

BVGer B-2168/2011 vom 6. Dezember 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-2168_2011

FR: TAF B-2168/2011 du 6 décembre 2011

IT: TAF B-2168/2011 del 6 dicembre 2011

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 23. Februar 2011. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist er besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf das ergriffene Rechtsmittel, nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, einzutreten.

E. 2.1

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

E. 2.2

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

E. 3

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

E. 3.1

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 23. Februar 2011) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaft (EU), 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 mit ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist, insbesondere dessen Anhang II, der die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit regelt (vgl. Art. 80a IVG, in Kraft seit dem 1. Juni 2002). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) haben Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen und für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe nach schweizerischem Recht, insbesondere dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201), des ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11). Für die Beurteilung eines Rentenanspruchs sind daher die Feststellungen des ausländischen Versicherungsträgers bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.3

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

Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil BGer 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (vgl. Urteil BGer 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.2 f., Urteil BGer 8C_312/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 5; Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des (allfälligen) Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 23. Februar 2011 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Hinsichtlich des Zeitpunkts des Rentenbeginns gilt das alte Recht, da vorliegend der (allfällige) Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist und sich der Beschwerdeführer vor dem 31. Dezember 2008 angemeldet hat.

E. 3.4

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

E. 4.1

Streitig ist im vorliegenden Fall, ob der Beschwerdeführer bis zum 23. Februar 2011 (Erlass der Verfügung) in einem rentenerheblichen Mass invalid geworden ist.

E. 4.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn

sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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).

E. 4.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 4.4

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

E. 4.5

Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben - was vorliegend der Fall ist (Art. 29 Abs. 4 IVG).

E. 4.6

Weiter hat nur Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung, wer bei Eintritt der Invalidität während einer gesetzlich festgelegten Mindestdauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese beträgt nach den Bestimmungen der 5. IV-Revision drei Jahre (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG). Der Beschwerdeführer hat während rund 16 Jahren Beiträge an die AHV/IV entrichtet, so dass diese Anspruchsvoraussetzung vorliegend erfüllt ist.

E. 4.7

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihnen zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 E. 3.4.2. mit Hinweisen). Der Begriff des

ausgeglichenen Arbeitsmarkts ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 E. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 291 E. 3b). Von einer Arbeitsgelegenheit im Sinne von Art. 16 ATSG kann aber dort nicht mehr gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre (SVR 2009/1 IV Nr. 8 S. 17 E. 3c, SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3c, ZAK 1989 S. 322 E. 4).

E. 4.8.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Eine zumutbare Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.).

E. 4.8.2

Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

E. 4.8.3

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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist

grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). 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 BGer 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). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 4.8.4

Erforderlich ist im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, N. 23 zu Art. 43 ATSG; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, § 68, Rz. 43 ff.)

E. 5

Nachfolgend ist anhand der medizinischen Akten und unter Berücksichtigung der massgebenden Kriterien (vgl. E. 4.8.3) zu prüfen, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig sowie richtig erhoben und das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht mangels anspruchsbegründeter Invalidität abgewiesen hat.

E. 5.1

Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf das MEDAS-Gutachten vom 23. Februar 2010 und die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz vom 9. Juni 2010 und 8. November 2010 (vgl. IV act. 91, 95 und 100).

E. 5.1.1

Das MEDAS-Gutachten vom 23. Februar 2010 enthält internistische, neurologische, rheumatologische, psychiatrische und kardiologische Beurteilungen und ergab folgende Ergebnisse zur medizinischen Situation und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers:

E. 5.1.1.1

Im neurologischen Teilgutachten konstatierte die Gutachterin Dr. med. C._____, FMH Neurologie, beim Beschwerdeführer im Rahmen einer chronischen Alkoholkrankheit eine distal- und beinbetonte sensible Polyneuropathie sowie eine sensible Ataxie mit einer konsekutiven Stand- und Gangunsicherheit, welche am ehesten alkohol-toxisch bedingt sei. Die Stand- und Gangunsicherheit werde durch den Trainingsmangel verstärkt. Zudem hegte die neurologische Teilgutachterin den Verdacht auf ein amnestisches Syndrom gemischter Ursache (Alkohol, Medikamente). Sie führte jedoch aus, dass ein florides Wernicke-Korsakow Syndrom, welches in der Regel ein amnestisches Syndrom, eine Verwirrtheit, eine Ataxie und okulomotorische Störungen impliziere, heute nicht vorliege. Die so Erkrankten seien über ihre Gedächtnisleistung meist nicht bekümmert, was vorliegend ja nicht der Fall sei. Daneben bestünden episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp bei arterieller Hypertonie, die gemäss dem Beschwerdeführer wenig einschränkend seien. Die lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Gesässhälfte seien vereinbar mit einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS. Sichere lumbo-radikuläre Ausfälle wie auch zerviko-radikuläre oder myeläre Defizite würden fehlen.

E. 5.1.1.2

Im von Dr. med. D._____, FMH Rheumatologie, ausgestellten rheumatologische Teilgutachten diagnostiziert dieser nach ausführlicher Anamnese eine zervikospondylogenes Syndrom, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts, eine mediale Gonarthrose und eine rechtsbetonte Femoropatellaarthrose sowie Dupuytren-Kontrakturen an der rechten Hand und Knick-Senk-Spreizfüsse. Der rheumatologische Teilgutachter hielt fest, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Anamneseerhebung in erster Linie die seit vier Jahren anhaltenden Nacken- und Schulterbeschwerden und die seit etwa drei Monaten persistierenden lumboischialgiformen Schmerzen sowie die rechtsseitigen Beinschmerzen geltend gemacht habe. Obwohl eine Fraktur des Cubitus im Jahr 2001 mit anamnestisch posttraumatischer Arthrose und eine posttraumatische Arthrose hinsichtlich des rechten Fusses infolge eines Arbeitsunfalles im Jahr 1995 aktenkundig seien, habe der Beschwerdeführer mit keinem Wort Ellbogen- oder Fussbeschwerden erwähnt. Der Beschwerdeführer weise ein ausgeprägtes Schmerzverhalten mit Stöhnen, Grimassieren und Abwehrverhalten auf. Als Ausdruck eines deutlich gesteigerten Krankheitsverhaltens seien 4 von 5 Waddeltests positiv vorgefunden worden. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die präsentierten Funktionseinschränkungen könnten durch die objektivierbaren Befunde nicht vollumfänglich erklärt werden und es bestehe auf dem Boden objektivierbarer Befunde eine deutliche Überlagerungssymptomatik. Der rheumatologische Teilgutachter veranschlagte die Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht als Bauhandlanger/Landwirt auf 50 % der Norm, halbtags, währenddem körperlich leichte und mittelschwere, wechselbelastende Verweistätigkeiten ohne Gehen in unebenem Gelände, ohne längeres Abwärtsgehen sowie ohne Knien und Kauern voll zumutbar seien.

E. 5.1.1.3

Im von Dr. med. E. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ausgestellten psychiatrischen Teilgutachten kommt dieser zum Schluss, dass ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit entsprechenden psychischen Störungen sowie Verhaltensstörungen (leichtes amnestisches Syndrom) bestehe. Das Ausmass der Beeinträchtigung sei eher gering. Es gebe keine Belege für psychische Folgeschäden, wie Einengung der Interessen, sekundäre affektive oder psychotische Störungen oder eine eindeutige, typische Persönlichkeitsveränderung, auch wenn sich eine gewisse, aber nicht sehr ausgeprägte Jovialität finde. Die Kriterien für eine Depression seien klinisch und testpsychologisch nicht erfüllt. Es gebe auch keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung und auch die Kriterien für eine Panikstörung seien beim Beschwerdeführer nicht erfüllt. Das leichte amnestische Syndrom habe aktuell keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, da der Alkoholkonsum seit 2006 deutlich reduziert worden sei. Dr. med. F. _____ habe diese Schädigung derart schwerwiegend beurteilt, dass eine minimal produktive, gesicherte und reguläre Arbeit nicht mehr möglich wäre und eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestünde. Ein so schweres amnestisches Syndrom lasse sich jedoch nicht belegen. Auch seien die übrigen von Dr. med. F. _____ geltend gemachten psychischen Folgeschäden wie Veränderung der Stimmung, Charakter, Verhalten und Affektivität zu wenig ausgeprägt, um eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit zu bewirken. Die Reduktion des Alkoholkonsums könnte eine gewisse Verbesserung des Gesundheitszustandes und insbesondere der kognitiven Fähigkeiten seit der Untersuchung durch Dr. med. F. _____ bewirkt haben. Der psychiatrische Teilgutachter führte zusammenfassend aus, dass aus psychiatrischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Landwirt oder Maurer sowie in einer Verweisungstätigkeit bestehe.

E. 5.1.1.4

Im kardiologischen Teilgutachten hielt Dr. med. G. _____, FMH Kardiologie und Innere Medizin, fest, dass der Beschwerdeführer seit längerer Zeit über Atemnot sowie über Thoraxschmerzen bei körperlicher Belastung, teilweise auch in Ruhe, klage. Diese Beschwerden würden sich nach der Einnahme von Nitroglycerin nach 10 bis 15 Minuten bessern. Das Ruhe-EKG sei unauffällig und ohne Hinweise auf einen durchgemachten Myokardinfarkt. Auch eine Koronarangiografie in Spanien vor 2,5 Jahren sei unauffällig ohne signifikante Koronarveränderungen gewesen. Die Fahrradergometrie sei wegen allgemeiner Erschöpfung vorzeitig abgebrochen worden und deshalb nicht aussagekräftig. Der echokardiografische Befund zeige leicht dilatierte linksseitige Herzhöhlen, eine normale systolische linksventrikuläre Funktion sowie einen Verdacht auf diastolische Funktionsstörung. Die Klappenverhältnisse seien unauffällig und ohne relevante Stenose oder Insuffizienz. Es bestünden weder entzündliche Herzveränderungen noch ein Perikarderguss. Es bestehe eine nachweisbare leichte hämodynamische nicht relevante Mitralinsuffizienz. Der kardiologische Teilgutachter diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine leichte hypertensive Kardiomyopathie. Für eine relevante koronare Herzerkrankung habe er keine klaren Hinweise gefunden. Auf dieser Grundlage attestierte er dem Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht für die angestammte Tätigkeit als Maurer bzw. Landwirt sowie für Arbeiten mit starker körperlicher Belastung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Zudem führte der kardiologische Teilgutachter aus, dass die Arbeitsfähigkeit möglicherweise durch Gewichtsreduktion, körperliches Training und

optimale medikamentöse Therapie verbessert werden könne. Für leichte körperliche Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

E. 5.1.1.5

Zusammenfassend stellten die Gutachter in ihrer interdisziplinären Beurteilung folgende Diagnosen: Mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit: - Zervikospondylogenes Syndrom, bei - zervikothorakal linkskonvexer Skoliose und zervikaler Streckhaltung - Osteochondrosen C6/C7, weniger deutlich C2/C3, C3/C4, C4/C5 - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts, bei - tieflumbal linkskonvexer Skoliose, muskulärer Dysbalance und Haltungsinsuffizienz - Osteochondrosen L3/L4 und L4/S1 sowie Spondylarthrosen L3 bis S1 - Rechtsbetonte mediale Gonarthrose und Femoropatellararthrose beidseits - Arterielle Hypertonie, wahrscheinlich "essentiell" und / oder Äthylabusus (mit-)bedingt, seit 1999 behandelt, aktuell 205/150 mmHg (beim Gutachter), mit - episodischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp - leichter hypertensiver Kardiomyopathie - positiver Familienanamnese (beide Eltern) - Zweifel an der Antihypertensiva-Compliance Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert: - Alkoholabhängigkeitssyndrom mit - leichtem amnestischem Syndrom - distal und beinbetonter leichter sensibler Polyneuropathie - Facies plethorica mit Teleangiektasien - Dupuytren'schen Kontrakturen palmar - deutlich erhöhtem CDT-Spiegel - leichter Hepatopathie - leichter erythrozytärer Makrozytose - Adipositas "simplex" (171.5 cm / 90 kg, BMI 30.6) - Dyslipidämie (anamnestisch) familiär, behandelt Die Gutachter kamen zum Schluss, dass für den Beschwerdeführer aufgrund seiner limitierenden rheumatologischen und kardiologischen Befunde in seinen angestammten Tätigkeiten als Maurer und Landwirt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % mit folgenden Kautelen bestehe: Wechselposition, kein längerdauerndes Abwärtsgehen, kein Gehen in unebenem Gelände, keine Arbeit auf Dächern, Leitern oder Gerüsten, kein Heben von schweren Gegenständen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe sich in den letzten zwei bis drei Jahren schleichend entwickelt. Für leichte oder mittelschwere Verweisungstätigkeiten bestehe unter den gleichen Vorbehalten eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit.

E. 5.1.2

Dr. med. B._____ kam in seinen Stellungnahmen vom 9. Juni 2010 und 8. November 2010 zum Schluss, dass an der Qualität des MEDAS-Gutachtens keine Zweifel bestünden. Es beruhe auf einer professionellen Befunderhebung und Abklärung. Einzig mit einigen Schlussfolgerungen könne er sich nicht einverstanden erklären. So führte er in rheumatologischer Hinsicht aus, dass er die Diagnose einer Gonarthrose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei klinisch beschwerdefreiem Befund und normalem Gang nicht nachvollziehen könne. Mit Blick auf die Beurteilung des Rheumatologen, dass beim Beschwerdeführer eine Minderbelastbarkeit des Achsenorgans auf ausgesprochen körperlichen Schwerarbeiten bestehe, sei für ihn auch nicht einleuchtend, weshalb eine halbezeitige volle Belastung des Rückens im Rahmen einer Schwerarbeit möglich sein solle. Allein schon die rheumatologischen Beschwerden des Beschwerdeführers würden in der bisherigen Tätigkeit (schwere und mittelschwere Tätigkeiten) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen. Bezüglich der kardiologischen Beurteilung führte Dr. med. B._____ aus, es sei für ihn nicht nachvollziehbar, dass eine leichte Dilatation der linken Herzhöhlen ohne klinisch-funktionelles Korrelat bei normaler linksventrikulärer Auswurfraction eine Arbeitsunfähigkeit als Maurer bewirken würde. Dr. med. B._____ korrigierte die von den MEDAS-Gutachtern festgesetzte Arbeitsunfähigkeit in der

angestammten Tätigkeit von 50 % auf 100 %, da einerseits aus rheumatologischer Sicht körperliche Schwerarbeit für den Beschwerdeführer unzumutbar sei und andererseits auch die angegebenen Vorbehalte und Einschränkungen die bisherigen Tätigkeiten als Maurer bzw. Landwirt ausschliessen würden. Er setzte den Beginn der Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit auf Dezember 2009 fest. Für leichte Tätigkeiten erachtete er indessen in Übereinstimmung mit dem MEDAS-Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 100 % als gegeben.

E. 5.2

Demgegenüber geht der Beschwerdeführer darüber hinaus von einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit in allen, d.h. auch den leichten Tätigkeiten aus und stützt sich insbesondere auf folgende medizinische Berichte ab:

E. 5.2.1

Im ärztlichen Bericht von Dr. med. L. _____ vom 11. April 2001 diagnostizierte dieser einen chronischen Äthylismus (Alkoholabhängigkeit), eine Parotishyperplasie beidseits und ein Delirium tremens 1997 (vgl. IV act. 20).

E. 5.2.2

Dr. med. H. _____ hielt in seinem Bericht vom 1. Dezember 2005 als Ergebnis des Abdomenultraschalls fest, dass eine Hepatomegalie mit vermehrter Echogenizität (Vergrösserung der Leber) bestehe und es keine fokalen Läsionen gebe. Die Gallenblase sei steinfrei und die Milz und Nieren seien normal. Eine Pankreas sei nicht evaluierbar (IV act. 23).

E. 5.2.3

Dr. med. I. _____ führte in seinem kardiologischen Bericht vom 20. Februar 2006 aus, dass ein nicht dilatierter linker Ventrikel mit leichter konzentrischer Hypertrophie bestehe. Die globalen und segmentalen systolischen Funktionen seien erhalten. Der linke Vorhof sei dilatiert. Die rechten Herzhöhlen und die Morphologie der Herzklappen seien ohne Befund. Es bestehe eine Relaxationsstörung und eine minime Mitralinsuffizienz. Es gebe keine Anzeichen einer pulmonalen Hypertonie und auch der Perikard sei normal und ohne Befund. Dr. med. I. _____ hielt fest, dass die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung auf eine hypertensive Kardiomyopathie hindeuten würden (vgl. IV act. 25).

E. 5.2.4

Mit der spanischen Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales vom 2. November 2007 wurde dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente aufgrund einer permanenten und absoluten Arbeitsunfähigkeit als Landwirt mit eigenem Betrieb sowie einer generellen Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten ausgesprochen (vgl. IV act. 29).

E. 5.2.5

Im Arztbericht von Dr. med. J. _____ vom 7. Mai 2010 führte dieser aus, dass der Beschwerdeführer an einer Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule mit zwei Bandscheibenvorfällen in diesem Bereich und an einer multiplen Lumbalgie-Episode mit chronischer links- und rechtsseitiger Ausstrahlung leide. Er stehe derzeit unter dauerhafter antineuralgischer und Analgetika-Therapie und benötige absolute Ruhe. Aufgrund des chronischen und irreversiblen Krankheitsbildes bestehe beim Patienten eine permanente und vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Art von Erwerbstätigkeit (IV act. 93). In

seinem Arztbericht vom Juni 2010 bestätigte Dr. med. J. _____ seine hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit gemachten Aussagen und führte zudem aus, dass der Beschwerdeführer zusätzlich an einer bilateralen Lumboischialgie, an einer Claudicatio intermittens beider unteren Extremitäten sowie an einer möglichen Stenose des Lumbalkanals leide (vgl. IV act. 94).

E. 5.2.6

Im von Dr. med. F. _____ am 26. November 2008 erstellten ärztlichen Gutachten kommt dieser zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einer hypertonen Kardiopathie im Zusammenhang mit einem Vorhofflimmern, einer Insuffizienz der Herztätigkeit, einer chronischer Hepatopathie durch Alkohol mit Gastritis und funktioneller chronischer Verdauungsstörung, hepatischer Enzephalopathie und einer permanenten Störung der Stimmung, des Charakters, des Verhaltens und der Affektivität leide. Der Beschwerdeführer befinde sich in einem schlechten Gesundheitszustand. Seine chronischen Krankheiten würden das Herzkreislaufsystem angreifen. Insbesondere der chronische Alkoholismus würde den Beschwerdeführer am meisten einschränken. Es zeige sich ein intensives und vielseitiges Krankheitsbild, welches verunmögliche, jegliche Art von minimal produktiver, regulärer und gesicherter Arbeit auszuführen. Es verhindere sogar die Ausführung von Tätigkeiten des täglichen Lebens, was eine grosse Einschränkung der soziefamiliären Beziehungen bedeute. Der Beschwerdeführer sei momentan für jegliche Art von Arbeit als permanent untauglich zu betrachten. Die ärztliche Prüfungskommission in Spanien habe dem Beschwerdeführer eine permanente und absolute Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Die Krankheiten des Beschwerdeführers würden weder klinisch noch funktionell eine Besserung erfahren, da ihr natürlicher Verlauf zu einer progressiven Verschlechterung führe und den Beschwerdeführer immer mehr einschränken werde (IV act. 55).

E. 6.1

Die Vorinstanz setzte in Übereinstimmung mit dem Dr. med. B. _____ - und in Abweichung des MEDAS-Gutachtens - die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maurer bzw. Landwirt auf 100 % fest. Abgesehen von dieser Abweichung stellte die Vorinstanz jedoch in medizinischer Hinsicht vollumfänglich auf das MEDAS-Gutachten ab und erachtete die Ausübung einer leichteren, dem Gesundheitszustand besser angepassten Tätigkeit, wie z.B. Hilfsarbeiter in einer Fabrik, Hausmeister, Aufseher auf einer Baustelle, Aufseher oder Magaziner, für 100 % zumutbar. Die Vorinstanz ging davon aus, dass das MEDAS-Gutachten die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien erfülle. Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geübten Kritik am MEDAS-Gutachten verwies die Vorinstanz vollumfänglich auf die Ausführungen des Arztes Dr. med. B. _____ in seiner Stellungnahme vom 8. November 2010, auf welche nachfolgend näher eingegangen wird (vgl. E. 6.3.1). Die Vorinstanz erachtete die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angemessener Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als verwertbar und zog zur Ermittlung des Invalideneinkommens die statistischen Werte der bundesamtlichen Lohnstrukturerhebung (LSE) heran.

E. 6.2

Der Beschwerdeführer macht im vorliegenden Verfahren insbesondere geltend, dass das MEDAS-Gutachten vom 23. Februar 2010 seinen Beschwerden nicht genügend Rechnung

trage. Der Beschwerdeführer sei kaum in der Lage, im Alltag geringe Belastungen zu meistern, so dass er weder im Landwirtschaftsbetrieb noch im Haushalt mitarbeiten könne. Er sei nicht in der Lage, eine halbe Stunde am Stück zu gehen. Der Belastungstest mittels Fahrradergometrie habe, wie bereits ein analoger Test im Rahmen der spanischen Begutachtung, wegen Erschöpfung und Atemnot abgebrochen werden müssen. Dies deute auf erhebliche Herzkreislauf-Probleme hin, welche dazu führten, dass er auch auf ebenem Gelände nicht lange gehen könne und körperliche Anstrengungen wie Treppensteigen etc. für ihn sehr belastend seien. Die Herzproblematik, welche den Beschwerdeführer sehr beeinträchtige, sei zuwenig berücksichtigt worden und eine mögliche relevante koronare Herzerkrankung, die zusätzlich zur hypertensiven Kardiomyopathie bestehe, sei nicht umfassend abgeklärt worden. Der Kardiologe habe eine solche nicht sicher nachweisen, jedoch auch nicht ausschliessen können. Hinzu kämen gesundheitliche Beeinträchtigungen aus dem jahrelangen Alkoholmissbrauch. Es sei nicht dargelegt worden, inwieweit die vom Rheumatologen diagnostizierten Rücken- und Knieprobleme durch die konsekutive Stand- und Gangunsicherheit, die gemäss dem neurologischen Gutachter alkohol-toxisch bedingt sei, zusätzlich verschärft würden. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit seien vor allem die Gleichgewichtsstörungen und die Enzephalopathie von Bedeutung. Die ab September 2009 zusätzlich aufgetretenen Rücken- und Knieschmerzen würden den Beschwerdeführer in seiner Bewegungsfähigkeit zusätzlich schwer einschränken und hätten sich seit der MEDAS-Begutachtung noch einmal erheblich verschlechtert. Mit den Arztzeugnissen von Dr. med. J. _____ werde eine Spondylarthrose lumbar mit Bandscheibenvorfall, erhebliches Hinken und eine mögliche Stenose des Lumbalkanals diagnostiziert. Beim Beschwerdeführer würden noch erhebliche Gedächtnisstörungen hinzukommen, da in allen Teilgutachten auf Widersprüche in den Aussagen des Beschwerdeführers hingewiesen werde. Der Beschwerdeführer habe die Gutachterfragen trotz Übersetzerin häufig nicht verstanden, was den Verdacht auf ein amnestisches Syndrom erhärte. Zusätzlich komme schliesslich eine erhebliche Adipositas sowie eine allgemeine schlechte körperliche Konstitution hinzu. Der Beschwerdeführer rügt zudem, dass im MEDAS-Gutachten lediglich die Arbeitsfähigkeit für jede einzelne Erkrankung ermittelt, jedoch das Zusammenspiel der verschiedenen Beschwerden praktisch nicht angesprochen worden sei. Inwiefern gerade aus der Kumulation der Krankheiten eine Beeinträchtigung entstehe, bleibe offen.

E. 6.3

Die Parteien sind sich einig, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist. Umstritten ist allerdings, inwiefern in Verweisungstätigkeiten eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit besteht und inwieweit diesbezüglich auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden kann. Im Rahmen der nachfolgenden Prüfung ist dabei auch dem Einwand nachzugehen, wonach das MEDAS-Gutachten die nach dem Gesagten ebenfalls gebotene gesamthafte Würdigung vermissen lasse.

E. 6.3.1

Dr. med. B. _____ hielt in seiner medizinischen Stellungnahme vom 8. November 2010 und in Beantwortung der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen gegen das MEDAS-Gutachten (vgl. IV act. 96) im Wesentlichen fest, dass bei der Begutachtung im Dezember 2009 beim Beschwerdeführer kein verminderter Allgemeinzustand festgestellt worden sei. Er habe ohne Probleme die Reise von Spanien bewerkstelligen können und sei auch während den Untersuchungen und Befragungen nicht wegen Allgemeinsymptomen

aufgefallen. In Bezug auf den vom Beschwerdeführer abgebrochenen Belastungstest mittels Fahrradergometrie hielt Dr. med. B._____ fest, dass dieser Test nicht aussagekräftig sei. Ein Rückschluss sowohl auf eine kardial-zirkulatorische Ursache wie auf andere Erklärungen wie beispielsweise Dekonditionierung, pulmonale, rheumatologische, psychologische Ursachen sei nicht zulässig. Des Weiteren führte Dr. med. B._____ aus, dass Beeinträchtigungen aus dem Alkoholmissbrauch nur von Bedeutung seien, wenn sie nach vollständiger Aethylkarenz persistierten oder ein objektiv nachgewiesener bleibender Sekundärschaden vorliege. Wie der Neurologe und Psychiater anlässlich der MEDAS-Begutachtung im Dezember 2009 festgehalten hätten, würden zwar leichte kognitive Störungen und eine Verlangsamung vorliegen, welche jedoch keinen Krankheitswert mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die Aethylkrankung werde nicht als Grund für eine IV-relevante Arbeitsunfähigkeit anerkannt. Eine aethylische Encephalopathie werde bei den Diagnosen nicht aufgeführt. Die Rücken- und Kniebeschwerden seien bei der MEDAS-Begutachtung bereits bekannt gewesen, in die Diagnoseliste aufgenommen und in die Schlussfolgerungen der Gutachter mit einbezogen worden. Die von Dr. med. J._____ im Juni 2010 bezeichneten Diskushernien seien nicht objektiv dokumentiert, ebensowenig wie die angebliche Spinalkanalverengung mit klinischen Folgen. Der neurologische Teilgutachter habe im Dezember 2009 keine diesbezüglichen Symptome und Behinderungen festgestellt. Es werde auch kein Vergleich zu früheren Untersuchungen und eine diesbezügliche Verschlechterung angegeben. Zusätzlich hielt Dr. med. B._____ fest, dass vom rheumatologischen Teilgutachter eine Aggravation anhand der anerkannten Waddelkriterien ausgesprochen worden sei. Diese Aggravation sei nicht zwingend bei der psychiatrischen, neurologischen oder kardiologischen Untersuchung auch vorhanden oder feststellbar und würde deswegen die Angaben des Rheumatologen nicht in Frage stellen. Die vom Rheumatologen genannte Aggravation habe überdies bei der Beurteilung der Grade der Arbeitsunfähigkeit keine Rolle gespielt, denn allein schon die rheumatologischen Beschwerden würden eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die bisherigen schweren und mittelschweren Tätigkeiten rechtfertigen.

E. 6.3.2

Diese Stellungnahmen des Arztes Dr. med. B._____ vermögen zu überzeugen. Auch der von ihm festgesetzte Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Maurer bzw. Landwirt auf Dezember 2009 überzeugt insofern, als es sich dabei um den Zeitpunkt der Untersuchung durch die MEDAS-Gutachter handelt. Das MEDAS-Gutachten vom 23. Februar 2010 ist als schlüssig zu betrachten. Es stellt auf ausführliche eigene Untersuchungen anlässlich des Aufenthaltes des Beschwerdeführers in der Schweiz vom 14. bis 18. Dezember 2009 wie auch auf die vorhandenen medizinischen Akten ab und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Der Umstand, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maurer bzw. Landwirt nicht korrekt festgesetzt wurde, da zum einen der rheumatologische Teilgutachter eine nicht nachvollziehbare Schlussfolgerung aus seinem medizinischen Befund gezogen hat und zum anderen die Gutachter verkannt haben, dass sich die angestammten Tätigkeiten mit den angebrachten Einschränkungen und Vorbehalten gar nicht mehr ausüben lässt, vermag an der inhaltlichen Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens nichts zu ändern. Denn die von Dr. med. B._____ kritisierte Aussage bezieht sich auf die angestammte und nicht auf eine (leichtere) Verweisungstätigkeit. Sie nimmt zudem lediglich eine Wertung zu Gunsten des Beschwerdeführers vor, welche nach dem Gesagten indessen nicht für den Ausgang dieses

Verfahrens erheblich ist und auch nicht auf einem eigentlichen, logischen Widerspruch beruht. Das MEDAS-Gutachten ist im Übrigen in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend. Es wird damit den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 352 E. 3a) gerecht. Zur Rüge der Nichtbeachtung des Zusammenspiels der verschiedenen Beschwerden des Beschwerdeführers kann festgehalten werden, dass das MEDAS-Gutachten vom Konsens der beteiligten Ärzte und Ärztinnen getragen sein muss. Vorliegend ist nicht ersichtlich, dass dies nicht zutrifft, zumal der Hauptgutachter Dr. med. M. _____ die verschiedenen Einschätzungen der Teilgutachter im Hauptgutachten in Absprache mit dem Chefarzt der MEDAS A. _____, Dr. med. K. _____, berücksichtigt und entsprechend gewichtet hat. Dem MEDAS-Gutachten ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, zumal bzw. soweit keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

E. 6.3.3

Zu den eingereichten Berichten der behandelnden Ärzte ist grundsätzlich festzuhalten, dass bei deren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

E. 6.3.3.1

Die ärztlichen Berichte von Dr. med. L. _____ vom 11. April 2001, von Dr. med. H. _____ vom 1. Dezember 2005 und von Dr. med. I. _____ vom 20. Februar 2006 stellen zum einen nicht aktuelle und nur rudimentär begründete Einschätzungen dar und enthalten zum anderen keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, weshalb sie nicht gegen das MEDAS-Gutachten durchzudringen vermögen.

E. 6.3.3.2

Wie Dr. med. B. _____ zutreffend ausführte, vermögen zudem auch die ärztlichen Berichte von Dr. med. J. _____ gegenüber der MEDAS-Begutachtung keine Verschlechterung zu belegen, da die bezeichnete Diskushernie und die Spinalkanalverengung objektiv nicht dokumentiert seien und ferner durch den behandelnden Arzt auch kein Vergleich zu früheren Untersuchungen stattgefunden habe. Die geklagten Rücken- und Knieschmerzen seien zudem von den MEDAS-Gutachtern berücksichtigt worden. Bei den Berichten von Dr. med. J. _____ handelt es sich ebenfalls um eher kurz gehaltene Einschätzungen. Er macht keinen Unterschied zwischen der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten wird nur rudimentär begründet.

E. 6.3.3.3

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers vermag auch das Gutachten des spanischen Arztes Dr. med. F. _____ keine erhebliche Zweifel an der Beweiswertigkeit der MEDAS-Begutachtung zu begründen. Die von Dr. med. F. _____ gestellten Diagnosen und Angaben wurden im Rahmen der MEDAS-Begutachtung berücksichtigt und erwiesen sich gemäss Dr. med. B. _____ als unhaltbar. Dr. med. F. _____ attestiert dem Beschwerdeführer eine permanente und absolute Arbeitsunfähigkeit für jegliche Art von

Arbeiten und setzt den Behinderungsgrad (Invaliditätsgrad) auf 98 % fest. Dabei gilt zunächst festzuhalten, dass es die Aufgabe des Gerichtes ist, sich zur Frage der verbleibenden Erwerbsfähigkeit und somit zum Invaliditätsgrad zu äussern, währenddem die Ärzte aufgrund der Beurteilung des Gesundheitszustandes den Umfang der Arbeitsfähigkeit festlegen. Die von Dr. med. F. _____ gestellten Diagnosen Enzephalopathie durch Alkohol und Wernike-Korsakof Syndrom können aufgrund der schlüssigen und überzeugenden Ausführungen von Dr. med. E. _____ im psychiatrischen Teilgutachten nicht nachvollzogen werden. Wie Letzterer richtig ausführt, hätten sich im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. F. _____ einige Stigmata für eine Alkoholabhängigkeit gefunden. Die Angaben des Beschwerdeführers über seinen Alkoholkonsum zu jener Zeit würden ebenfalls zu der Diagnose von Dr. med. F. _____ passen. Der psychiatrische Teilgutachter wies jedoch darauf hin, dass der Alkoholkonsum des Beschwerdeführers seither deutlich reduziert worden sei und er nun Mengen konsumiere, die im Bereich der Unschädlichkeitsgrenze liegen würden. Der Verlauf der Laborwerte spreche für die vom Beschwerdeführer angegebene deutliche Reduktion der konsumierten Alkoholmenge im letzten Jahr. Dies könnte eine gewisse Verbesserung des Gesundheitszustandes und insbesondere der kognitiven Fähigkeiten seit der Untersuchung durch Dr. med. F. _____ bewirkt haben. Dr. med. E. _____ führte überdies aus, dass der schädliche Alkoholkonsum beim Beschwerdeführer bisher ein leichtes amnestisches Syndrom als psychischen Folgeschaden bewirkt habe. Die von Dr. med. F. _____ beurteilten schwerwiegenden psychischen Folgeschädigungen und die 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit liessen sich nicht belegen. Die von ihm geltend gemachten Veränderungen der Stimmung, Charakter, Verhalten und Affektivität seien zu wenig ausgeprägt, um eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit zu bewirken. Die Diagnosen von Dr. med. F. _____ widersprächen auch dem vom Beschwerdeführer beschriebenen Gemütszustand anlässlich der internistischen Untersuchung, wonach er ausführt, dass er sich ruhig und ausgeglichen fühle, nicht von grösseren Sorgen geplagt werde, nie schwerere Depressionen habe durchmachen müssen und auch nie Suizidgedanken gehegt habe. Die Ausführungen von Dr. med. E. _____ werden durch die Beurteilung der neurologischen Teilgutachterin Dr. med. C. _____ bestätigt, welche aufgrund der Anamnese und der Aktenlage ein Wernicke-Korsakov Syndrom vor drei Jahren nicht habe ausschliessen können, aber derzeit für eine manifeste Wernicke Encephalopathie sichere Hinweise fehlen würden. Die von Dr. med. F. _____ in seinem Bericht vom 26. November 2008 diagnostizierte chronische Hepatopathie durch Alkohol und die funktionellen Verdauungsstörungen wurden ebenfalls im MEDAS-Gutachten berücksichtigt. Die neurologische Teilgutachterin Dr. med. C. _____ diagnostizierte beim Beschwerdeführer unter anderem eine chronische Alkoholkrankheit mit aethylischer Hepatopathie sowie eine Dyslipidämie. Aus ihrer Beurteilung geht jedoch hervor, dass diese Diagnosen aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für einfachere Verweisungstätigkeiten bewirken würde. Hinsichtlich der von Dr. med. F. _____ diagnostizierten Gastritis kann festgehalten werden, dass diese Beschwerden wohl durch den reduzierten Alkoholkonsum des Beschwerdeführers gelindert wurden. Auffallend ist, dass der Beschwerdeführer diese Beschwerden praktisch nur am Rand erwähnt und auch ausführt, dass damit zusammenhängende Sodbrennen habe sich durch die Einnahme des Medikaments Omeprazol gelindert. Die Problematik des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit seinen Herz- und Blutdruckbeschwerden floss ebenfalls in die klinische Beurteilung des kardiologischen Teilgutachters ein. Dr. med. G. _____ diagnostizierte nach Durchführung

einer Transthorakalen Farbdopplerechokardiografie eine leichte hypertensive Kardiomyopathie, was angesichts der Testergebnisse (vgl. E. 5.1.1.4) als überzeugend erscheint. Der Fahrradergometrietest musste nach zwei Minuten wegen allgemeiner Ermüdung - und nicht wegen Herzbeschwerden - abgebrochen werden. Während den zwei Minuten hatte der Beschwerdeführer keine Thoraxschmerzen, keine Rhythmusstörungen und keine signifikante ST-Strecken Veränderungen.

E. 6.4

Zusammenfassend ist demnach davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ab Dezember 2009 in seiner angestammten Tätigkeit als Maurer bzw. Landwirt nicht mehr arbeitsfähig ist, sein Gesundheitszustand jedoch eine adaptierte Verweisungstätigkeit mit gewissen Einschränkungen zu 100 % zulässt.

E. 7

Der auf dieser Grundlage durchgeführte Einkommensvergleich der Vorinstanz ergab einen Invaliditätsgrad von 37 % (vgl. IV act. 101).

E. 7.1

Der Beschwerdeführer macht in erwerblicher Hinsicht geltend, dass eine allfällige Resterwerbsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwertbar sei. Es dürfe nicht von realitätsfremden und in diesem Sinne unmöglichen oder unzumutbaren Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Denn von einer Arbeitsangelegenheit im Sinne von Art. 28 Abs. 2 IVG könne dort nicht mehr gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich sei, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kenne oder nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers ausgeübt werden könne. Der Beschwerdeführer sei zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung 62 Jahre alt gewesen. Seit dem Jahr 1974 sei der Beschwerdeführer in der Schweiz. Nach seiner Rückkehr nach Spanien sei er zuerst als Bauarbeiter bzw. Maurer und danach als Landwirt tätig gewesen. Der Beschwerdeführer verfüge über keinerlei berufliche Erfahrungen und Fertigkeiten für feinmotorische Tätigkeiten, weshalb ein wesentlicher Teil der für ihn zumutbaren, leichten Verweisungstätigkeiten, welche teils stehend, teils sitzend verrichtet werden könnten und kein repetitives Heben von Gewichten erfordern würden, ausser Betracht fielen. Realistischerweise könnte der Beschwerdeführer am ehesten noch für Kontroll- oder Überwachungsarbeiten in der Industrie eingesetzt werden. Hierfür müsste er aber einen Berufswechsel vollziehen und ein hohes Mass an Anpassungsfähigkeit aufbringen. Zudem müsste er seinen Wohnsitz verlegen, da in der Nähe seines jetzigen Wohnsitzes keine solchen Tätigkeiten angeboten würden.

E. 7.2

Die Rechtsprechung hat das fortgeschrittene Alter, obgleich an sich invaliditätsfremder Faktor (AHI 1999 S. 240 unten sowie EVG I 97/00 vom 29. August 2002, E. 1.4 mit Hinweisen), als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit den weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die dem Versicherten verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihm deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Ist die Resterwerbsfähigkeit in diesem Sinne wirtschaftlich nicht mehr verwertbar, liegt vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die zum Anspruch auf eine ganze Invalidenrente führt (EVG I 246/02 vom 7. November 2003, I

462/02 vom 26. Mai 2003, I 401/01 vom 4. April 2002, I 376/05 vom 5. August 2005). Die Hürde für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen ist allerdings relativ hoch (vgl. Urteil des BGer 8C_657/2010 vom 19. November 2010 E. 5.2.3).

E. 7.3

Der Beschwerdeführer war im massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides (BGE 129 V 4 E. 1.2, 121 V 366 E. 1b) 61 Jahre und 9 Monate alt und daher nicht leicht vermittelbar (Urteil des BGer 9C_124/2010 vom 21. September 2010). Trotz seiner sachlichen Einschränkungen und Vorbehalte (Wechselposition, keine längerdauerndes Abwärtsgehen, kein Gehen in unebenem Gelände, keine Arbeit auf Dächern, Leitern oder Gerüsten, kein Heben von schweren Gegenständen) ist der Beschwerdeführer nach wie vor im Rahmen einer angepassten Verweisungstätigkeit mit einem Vollpensum arbeitsfähig. Die für ihn in Frage kommenden Verweisungstätigkeiten stellen Hilfsarbeiten dar, welche auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. Urteil des BGer 8C-657/2010 vom 19. November 2010 E. 5.2.3). Zudem gibt es insbesondere in Industrie und Gewerbe sowie auch im Bereich der Aufsicht und Kontrolle verschiedene einfache Hilfstätigkeiten, die leicht auszuführen sind, vorwiegend ohne längeres Gehen ausgeübt werden können, Wechselbelastungen zulassen, keine Arbeiten auf Dächern, Leitern oder Gerüsten sowie kein Heben von schweren Gegenständen verlangen (z.B. Kontroll- oder Sortierarbeiten am Fliessband, leichte Verpackungsarbeiten, Aufseher einer Baustelle, Magaziner). Ausserdem ist die Vermittelbarkeit vorliegend auch nicht wegen fehlender feinmotorischer Fähigkeiten abzuspochen, denn solche einfachen Hilfstätigkeiten erfordern erfahrungsgemäss keine solche Fähigkeiten. Ebenso ist auch angesichts des niedrigen Anforderungsprofils für solche Hilfstätigkeiten davon auszugehen, dass sie keinen besonderen Einarbeitungsaufwand mit sich bringen, weshalb der Beschwerdeführer bei einem Berufswechsel kein besonders hohes Mass an Anpassungsfähigkeit aufbringen muss. Dementsprechend würde eine Person in der Situation des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle finden.

E. 7.4

Die Vorinstanz hat demnach die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit Blick auf dessen Alter und dessen sachlichen Einschränkungen und Vorbehalte zu Recht bejaht und diese Umstände - wie nachfolgend dargelegt - lediglich im Rahmen des leidensbedingten Abzugs berücksichtigt.

E. 7.5

Die Vorinstanz setzte dem Valideneinkommen den monatlichen Lohn eines Arbeiters mit Berufs- und Fachkenntnissen im Gartenbau gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2008 zugrunde. In Anbetracht der selbständigen Tätigkeit des Beschwerdeführers gewährte sie zum durchschnittlichen Tabellenlohn eine Zuschlag von 10 %, was bei einer branchenüblichen Wochenarbeitszeit von 42,6 Stunden ein monatliches Einkommen von Fr. 5'467.39 ergeben hat. Die Festsetzung des Valideneinkommens wurde vom Beschwerdeführer nicht beanstandet. Das Invalideneinkommen ermittelte die Vorinstanz aus dem Durchschnitt der Löhne, die der Beschwerdeführer in leidensangepasster Verweisungstätigkeiten im Detailhandel und im Dienstleistungsbereich erzielen könnte. Sie berücksichtigte dabei die branchenübliche Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden und gewährte dem Beschwerdeführer zu Recht aufgrund der altersbedingten und

persönlichen Umstände rechtsprechungsgemäss einen maximalen leidensbedingten Abzug von 25 %. Das Invalideneinkommen wurde demnach auf Fr. 3'440.58 festgesetzt. Der Invaliditätsgrad beträgt somit 37 % ($[\text{Valideneinkommen} - \text{Invalideneinkommen}] \times 100 : \text{Valideneinkommen} = 37.07$, gemäss BGE 130 V 121 E. 3 zu runden auf 37).

E. 7.6

Die vorinstanzliche Berechnung ist nicht zu beanstanden. Sie entspricht den gesetzlichen und rechtsprechungsgemässen Vorgaben. Der Invaliditätsgrad wurde korrekt bestimmt, weshalb die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2011 zu bestätigen ist.

E. 8

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 Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis 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 mit dem bereits geleisteten Verfahrenskostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet. Dem unterliegenden, vertretenen Beschwerdeführer wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Die obsiegende Vorinstanz hat nach Art. 7 Abs. 1 e contrario und Abs. 3 VGKE auch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.