 7. bis 13. März 2011 als Hauptdiagnose ein Anfallsglaukom links (ICD-10 Uhr 40.2). Als Nebendiagnosen erkannten sie

- ein beidseitiges intraokulares Linsenimplantat (ICD-10 Z96.1),
- eine nichttoxische diffuse Struma (ICD-10 E04.0),
- eine hereditäre Netzhautdystrophie (ICD-10 H35.5),

- eine benigne Hypertonie (ICD-10 I10.00), ohne Angaben einer hypertensiven Krise,
- sowie eine atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefässerkrankung.

Die stationäre Aufnahme sei aufgrund des Anfallsglaukom am linken Auge nach der Cataract-Operation vom 15. Februar 2011 ergangen. Nach der Behandlung hätten nur noch vereinzelte erhöhte Druckwerte bis maximal 25 mmHg vorgelegen. Es seien engmaschige ambulante Kontrollen durchzuführen (IV-Akt. 67).

4.10 Im Schreiben vom 24. März 2011 befand Dr. med. U._____, Arzt für innere Medizin und Rheumatologie sowie Sozialmedizin, der Versicherte sei bei fortgeschrittenem Röhrengesichtsfeld infolge Retinitis pigmentosa für Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 und 2 fahrunfähig. Bei Visusminderungen von 0.4 rechts und 0.32 links sowie beidseitiger Sehschärfe von 0.4 könnten keine besonderen Anforderungen an das Sehvermögen mehr gerichtet werden, qualitative Einschränkungen bestünden demgegenüber nicht (IV-Akt. 68).

4.11 Mit Stellungnahme vom 22. April 2011 fasste RAD-Arzt Dr. med. C._____ zusammen, der Versicherte habe bis zum Jahre 2007 als Lastwagenfahrer sowie anschliessend im Warenversand gearbeitet. Ab dem 5. März 2010 sei er aufgrund einer Periarthritis der rechten Schulter arbeitsunfähig geschrieben worden. In der Folge sei ihm, angeblich wegen der Nichterneuerung des Lastwagenführerscheins, gekündigt worden. Der Versicherte leide hauptsächlich an Augenproblemen, wobei bereits eine Kataraktoperation vorgenommen worden sei. Ebenfalls bestehe eine Makuladegeneration mit eingeschränktem Blickfeld. Ein Myokardinfarkt im Jahre 2007 sei angioplastisch behandelt worden. Die kardiale Belastbarkeit sei aktuell an der unteren Grenze der Norm. Als Diagnosen führte er auf:

- Hauptdiagnose: beidseitige Makuladegeneration, Gesichtsfeldeinschränkung, Visus 0.5;
- Nebendiagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: koronare Dreigefässerkrankung sowie Status nach Myokardinfarkt, PTCA und Stents;
- Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:
    - kompensierte arterielle Hypertonie,

- Adipositas,
- Dyslipidämie
- und Halswirbelsäulensyndrom mit Coxalgien.

Die kardiale Erkrankung sei sehr gut kompensiert und erlaube weiterhin mittelschwere körperliche Anstrengungen. Das Augenleiden habe (wahrscheinlich) zum Verlust des Lastwagenführerscheins geführt. Leichte Verweisungstätigkeiten ohne erhöhte Ansprüche an das Sehvermögen (ohne Führen von Fahrzeugen, Kranen etc.) seien weiterhin vollzeitig möglich. So sei der Versicherte in seiner bisherigen Tätigkeit als Lastwagenfahrer seit dem 11. März 2010 insgesamt zu 70 % arbeitsunfähig. Für eine Verweisungstätigkeit sei er vollständig arbeitsfähig (IV-Akt. 39).

4.12 Im ausführlichen ärztlichen Befundbericht (Formular E 213) vom 27. April 2011 erklärte Dr. Dipl. med. D._____, Facharzt für Orthopädie und Sozialmedizin, der Versicherte sei seit März 2010 arbeitsunfähig geschrieben. In anderen als der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit könne er noch während sechs und mehr Stunden leichte Tätigkeiten ohne Wechselschicht sowie ohne häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen und Absturzgefahr ausüben. Die Arbeit sei im Sitzen oder mit wechselnder Körperhaltung und ohne besonderen Zeitdruck zu verrichten. Bildschirmarbeit sei nicht mehr möglich. Einer angepassten Arbeit gemäss den vorangehenden Kriterien könne der Versicherte in Vollzeit nachgehen. Eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit könne durch eine berufliche Rehabilitation bewirkt werden (IV-Akt. 72).

4.13 Im handschriftlichen ärztlichen Befundbericht vom 27. September 2011 erklärte Dipl.-Med. V._____, Fachärztin für Augenheilkunde, – soweit der Bericht entzifferbar ist – der Versicherte könne aufgrund von Sehbeschwerden, insbesondere schlechter Nahsicht und Blendeerscheinungen im Dunkeln, nicht mehr gut sehen. Arbeiten an Maschinen sowie am Computer seien nicht mehr möglich, ebensowenig wie Autofahren und schnelles Bewegen in der Dunkelheit (IV-Akt. 76 sowie Transkription in Note interne vom 13. Oktober 2011 in IV-Akt. 78).

4.14 Mit Stellungnahme vom 21. Oktober 2011 führte RAD-Arzt Dr. med. C._____ aus, in den neuen Unterlagen würden die bereits bekannten Diagnosen erneut erhoben. Insbesondere die beiden Befundberichte hinsichtlich der Aufenthalte von Februar und März 2011 in der Augenklinik G._____ zeigten keine Vergleichswerte und damit keine Verschlechterung seit Anfang 2010 respektive dem Gutachten von Dipl. med.

D._____ vom 27. April 2011 (IV-Akt. 72) auf. Auch dem handschriftlichen und kaum lesbaren Zeugnis von Dr. V._____ seien soweit erkennbar keine neuen Befunde zu entnehmen. Wie auch Dipl. med. D._____ darlege, seien dem Versicherten leichte Verweisungstätigkeiten nach wie vor zumutbar (IV-Akt. 82).

4.15 Während des laufenden Beschwerdeverfahrens wurden weitere Gutachten und Arztberichte zur Abklärung der gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten eingeholt. Hiervon sind ebenfalls die wichtigsten sowie vorliegend relevanten (vgl. E. 2.2) medizinischen Unterlagen nachfolgend wiederzugeben.

4.15.1 Im Entlassungsbrief vom 31. Mai 2011 berichtete S._____, Assistenzärztin der Klinik für Augenheilkunde G._____, über den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 25. bis 31. Mai 2011. Sie diagnostizierte

- ein Glaukom (sekundär) nach sonstiger Affektion des linken Auges (ICD-10 H40.5),
- ein beidseitiges intraokulares Linsenimplantat (ICD-10 Z96.1),
- eine hereditäre Netzhautdystrophie (ICD-10 H35.5),
- eine benigne Hypertonie (ICD-10 I10.00): Ohne Angaben einer hypertensiven Krise,
- eine atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefässerkrankung (ICD-10 I25.12)
- und eine nichttoxische Struma (ICD-10 E04.0).

Es sei ein Tagesdruckprofil bei schwankenden Augeninnendruckwerten sowie bei bekanntem sekundärem Pigmentdispersionsglaukom am linken Auge erstellt worden. Die anfänglich erhöhten Druckwerte hätten sich nach der durchgeführten Therapie auf maximal 25 mmHg links vermindert (Beilage 10 zur Vernehmlassung der Vorinstanz vom 8. Oktober 2012).

4.15.2 In der sozialmedizinischen Stellungnahme "Widerspruch EM-Rente" vom 9. Juni 2011 führte Dr. med. W._____, Arzt für innere Medizin, Sportmedizin, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen, aufgrund der vorliegenden Medizinalakten aus, der Versicherte leide an den leistungslimitierenden Erkrankungen einer koronaren Herzkrankheit mit Zustand nach Herzinfarkt und guter kardialer Belastbarkeit, einer Sehfeldeinschränkung mit Visusminderung bei Retinitis pigmentosa und Linsen-

luxation sowie einem Wirbelsäulen- und Hüftgelenksleiden. Körperlich schwere und ausschliesslich mittelschwere Tätigkeiten seien nicht mehr möglich, gleichfalls wie Tätigkeiten mit häufigem Bücken, Heben und Tragen von Lasten, mit erhöhten Anforderungen an das Sehvermögen, in längeren Zwangshaltungen sowie mit erhöhter Verletzungsgefahr. Unter Berücksichtigung dieser Leistungseinschränkungen seien körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes weiterhin während sechs Stunden und mehr möglich. Die bisherige berufliche Tätigkeit des Berufskraftfahrers sei demgegenüber lediglich noch während unter drei Stunden täglich zumutbar (Beilage 11 zur Vernehmlassung der Vorinstanz vom 8. Oktober 2012).

4.15.3 Im Entlassungsbrief vom 7. November 2011 berichtete Dr. med. T._____, Assistenzarzt der Klinik für Augenheilkunde G._____, über den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 3. bis 7. November 2011. Bei Luxation der Intraokularlinse (IOL) sei die Sekundärlinsenimplantation operativ erfolgreich entfernt worden. Auch postoperativ sei ein komplikationsloser Verlauf zu verzeichnen. Er stellte die Hauptdiagnosen:

- Luxation der Linse rechts (ICD-10 H27.1),
- mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse rechts (ICD-10 T85.2),
- hereditäre Netzhautdystrophie (ICD-10 H35.5)
- und primäres Engwinkelglaukom links (ICD-10 H40.2),

sowie die Nebendiagnosen:

- nichttoxische Struma (ICD-10 E04.0),
- sonstige Adipositas: Body-Mass-Index (BMI) von 30 bis unter 35 (ICD-10 E66.80),
- benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise (ICD-10 I10.00),
- atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefässerkrankung (ICD-10 I25.12)
- und Fettleber (fettige Degeneration; ICD-10 K76.0), anderenorts nicht klassifiziert (Beilage 8 zur Vernehmlassung der Vorinstanz vom 8. Oktober 2012).

4.15.4 Dr. med. X._____, Facharzt für Chirurgie, legte im ausführlichen ärztlichen Befundbericht vom 9. Mai 2012 (Formular E 213) dar, der Versicherte zeige einen lokalen dorsalen Druckschmerz einerseits über dem lumbosakralen Übergang sowie andererseits paravertebral beidseits rechtsbetont und über der rechten Iliosakralfuge. Es lägen keine paravertrebralen Myogelosen oder sensomotorische Paresen vor. Die oberen Gliedmassen hätten sich auf beiden Seiten als altersentsprechend frei und indolent beweglich erwiesen. Unten rechts bestünde der Verdacht auf eine beginnende Coxarthrose. Die Knie seien beidseits unauffälliger Konturen ohne Erguss. Ebensowenig schmerze die Patellaverschiebung. Der Kapselbandapparat sei stabil und die Menisken normal. Gestützt auf diese Befunde stellte Dr. med. X._____ die Diagnosen:

- beidseitige hochgradige Visusminderung, links ausgeprägter als rechts bei beidseitiger Retinitis pigmentosa und Zustand nach beidseitiger Cataractoperation mit Linsenimplantation, Sekundärglaukom des linken Auges,
- beidseitige Hüftdyspiasie mit beginnender Coxarthrose rechts,
- Drei-Gefässerkrankung, koronare Herzkrankheit (KHK) mit Zustand nach Myokarinfakrt und Zweifach-Stent 2007,
- Fettstoffwechselstörung,
- Arthrose des Acromioclaviculargelenks (ACG) rechts mit beginnender Omarthrose,
- arterielle Hypertonie
- und beidseitige Leistenhernie.

Infolge einer erheblichen Sehbehinderung empfahl er eine augenärztliche Begutachtung zur Feststellung des Leistungsvermögens. Aus allgemeinmedizinischer Sicht, ohne Berücksichtigung der ophtalmologischen Grunderkrankung, sei der Versicherte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnden Körperhaltepositionen ohne Hebe- und Tragebelastungen über 10 Kilogramm, ohne Nachtschichten, Zeitdruck, Klettern auf Leitern und Gerüsten sowie ohne Verletzungsgefahr vollschichtig arbeitsfähig. Zu vermeiden seien überdies Wechselschicht, Bücken, Nachtschicht und Absturzgefahr. Die Tätigkeiten seien mit wechselnder Körperhaltung, abwechselnd im Stehen, Gehen und Sitzen sowie ohne besonderen Zeitdruck auszuüben. Der Versicherte könne keine Bildschirmarbeit verrichten. Die festgestellten Einschränkungen bestünden seit dem 2. November 2012 (sic). Die Leistungsfähigkeit

lasse sich nicht mittels medizinischer oder beruflicher Rehabilitation verbessern (Beilage 3 zur Vernehmlassung der Vorinstanz vom 8. Oktober 2012).

4.15.5 Dr. med. Y._____, Facharzt für Augenheilkunde, bestätigte im ausführlichen ärztlichen Befundbericht vom 29. August 2012 (Formular E 213) die von Dr. med. X._____ gestellten Diagnosen (E. 4.15.4). Er ergänzte, es stünden aktuell die Leiden Herzinfarkt, ständige Müdigkeit, Luftnot, Hüftschäden, Wirbelsäulenschäden, kaputte Kniegelenke verbunden mit ständigen Schmerzen, Leistenbrüche und eine beidseitige Augenerkrankung mit Gesichtsfeldeinschränkung im Vordergrund. Seit 1993 stehe der Versicherte in ärztlicher Behandlung wegen Hüft- und Wirbelsäulenschäden, seit 2001 wegen seiner Augenerkrankung. Seit 2007 unterziehe er sich regelmässigen Kontrollen nach einem Herzinfarkt. Der Versicherte weise für die Ferne eine Sehstärke ohne Korrektur von 0.2 Landoltringe rechts und von 0.1 Landoltringe links auf. Mit Korrektur seien dies 0.4 Landoltringe rechts und 0.2 Landoltringe links. In die Nähe sehe er mit Korrektur 0.4 Landoltringe rechts und 0.2 Landoltringe links. Der Versicherte trage keine Brille. Er sei nachtblind. Das Gesichtsfeld sei sowohl rechts als auch links teilweise eingeengt. Die Aussengrenzen würden rechts nach oben 10-48°, nach unten 12-66°, nach nasal 12-28°, nach temporal 12-66° sowie links nach oben 10-35°, nach unten 12-55°, nach nasal 12-68° und nach temporal 25-50° betragen. In seinem bisherigen Beruf als Lastwagenfahrer sei der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig. Hingegen vermöge er während sechs Stunden und mehr leichte bis mittelschwere Arbeiten, nicht auf Leitern und Gerüsten, nicht für Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, ohne Heben- und Tragebelastung von über 10 Kilogramm, ohne Nachtschicht und ohne Zeitdruck auszuüben. Zu vermeiden seien ausserdem Wechselschicht, häufiges Bücken sowie Absturzgefahr. Die Tätigkeiten seien abwechselnd im Stehen, Gehen und Sitzen sowie mit wechselnder Körperhaltung zu verrichten. Der Versicherte könne am Bildschirm arbeiten. Die festgestellten Einschränkungen bestünden seit dem 16. Juli 2012 (Beilage 2 zur Vernehmlassung der Vorinstanz vom 8. Oktober 2012).

4.15.6 In der Stellungnahme vom 28. September 2012 legte RAD-Arzt Dr. med. C._____ dar, nach widersprüchlichen Interpretationen der Arbeitsfähigkeit bei unbestrittenen Diagnosen und Befunden sei eine zusätzliche allgemeine sowie ophthalmologische fachärztliche Expertise gemacht worden. In dieser seien folgende Diagnosen erhoben respektive bestätigt worden:

- beidseitige hochgradige Visusminderung, links ausgeprägter als rechts, bei beidseitiger Retinitis pigmentosa und beidseitigem Zustand nach Cataractoperation mit Linsenimplantation; Sekundärglaukom im linken Auge,
- beidseitige Hüftdyspiasie mit beginnender Coxarthrose rechts,
- Drei-Gefässerkrankung, Koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Myokardinfarkt und Zweifach-Stent 2007,
- Fettstoffwechselstörung,
- Arthrose des Acromioclaviculargelenks (ACG) rechts mit beginnender Omarthrose,
- arterielle Hypertonie
- und beidseitige Leistenhernie.

Die aus diesen Erkrankungen gezogenen Schlussfolgerungen hätten erneut eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweisungstätigkeit bestätigt. Damit könne der Versicherte noch regelmässig leichte bis mittelschwere berufliche Tätigkeiten ausüben. Da die neueste fachärztliche Beurteilung gut begründet sei und sich deren nachvollziehbaren Schlussfolgerungen mit den eigenen Beurteilungen decken, halte er seiner bisherigen Beurteilung fest.

5.
Die vorliegenden Arztunterlagen geben einen vollständigen Eindruck des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers wieder. Die durch die verschiedenen Fachärzte gestellten Diagnosen weisen keine Widersprüche auf. Die aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen dargelegten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind ebenfalls nachvollziehbar. Dem im Beschwerdeverfahren gestellten Antrag des Beschwerdeführers auf gutachterliche Abklärung seiner Augenerkrankung ist die Vorinstanz im Beschwerdeverfahren nachgekommen, indem sie die vorliegenden Medizinalakten insbesondere um den Befundbericht des Augenarztes Dr. med. Y._____ vom 29. August 2012 ergänzt hat. Für die Behauptung des Beschwerdeführers, die vorliegenden Artztberichte würden seinen Gesundheitszustand zu Unrecht besser darstellen, als dieser effektiv sei, bestehen keinerlei Hinweise. Der Beschwerdeführer hat denn auch keine eigene Arztberichte eingereicht, welche seinen Gesundheitszustand abweichend beurteilt hätten. Der RAD hat in seiner Stellungnahme vom 28. September 2012 zu Recht festgestellt, dass die neuesten fachärztlichen Beurteilungen gut begründet und deren Schlussfolgerungen nach-

vollziehbar seien. Diese erfüllen insbesondere die in der Rechtsprechung des Bundesgerichts aufgestellten Anforderungen an einen rechtsgenügenden Arztbericht (vgl. E. 3.5.1). Damit ist auf die vorliegenden Arztunterlagen, insbesondere auf die während dem laufenden Beschwerdeverfahren eingegangenen zusätzlichen Expertisen vom 9. Mai und 29. August 2012, abzustellen.

6.

Gemäss den dargelegten Medizinalakten ist dem Beschwerdeführer seine zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Lastwagenfahrer seit dem 11. März 2010 nicht mehr zumutbar (70 %-ige Arbeitsunfähigkeit; vgl. RAD-Stellungnahme vom 22. April 2011). Die vorangehend dargestellten Arztunterlagen gehen indessen einstimmig davon aus, dass er in der Lage ist, eine seinen gesundheitlich bedingten Einschränkungen angepasste berufliche Tätigkeit auszuüben. So werden zusammenfassend folgende funktionelle Einschränkungen genannt:

- keine körperliche schwere bis ausschliesslich mittelschwere körperliche Anstrengungen,
- keine erhöhten Ansprüche an das Sehvermögen,
- kein häufiges Bücken, Heben und Tragen von Lasten,
- keine Wechsel- oder Nachtschicht,
- kein Klettern oder Steigen,
- keine Absturzgefahr,
- Erfordernis des Ausübens im Sitzen oder in wechselnder Körperhaltung,
- ohne besonderen Zeitdruck,
- keine Arbeit an Maschinen oder am Computer
- sowie kein Autofahren oder schnelles Bewegen in der Dunkelheit.

Entgegen dieser Auflistung befand Dr. med. Y._____ im neuesten augenärztlichen Gutachten vom 29. August 2012, Bildschirmarbeiten seien dem Beschwerdeführer nach wie vor zuzumuten.

7.

Der Beschwerdeführer macht im Beschwerdeverfahren geltend, bei den in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung vom 11. März 2010 (vgl. vorangehend E. 4.4) aufgeführten, ihm gesundheitlich noch möglichen

beruflichen Tätigkeiten handle es sich ausschliesslich um Arbeiten, für die er nicht ausgebildet sei. Solche Arbeiten seien ihm nicht zumutbar.

7.1 Nach der Rechtsprechung gilt im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz, dass der Invalide, bevor er Leistungen verlangt, alles ihm Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen seiner Invalidität bestmöglich zu mildern; deshalb besteht kein Rentenanspruch, wenn der Versicherte selbst ohne Eingliederungsmassnahmen zumutbarerweise in der Lage wäre, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen; entsprechend steht einem Versicherten nur eine halbe Rente zu, wenn er ohne Eingliederungsmassnahmen zumutbarerweise ein Erwerbseinkommen erzielen könnte, das lediglich eine hälftige Invalidität begründet, und wenn anderseits keine Eingliederungsmöglichkeiten bestehen, welche selbst die Zusprechung einer halben Rente ausschliessen. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (Art. 10 Abs. 2 IVG). Bei der Selbsteingliederung als Ausdruck der Schadenminderungspflicht handelt es sich nicht um eine Rechtspflicht im dogmatischen Sinn, weil das vom Versicherten verlangte Verhalten nicht realiter oder mittels Strafandrohung erzwungen werden kann; die Selbsteingliederung ist vielmehr eine Last, die der Versicherte auf sich zu nehmen hat, soll sein Leistungsanspruch auf gesetzliche Eingliederungsmassnahmen oder Rente gewahrt bleiben (MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, Diss. Bern 1985, S. 133 f.). Je nach den Umständen greift die Schadenminderungspflicht in die verschiedensten Lebensbereiche ein, wobei jedoch vom Versicherten nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (vgl. E. 4.3; BGE 113 V 22, E. 4a – e, S. 28 ff., mit Hinweisen).

7.2 Der Beschwerdeführer hat bis 2007 als Lastwagenfahrer bei der B._____ GmbH sowie anschliessend bis zum Eintritt seines Gesundheitsschadens bei derselben Unternehmung als Versandarbeiter in Nachtschicht gearbeitet. Aufgrund seiner Augenleiden ist ihm weder die Tätigkeit als Lastwagenfahrer noch die in Nachtschicht ausgeübte Tätigkeit als Versandarbeiter mehr zumutbar. Er hat indessen nicht dargetan, weshalb ihm die Ausübung von leidensangepassten Verweisungstätigkeiten, die keine spezifischen Berufs- und Fachkenntnisse voraussetzen, im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht nicht zumutbar sein sollten. Der Umstand, dass es sich hierbei um Verweisungstätigkeiten auf unge-

lernter Ebene handelt, wird bei der Bemessung des Valideneinkommens zu berücksichtigen sein. Dieser führt jedoch entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht zur Annahme, dass ihm diese beruflichen Tätigkeiten nicht zumutbar wären. Es ist daher grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz den Einkommensvergleich zur Invaliditätsbemessung unter der Verwendung eines hypothetischen Invalideneinkommens (siehe nachfolgend E. 9.2) durchgeführt hat.

8.

Zu prüfen ist bei dieser Ausgangslage, in welchem Zeitpunkt die Wartefrist von mindestens einem Jahr gemäss Art. 29 Abs. 1 Bst. b aIVG als eröffnet gilt und wann sie abgelaufen ist. Nachdem der Beschwerdeführer ab 5. März 2010 für seine zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit arbeitsunfähig geschrieben wurde (E. 4.11), ist das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG per Ende Februar 2011 abgelaufen. Damit hat sich der Beschwerdeführer gestützt auf Art. 29. Abs. 1 IVG im November 2009 (eingegangen bei der Vorinstanz am 30. April 2010) rechtzeitig zum Leistungsbezug angemeldet. Ein allfälliger Rentenanspruch bestünde deshalb ab März 2011 (Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles).

9.

Für die Bestimmung des *Invaliditätsgrades* wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28*a* Abs. 1 IVG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222, 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1).

Nachdem der Versicherungsfall per 1. März 2011 eingetreten ist und ein allfälliger Rentenanspruch ab diesem Zeitpunkt zu prüfen sein wird, ist der Einkommensvergleich vorliegend auf der Lohnbasis per Ende Jahr 2010 vorzunehmen. Die Vorinstanz stellte in der Invaliditätsbemessung vom 31. Mai 2011 demgegenüber für das Valideneinkommen auf die Einkommenszahlen des Jahres 2009 sowie für das Invalideneinkommen auf

die Einkommenszahlen des Jahres 2008 ab (IV-Akt. 36). Damit basiert der Einkommensvergleich der Vorinstanz nicht auf einer zeitgleichen Grundlage, was nachfolgend zu korrigieren sein wird.

9.1 Das *Valideneinkommen* ist dasjenige Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist gemäss der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen eines Saisonnierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber die beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (Urteil 9C_488/2008 vom 5. September 2008, E. 6.4). Ein Abweichen vom Regelfall, wonach das Valideneinkommen grundsätzlich anhand des zuletzt verdienten Lohnes zu bestimmen ist, kommt erst dann in Frage, wenn – unter anderem – der tatsächlich erzielte Verdienst deutlich unter dem branchenüblichen Tabellenlohn liegt (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.1 m.w.H.). Der Erheblichkeitsgrenzwert dieser Abweichung, ab welchem sich eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen (im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4.1) rechtfertigen kann, wurde vom Bundesgericht auf 5 % festgesetzt. Dabei ist nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung diesen Erheblichkeitsgrenzwert übersteigt (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2 und 6.1.3). Keine Aufrechnung von bescheidenen Erwerbseinkünften auf ein durchschnittliches Lohnniveau fällt in Betracht, wenn tatsächlich oder zumutbarerweise ein durchschnittliches Invalideneinkommen erzielt werden kann und sich die versi-

cherte Person freiwillig mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen begnügt. In diesen Fällen ist die Einkommenseinbusse nicht gesundheitlich bedingt und fällt damit nicht in den Leistungsbereich der schweizerischen Invalidenversicherung (BGE 135 V 58 E. 3.4.3 und ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Erwin Murer / Hans-Ulrich Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Sozialversicherungsrecht, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2010, Rz. II.6. Bst. c zu Art. 28*a* IVG).

Die Vorinstanz führte in der Invaliditätsbemessung vom 3. Juni 2011 aus, der Beschwerdeführer habe im Jahr 2009 ohne Invalidität ein Einkommen von EUR 1'498.21 erzielt. Dies entspricht den Angaben der B._____ GmbH im Fragebogen für Arbeitgeber vom 10. Januar 2011 (IV-Akt. 36). Die Vorinstanz stellte hierauf fest, dass der Beschwerdeführer, verglichen mit dem durchschnittlichen Einkommen eines Langstrecken-Lastwagenfahrers in Deutschland im Jahr 2009 von EUR 1'842.91, welches sie korrekt den vom Bureau International du Travail (BIT) ermittelten statistischen Werten des deutschen Arbeitsmarktes entnahm, unfreiwillig ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt hatte. Nach Aufrechnung der Differenz in Prozent, abzüglich des Erheblichkeitsgrenzwerts von 5 %, resultierte so ein Valideneinkommen im Jahr 2009 von EUR 1'767.89. Dieses ist an die Nominallohnentwicklung bis zum vorliegenden massgebenden Stichtag per Ende Jahr 2010 anzupassen. Der Index der Nominallöhne für erwachsene Arbeiter in Deutschland lag nach Massgabe der Zahlen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) per Ende Jahr 2009 bei 97.91 sowie per Ende Jahr 2010 bei 100 Punkten. Im Jahr 2010 fand somit eine Nominallohnerhöhung von 2.09 Punkten statt (vgl. OECD, "main economic indicators"; siehe http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr&SubSessionId=a7bedfce-d166-48d3-bf4b-f30155c0dce9&themetreeid=13; zuletzt besucht am 19. Februar 2014). Damit beträgt das per Ende Jahr 2010 indexierte Valideneinkommen EUR 1'805.63.

9.2 Für die Bestimmung des *Invalideneinkommens* ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Es ist für die Invaliditätsbemessung jedoch nicht entscheidend, ob eine Versicherte ihre Restarbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, das heisst von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht; vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die Versicherte durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (siehe ULRICH MEYER, a.a.O., Rz. II.1.

Bst. d zu Art. 28*a* IVG). Ist kein 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 sind nach der Rechtsprechung grundsätzlich die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss der LSE heranzuziehen (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b/bb m.w.H, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 75/03 vom 12. Oktober 2006 E. 4.1).

Das Invalideneinkommen hat die Vorinstanz – da der Beschwerdeführer nach Eintritt der Invalidität keine zumutbare Verweisungstätigkeit aufgenommen hatte – korrekt nach den vom Bureau International du Travail (BIT) ermittelten statistischen Werte des deutschen Arbeitsmarktes festgelegt. Dabei hat sie den Durchschnitt der Einkommen eines Druckarbeiters, eines Kassiers im Detailhandel sowie eines Lagerbuchhalters ermittelt. Dieser betrug im Jahr 2008 EUR 1'767.89.

Auch das Invalideneinkommen ist an die Nominallohnentwicklung bis zum vorliegenden massgebenden Stichtag per Ende Jahr 2010 anzupassen. Der Index der Nominallöhne für erwachsene Arbeiter in Deutschland lag nach Massgabe der Zahlen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) per Ende Jahr 2008 bei 96.23 sowie per Ende Jahr 2010 bei 100 Punkten (vgl. OECD, "main economic indicators"; siehe http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr&SubSessionId=a7bedfce-d166-48d3-bf4b-f30155c0dce9&themetreeid=13; zuletzt besucht am 19. Februar 2014). Damit beträgt das massgebende Invalideneinkommen per Ende Jahr 2010 EUR 1'837.15.

9.3 Nach der Rechtsprechung ist bei der Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass persönliche und berufliche Merkmale des Versicherten wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben, denen mit einem Abzug vom Invalideneinkommen zu begegnen ist. Ein solcher Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Versicherte wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale seine

gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Es rechtfertigt sich nicht, für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen und diese zusammenzuzählen, da damit Wechselwirkungen ausgeblendet werden. Allgemein ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität / Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Letztlich ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (zum Ganzen: BGE 126 V 75).

Bei der Überprüfung des Ausmasses des Abzuges kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle desjenigen der Vorinstanz setzt. Es geht bloss, aber immerhin, um die Frage, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Das Sozialversicherungsgericht darf somit sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (vgl. BGE 126 V 75 E. 6 mit Hinweisen). Die Festlegung des Ausmasses beschlägt demnach eine typische Ermessensfrage und kann gerichtlich nur korrigiert werden, wenn die Vorinstanz ihr diesbezügliches Ermessen rechtsfehlerhaft ausgeübt hat (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.3).

Im vorliegenden Fall ist nicht ersichtlich, inwiefern ein höherer Abzug als der von der Vorinstanz gewährte Abzug von 15 % sachgerecht wäre, zumal die funktionellen Einschränkungen (vgl. E. 6) als eher gering einzustufen sind. Auch die weiteren persönlichen und beruflichen Merkmale des Versicherten führen nicht zu einer Unangemessenheit des von der Vorinstanz angenommenen Leidensabzugs. Das massgebende Invalideneinkommen des Jahres 2010 beläuft sich demnach auf EUR 1'561.58.

9.4 Der *Einkommensvergleich* stellt sich somit wie folgt dar: Dem Valideneinkommen von EUR 1'805.63 steht ein Invalideneinkommen von EUR 1'561.58 gegenüber, woraus eine Erwerbseinbusse von 13.52 % resultiert. Dieses Ergebnis ist nach den mathematischen Rundungsregeln auf-

zurunden auf einen Invaliditätsgrad von 14 % (BGE 130 V 121, E. 3), welcher nicht zu einer schweizerischer Invalidenrente berechtigt (Art. 28 Abs. 2 IVG). Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 14. Februar 2012 im Ergebnis als richtig und die Beschwerde ist abzuweisen.

10.
Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen, die sich aus der Gerichtsgebühr und den Auslagen zusammensetzen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfanges und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.– festgesetzt (Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und dem einbezahlten Kostenvorschuss von Fr. 415.90 entnommen. Der zu viel bezahlte Betrag von Fr. 15.90 wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids auf ein von ihm zu benennendes Konto zurückerstattet.

11.
Dem unterliegenden Beschwerdeführer wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Die Verfahrenskosten von Fr. 400.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem einbezahlten Kostenvorschuss von Fr. 415.90 entnommen. Der zu viel bezahlte Betrag von Fr. 15.90 wird ihm auf ein von ihm zu benennendes Konto zurückerstattet.

3.
Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an:

– den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Rückerstattungsformular)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. _____; Gerichtsurkunde)
– das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (Gerichtsurkunde)

Die vorsitzende Richterin:	Die Gerichtsschreiberin:
Eva Schneeberger	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 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: 15. Mai 2014