

BVGer B-6524/2010 vom 7. Juni 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-6524_2010

FR: TAF B-6524/2010 du 7 juin 2013

IT: TAF B-6524/2010 del 7 giugno 2013

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die Vorinstanz, die mit Verfügungen über Rentengesuche von Grenzgängerinnen und Grenzgängern befasst ist (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 IVG sowie Art. 40 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

E. 1.2

Der Beschwerdeführer war Grenzgänger. Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV hierfür vorgesehen, hat die IV-Stelle TG, in deren Tätigkeitsgebiet der Versicherte in seiner Eigenschaft als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, in korrekter Weise die Anmeldung für Leistungen der IV entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtenen Verfügungen vom 20. Juli 2010 erlassen hat.

E. 1.3

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 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (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. 1.4

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens sind sowohl die Verfügung vom 20. Juli 2010 betreffend Invalidenrente als auch die Verfügung vom 20. Juli 2010 betreffend Umschulung. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügungen ist der Beschwerdeführer besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde, nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, einzutreten.

E. 1.5

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Die Abteilung II des Bundesverwaltungsgerichts hat das vorliegende Beschwerdeverfahren im Zuge einer - auf einer abteilungsübergreifenden, freiwilligen Zusammenarbeit basierenden - Entlastungsmassnahme der Abteilung III übernommen. Die bisherige Verfahrensnummer C-6524/2010 lautet deshalb fortan B-6524/2010.

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. 2.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе 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).

E. 3

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

E. 3.1

Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt 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 andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen, nachfolgend: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (EWG, SR 0.831.109.268.1) haben die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere

Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität, die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4), insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11). Noch keine Anwendung finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft gesetzten Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 977/2009 des Europäischen Parlaments und Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die der Systeme der sozialen Sicherheit.

E. 3.2

Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 20. Juli 2010 in Kraft standen (Bestimmungen der 5. IV-Revision [AS 2007 5129]). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (AS 2011 5659).

E. 3.3

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

Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese beträgt nach den Bestimmungen der 5. IV-Revision drei Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG). Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und die Invalidenversicherung geleistet, so dass die Mindestbeitragsdauer

für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist (vgl. IV act. 5).

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 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

Hinsichtlich der Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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 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. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Im vorliegenden Fall erfolgte die Anmeldung des Beschwerdeführers für IV-Leistungen im September 2009. Eine Rentenleistung könnte demnach frühestmöglichst am 1. März 2010 entstehen, sofern in diesem Zeitpunkt zum einen während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % vorgelegen hätte und im Anschluss daran eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % gegeben wäre.

E. 4.5

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. 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

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG; allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2).

E. 4.7

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

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. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a). Auch die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. 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. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Nimmt der RAD selber keine Untersuchung vor, hat er zunächst zu überprüfen, ob die medizinischen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben (vgl. zu den Anforderungen an einen Aktenbericht Urteil BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E.

5.2, Urteil BGer I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1) bzw. ob ein von ihm angefordertes Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht und die im konkreten Fall erforderlichen Untersuchungen vorgenommen und dokumentiert wurden.

E. 5

Streitig ist im vorliegenden Fall, ob der Beschwerdeführer bis zum 20. Juli 2010 (Erlass der Verfügungen) in einem erheblichen Mass invalid geworden ist, so dass er entweder Anspruch auf eine Invalidenrente oder eine Umschulung hätte. Nachfolgend gilt es daher zu prüfen, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig sowie richtig erhoben hat.

E. 6

Die medizinische Aktenlage präsentierte sich im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 20. Juli 2010 wie folgt:

E. 6.1

Dr. med. D._____, Facharzt Rheumatologie und Rehabilitation, berichtete am 6. Juli 2007, dass der Beschwerdeführer vor zehn Wochen aus völliger Gesundheit heraus plötzlich Schmerzen und Pseudoparese am linken Arm bekommen habe und nur bis 90 Grad habe abduzieren können. Die gleiche Pseudoparese habe einige Tage später rechts stattgefunden. Aufgrund einer geplatzten Arterie im Mittelschädelbasisbereich sei der Beschwerdeführer im Kantonsspital E._____ notfallmässig operiert worden. Einige Tage später habe der Beschwerdeführer ein dickes rechtes Knie gehabt, im linken Knie OSG mit Schmerzen, aber nur leicht dick. Nach einer Kniepunktion seien die Diagnosen Arthritis und positive Borreliose gestellt worden. Die festgestellte Polyarthrititis mit hohen Entzündungsparametern passe eher zu einem akuten Schub einer Psoriasisarthritis als zu einer Borreliosen-Polyarthrititis. Dazu passe auch der sicher psoriatische Nagelbefall mit Splinternägeln bei fehlenden Tüpfeln. Allerdings irritiere das momentan gute Ansprechen auf die Rocephinjektionen. Klinisch bestehe Verdacht auf einen Wirbelsäulenbefall im Sinne einer Spondylarthritis und auch auf ein möglicherweise sekundäres CTS rechts bei Synovitis am Handgelenk. Radiologisch bestünden an der Wirbelsäule trotz klinischer Einsteifung erstaunlicherweise keine sicheren entzündlichen Veränderungen; an den Händen auch nicht, aber doch bemerkenswerte Osteopenie periartikulär an den MCP-Gelenken. Das ganze imponiere ihm eher als massiven Polyarthritisschub bei Psoriasis oder allenfalls sogar im Rahmen einer Polymyalgia/Polyarthrititis als Borrelien-Arthritis, die zwar auch mal polyarthritisch auftreten könne, aber eher doch nicht derart (vgl. IV act. 23 S. 87 ff.).

E. 6.2

Dr. med. F._____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 13. Juli 2007 von einem schmerzhaften Schultergelenk links in allen Ebenen. Es bestehe keine sichtbare Rötung oder Schwellung. Die aktive Beweglichkeit sei eingeschränkt. Dr. med. F._____ stellte die vorläufige Diagnose einer Borrelien-Polyarthrititis (vgl. IV act. 23 S. 97). In ihrem Bericht vom 13. August 2007 führte Dr. med. F._____ aus, dass der Beschwerdeführer vom 18. bis 26. Juni 2007 100 % und vom 26. Juni 2007 bis 17. Juli 2007 50 % arbeitsunfähig gewesen sei. Ab dem 18. Juli 2007 sei er vollständig arbeitsfähig (vgl. IV act. 23 S. 92).

E. 6.3

Dr. med. G._____, Fachärztin Neurologie, stellte in ihrem Bericht vom 24. Juli 2007 folgende Diagnosen: - Atypisches CTS (überwiegend axonale Veränderungen) - Elektroneurographisch leichte polyneuropathische Veränderung (überwiegend axonal, überwiegend in den sensiblen Fasern) - Rezidivierende Gelenkschwellung und Gelenkschmerzen seit April 2007. Status nach Zeckenbiss im April 2007 mit laborchemisch Verdacht auf Borreliose (weitere Gelenkschwellung auch unter Rocephintherapie, insgesamt aber eher etwas untypisch) - Psoriasis - Hautpilz im Bereich beider Hände. Die Befunde würden am ehesten für ein subakutes entzündliches Geschehen mit Gelenkbefall und leichter, überwiegend axonaler sensibler Polyneuropathie sprechen. Eine solche Konstellation könne sowohl bei der Borreliose, als auch bei anderen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises mit direkter, aber auch sekundärer Beteiligung des peripheren Nervensystems auftreten. Es empfehle sich zur weiteren Diagnostik bei erneuter Gelenkschwellung nochmals eine Untersuchung des Punktates auf Borrelien (PCR) und ein Ausschluss anderer Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis zu machen (vgl. IV act. 23 S. 84 ff.).

E. 6.4

Dr. med. H._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, Kantonsspital N._____, beschrieb in seinem Bericht vom 11. Januar 2008 eine aktivierte Gonarthrites rechtes Kniegelenk sowie einen Verdacht auf Psoriasis Polyarthrites (vgl. IV act. 23 S. 81 f.).

E. 6.5

Im Gutachten vom 13. Januar 2008 stellte Dr. med. C._____, Facharzt Innere Medizin, beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen: - Polyarthrites bei Lyme-Borreliose - DD: Psoriasis-Arthrites unwahrscheinlich - Psoriasis vulgaris der Haut. Die speziellen Untersuchungen bezüglich Borrelia burgdorferi hätten bei erhöhten IgG- und IgM-Antikörpertitern im Western Blot ein Resultat ergeben, das mit einem lange anhaltenden Immunkontakt (Spätantikörper) vereinbar sei. Auf Grund der vorliegenden Resultate sei das Vorliegen einer Lyme-Borreliose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben. Beim Beschwerdeführer bestehe seit ca. 1970 eine Psoriasis vulgaris mit Befall der Haut. Differentialdiagnostisch sei daher eine Psoriasisarthropathie in Erwägung zu ziehen. Da die kutane Psoriasis aber schon seit bald 40 Jahren bestehe ohne jegliche Gelenks- oder Sehnenbeschwerden sei es unwahrscheinlich, dass diese sich jetzt bemerkbar mache. Zudem würde das Befallsmuster nicht dazu passen. Die vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien auf den Zeckenbiss als alleinige Ursache zurückzuführen (vgl. IV act. 23 S. 128 ff.).

E. 6.6

Die beratende Ärztin der A._____-Versicherung Dr. med. I._____, Fachärztin Innere Medizin, kam nach Durchsicht der Akten zum Schluss, dass die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden sowie die objektiven Befunde "möglich unfallkausal" zum Ereignis Zeckenbiss Anfang April 2007 seien. Dafür spreche der angegebene Zeckenbiss im April 2007, eine positive Serologie und die Gelenksbeschwerden. Dagegen spreche das fehlende Erythema migrans, das in 80 % bei Borrelieninfekten auftrete, ein fehlendes Gelenkpunktat mit Testung auf Borrelien sowie das Gelenksbefallsmuster, das eher einer Psoriasisarthropathie entspreche als einer Lyme-Arthrites. Die Serologie besage nur einen Kontakt mit Borrelien, jedoch sei diese nicht beweisend für eine Erkrankung. Von der Psoriasis-Arthrites könnten sehr viele Gelenke betroffen sein. Bei Krankheitsbeginn sei die

Gelenkbeteiligung allerdings oft oligoartikulär, d.h. es seien bis maximal vier Gelenke betroffen. Am häufigsten befall die Psoriasis-Arthritis die kleinen Gelenke an den Händen und Füßen sowie die Knie- und Sprunggelenke, weiterhin die Ellenbogengelenke. Generell seien Gelenke im Bereich der unteren Körperhälfte häufiger und im Verlauf oft auch eher betroffen. Typisch für die Psoriasis-Arthritis sei eine Beteiligung der Finger- und der Zehenendgelenke. Ebenfalls charakteristisch sei der sogenannte Strahlbefall, bei dem alle Gelenke eines Fingers oder eines Zehs getroffen seien. Der Strahlbefall sei eine andere Manifestation als die Daktylitis, die nicht nur die Gelenke erfasse, sondern mit einer Entzündung aller Strukturen einschliesslich der Weichteile, der Sehnen, Sehnenscheiden und selbst des Knochens und der Knochenhaut (Periost) einhergehe. Das Befallmuster beim Beschwerdeführer entspreche einer Psoriasisarthropathie. Gelenkbeteiligung der Fingergelenke sei bei Psoriasisarthropathie typisch, im Gegensatz zu einer Lyme-Arthritis (vgl. IV act. 23 S. 117 ff.).

E. 6.7

In seiner Stellungnahme vom 19. März 2008 widersprach Dr. med. C. _____ den Argumentationen der Vertrauensärztin der Unfallversicherung Dr. med. I. _____ (vgl. IV act. 23 S. 160 ff.).

E. 6.8

In seinem Bericht vom 9. April 2008 hielt Dr. med. D. _____ insbesondere fest, dass das klinische Bild samt Verlauf nicht typisch sei für eine Psoriasis-Arthritis (vgl. IV act. 23 S. 75).

E. 6.9

Dr. med. J. _____, Facharzt Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin, Universitätsspital O. _____, diagnostizierte in seinem Aktengutachten vom 23. Oktober 2008 beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen: - Polyarthrit im Rahmen einer Lyme-Borreliose überwiegend wahrscheinlich - Status nach Zeckenstich April 2007 - Intravenöse Therapie mit Ceftriaxon (Rocephin) 2g pro Tag i.v. 20.06.2007 - Atypisches Karpaltunnelsyndrom rechte Hand - Psoriasis seit 1970 - Status nach posteriorer Epistaxis rechts aus der Arteria sphenobasilaris, Status nach Verödung beidseits 6/2007. Er stellte sich auf den Standpunkt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Kausalzusammenhang zwischen dem Zeckenbiss im April 2007 und den Beschwerden des Beschwerdeführers bestehe. Da er den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht habe, sei ihm nicht bekannt, wie es ihm aktuell gehe. Aufgrund der vorliegenden Dokumente scheine es dem Beschwerdeführer nach der Ceftriaxon-Therapie bezüglich der Gelenke deutlich besser gegangen zu sein, was sehr gut zu einer Lyme-Arthritis passe. Offenbar persistierten gewisse Beschwerden, was ebenfalls typisch sei für eine Lyme-Arthritis. Es dauere in der Regel viele Monate, oftmals 6 bis 12 Monate bis die Beschwerden nach einer antibiotischen Therapie vollständig abgeklungen seien. Aufgrund der Dokumentation sei der Beschwerdeführer auch wieder zunehmend arbeitsfähig. Der Beschwerdeführer leide langjährig an einer Psoriasis, über deren Verlauf er nichts sagen könne. Die Polyarthrit habe aufgrund der Aktenlage nichts mit der Psoriasis zu tun. Die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegende Lyme-Arthritis werde voraussichtlich 6 bis 12 Monate nach der intravenösen antibiotischen Therapie abgeheilt sein. Leider könne es allerdings in wenigen Prozenten der Fälle zu persistierenden Beschwerden oder zu einem Rezidiv einer Lyme-Arthritis kommen. Aufgrund der ihm vorliegenden Akten und da er den

Beschwerdeführer selber nicht gesehen habe, könne er sich zum aktuellen Verlauf nicht äussern. Er sei jedoch optimistisch, dass das Beschwerdebild beim Beschwerdeführer abklingen werde (vgl. IV act. 23 S. 98 ff.).

E. 6.10

Dr. med. D. _____ führte in seinem Bericht vom 17. Februar 2009 aus, seit etwa Mitte 2008 bestünden weniger Schübe mit Gelenksentzündungen unter der Basistherapie mit Methotrexat. Hin und wieder habe der Beschwerdeführer leichte Schmerzen an den Handgelenken, welche sich auf Kälteapplikationen und Antiphlogistica bessern würden. Dr. med. D. _____ diagnostizierte eine persistierende Oligoarthritis bei Status nach Borrelien Infektion, Psoriasis vulgaris, Status nach posteriorer Epistaxis, Status nach Verödung bds. 6/07, Akutes lumbales Schmerzsyndrom bislang unbekannter Ursache. Als selbständiger Drucker bestehe eine reduzierte Arbeitsfähigkeit für die schweren handbelastenden Tätigkeiten. Diese Arbeiten machen etwa 50 % der aktuellen Tätigkeiten aus. Aktuell sei der Beschwerdeführer wegen den lumbalen Schmerzen weitgehend arbeitsunfähig. In einer leichten Bürotätigkeit wäre eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Insgesamt habe sich die Oligoarthritis beruhigt und es ist damit zu rechnen, dass sie mittelfristig keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit darstelle (vgl. IV act. 9)

E. 6.11

Dr. med. K. _____, Facharzt Innere Medizin, führte am 21. April 2009 aus, dass aufgrund eines Herpes Zoster wegen Borreliose von 20. März bis 9. April 2009 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die Prognose sei günstig und der Beschwerdeführer sei wieder weitestgehend beschwerdefrei (vgl. IV act. 23 S. 74).

E. 6.12

In seinem Bericht vom 24. August 2009 teilte Dr. med. C. _____ mit, dass noch Arthralgien und Periarthralgien verschiedener Gelenke, zur Zeit vor allem an der linken Schulter und im rechten Handgelenk, bestünden. Klinisch fänden sich keine Gelenkschwellungen mehr, im rechten Handgelenk finde sich aber eine schmerzhaft eingeschränkte Flexion und über der linken Schulter eine diffuse, leichte Druckdolenz. Der Heilungsprozess sei noch nicht abgeschlossen. Die Heilung benötige im Durchschnitt zwei Jahre, vor allem dann eher länger, wenn die Diagnose wie hier viel zu spät gestellt und die Behandlung viel zu spät erfolgt sei. Der Beschwerdeführer benötige weiterhin bei Schmerzschüben Voltaren. Es werde im Verlauf noch eine namhafte Verbesserung erwartet, zumal serologisch keine Titerzunahme vorliege. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV act. 23 S. 66). In seinem Schreiben vom 4. September 2009 räumte Dr. med. C. _____ ein, dass ihm im Bericht vom 24. August 2009 ein Fehler unterlaufen sei und die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers 50 % und nicht wie irrtümlich 0 % angegeben betrage (vgl. IV act. 23 S. 63).

E. 6.13

Dr. med. D. _____ berichtete am 28. August 2009, dass die Borreliose zwei Mal mit Antibiotika korrekt behandelt worden sei und von dieser Seite her als austherapiert gelte. Im Moment bestünden wieder vermehrt Arthritiden am Handgelenk und an der rechten Schulter. Aus rheumatologischer Sicht habe die Arbeitsfähigkeit als selbständiger Drucker wegen den Arthritiden für schwere Arbeiten 50 % betragen. Interkurrent sei die Arbeitsfähigkeit durch andere Leiden höhergradig eingeschränkt worden, was er nicht beurteilen könne. Momentan liege die Arbeitsfähigkeit bei 50 % als selbständiger Drucker

(vgl. IV act. 12 S. 1).

E. 6.14

Der RAD-Arzt Dr. med. L._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 20. Oktober 2009 aus, dass auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. D._____, abgestellt werden könne (vgl. IV act. 38 S. 7). Am 3. Februar 2010 führte Dr. med. L._____, aus, dass der Beschwerdeführer seine geltend gemachten Beschwerden wie taube Hand- und Sehbehinderung mit Attesten belegen müsse. Wenn es sich um neue Gesundheitsschädigungen handle, habe er diesbezüglich sicher Ärzte konsultiert (vgl. IV act. 38 S. 10).

E. 6.15

Dr. med. B._____, Facharzt Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin, berichtete in seinem Aktengutachten vom 29. März 2010, dass das klinische Ereignis mit wechselnden Gelenkschmerzen an Armen und Beinen im Juni 2007 als typischer Befund einer Borrelien-Infektion angesehen werden könne, auch wenn ein Kausalzusammenhang natürlich nie mit Sicherheit bewiesen werden könne. Er schliesse sich Dr. med. C._____ und Dr. med. J._____ an, wonach die Diagnose einer Borrelien-Arthritis als wahrscheinlichste Ursache für das Geschehen im Sommer 2007 anzusehen sei. Mit beiden Gutachtern stimme er vollständig überein, dass die Lyme- resp. die Borrelien-Arthritis typischerweise über die Zeit abklingen und die Beschwerden verschwinden würden. Insbesondere nach behandelter Borrelien-Infektion würden die Beschwerden in der Regel nach Wochen bis Monaten verschwinden, wobei in Einzelfällen die Beschwerden lange andauern könnten. Die grosse Mehrzahl der Patienten, welche adäquat behandelt würden, hätten nach einem Jahr keine Restbeschwerden mehr. Entgegen der Auffassung von Dr. med. C._____ sei im vorliegenden Fall die Diagnose nicht viel zu spät gestellt worden. Die Diagnose sei 2 ½ Monate nach dem Zeckenstich serologisch gestellt und unmittelbar danach sei eine antibiotische Therapie mit Rocephin eingeleitet worden. Auch wenn die Therapie damals noch mit Wochenendpausen durchgeführt worden sei, dürfe hier nicht von einer verzögerten Diagnostik oder mangelhaften Therapie gesprochen werden. Die Therapie habe denn auch gut angesprochen. Ob die zweite Rocephin-Therapie eine Verbesserung gebracht habe, könne er aus den Akten nicht schliessen. Eine Borrelien-Arthritis, wie sei im vorliegenden Fall im Juni 2007 diagnostiziert und innert einem Jahr zweimal behandelt worden sei, müsste in aller Regel in den folgenden Monaten abklingen. Im Jahr 2009 sei ein Herpes Zoster aufgetreten, was im Zusammenhang mit der vorangehenden Methotrexat-Therapie zu sehen sei. Nach Absetzen der Therapie mit Methotrexat sei der Patient unter Voltaren nach seinen Angaben gut kontrolliert gewesen. In seltenen Fällen könne selbst nach antibiotischer Therapie eine Borrelien-Arthritis über mehrere Jahre chronisch verlaufen. Ein solcher spezieller Verlauf komme vorwiegend bei Borreliose-Fällen vor, welche eine starke Dominanz des Oberflächenproteins OspA haben. Im vorliegenden Fall sei die immunologische Reaktion auf OspA immer abwesend gewesen, so dass er davon ausgehe, dass beim Beschwerdeführer eine solche spezielle Form einer chronischen Borrelien-Arthritis sehr unwahrscheinlich sei. Allerdings sei es nicht auszuschliessen, dass andere genetische Prädispositionen, die nicht bekannt seien, in selteneren Fällen auch solche Befunde auslösen könnten. Insgesamt bestätigen aber alle Experten, dass die Häufigkeit von wiederkehrenden Gelenksattacken bei Borrelien-Arthritis über die Zeit zurück gehen und die Krankheit letztendlich ausheilen würde. Im vorliegenden Fall bestünden einige Ungereimtheiten, welche für eine abschliessende

Beurteilung der Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Zeckenstich und Symptomatik wesentlich sein dürften. Bereits in einem Röntgenbild vom April 2007 werde von feinen Verkalkungen berichtet. Diese hätten mit Sicherheit nichts mit dem Zeckenstich vom April 2007 zu tun. In einem weiteren Bericht von Dr. med. D. _____ werde eine beginnende Schwalbenform im PIP-II beidseits berichtet. Ein Befall der kleinen Handgelenke sei aber untypisch für die Borreliose und würde besser zur immer differentialdiagnostisch diskutierten Psoriasis-Arthritis oder zu einer anderen Form einer Arthritis passen. Der Beschwerdeführer habe zudem ein dokumentiertes Karpaltunnelsyndrom der rechten Hand. Die Gefühlsstörungen an zwei mittleren Fingern der rechten Hand würden sehr gut zum Psoriasis Befund passen. Dies stehe nicht im Zusammenhang mit der Borreliose. Bei der Untersuchung durch Dr. med. C. _____ im Dezember 2007 seien die Rheumafaktoren leicht erhöht gewesen. Dies passe nicht unbedingt zu einer früheren Borrelien-Arthritis. Der Befund sei im Gutachten nicht diskutiert worden. In den Unterlagen würden sich die Angaben einer diffusen Hepatopathie im Sinne einer Steatose finden. Es finde sich jedoch kein serologischer Ausschluss einer Hepatitis C-Infektion. Eine Hepatitis C könnte sehr gut die Steatose (Leberfettung) und typischerweise Polyarthritiden verursachen. Die Beschwerden des Beschwerdeführers liessen sich sehr gut durch eine Hepatitis C erklären. Der eher progrediente Verlauf oder mindestens die Persistenz der Beschwerden nach korrekt durchgeführter Borreliose-Therapie würde sehr gut zum Vorliegen einer chronischen Hepatitis C passen. Ebenso die leicht erhöhten Rheumafaktoren und das Befallsmuster der geschilderten Gelenksbeschwerden. Das neu geäusserte Beschwerdebild mit Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule passe schlecht zur Diagnose einer Borrelien-Arthritis. Die eher zunehmende Intensität der Gelenksbeschwerden, welche dann zuletzt sogar zur Behandlung durch Methotrexat geführt habe, sei völlig atypisch für eine korrekt antibiotisch behandelte Borrelien-Arthritis. Zusammenfassend komme er zum Schluss, dass die Diagnose einer Borrelien-Arthritis im Juni 2007 sehr wahrscheinlich gewesen sei, aber der Verlauf der Erkrankung im Anschluss an eine Therapie sehr ungewöhnlich gewesen sei. Insgesamt wird mit den fortschreitenden Beschwerden eine andere Ursache für die Beschwerden immer wahrscheinlicher, so dass heute eine Borreliose als Ursache für die persistierenden Beschwerden als äusserst unwahrscheinlich gelten dürfe. Die Behandlung der Borrelien-Arthritis erscheine ihm in der aktuellen Situation abgeschlossen. Eine Fortsetzung von weiteren Laboruntersuchungen sei diesbezüglich weder zweckmässig noch wirtschaftlich. Sinnvoll erachte er allerdings eine differentialdiagnostische Untersuchung, insbesondere den Ausschluss einer chronischen Hepatitis C. Zu der Arbeitsfähigkeit könne er nicht Stellung nehmen, da er den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht habe (vgl. IV act. 34 S. 7 ff.).

E. 7.1

Die Vorinstanz geht gestützt auf den RAD-Bericht vom 20. Oktober 2009 davon aus, dass sich zwar aus dem Aktengutachten von Dr. med. J. _____ vom 23. Oktober 2008 und den Arztberichten von Dr. med. D. _____ ergebe, dass der Beschwerdeführer vom 1. April 2007 bis zum 16. Februar 2009 in sämtlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Spätestens per 17. Februar 2009 habe sich jedoch der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit gemäss Dr. med. D. _____ verbessert und es ist von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten leichten Tätigkeit auszugehen. Auch aus dem zu Handen der Unfallversicherung erstellten Aktengutachten von Dr. med. B. _____ vom 29. März 2010 würden sich keine für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevanten neuen

Faktoren ergeben.

E. 7.2

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass die IV-Stelle keine fundierten Abklärungen zur Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers unternommen habe. Auch im Aktengutachten von Dr. med. B. _____ wird zur Arbeitsfähigkeit nicht Stellung genommen. Die Arztberichte, die sich zur Arbeitsunfähigkeit äusserten, seien bereits relativ alt. Dr. med. D. _____ führe in seinem Bericht vom 28. August 2009 aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus rheumatologischer Sicht wegen den Arthriden 50 % betrage. Interkurrent sei die Arbeitsfähigkeit durch andere Leiden höhergradig eingeschränkt, was er nicht beurteilen könne. Es sei unter diesen Umständen nicht nachvollziehbar, weshalb die Vorinstanz von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit habe ausgehen können. Insbesondere lasse die Vorinstanz die anderen Leiden, welche nebst der Polyarthritits bestünden, wie das Karpaltunnelsyndrom in der rechten Hand, die lumbalen Schmerzen sowie die Psoriasis, ausser Acht. Die Vorinstanz sei dadurch ihrer Pflicht zur Abklärung des Sachverhaltes nicht nachgekommen.

E. 8.1

Die Vorinstanz hat sich zur Entscheidungsfindung ausschliesslich auf die medizinischen Akten des Unfallversicherers gestützt. Aus diesen medizinischen Akten geht klar hervor, dass die Abklärungen, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers noch überwiegend wahrscheinlich kausal zu den Zeckenbissen aus den Jahren 2006 und 2007 sind, im Vordergrund stehen. Dies erweist sich im konkret vorliegenden Zusammenhang als problematisch. Zum Einen fand mit denjenigen geklagten Beschwerden, denen der natürliche Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall abgesprochen wurde, keine vertiefte medizinische Auseinandersetzung statt. Zum Anderen wurde die Frage der zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Unfallversicherungsverfahren nicht ausreichend zentral behandelt und auch die Auswirkungen der nicht unfallkausalen Beschwerden konnten in jenem Verfahren offen bleiben.

E. 8.2

Lediglich Dr. med. F. _____, Dr. med. D. _____, Dr. med. K. _____ und Dr. med. C. _____ äusserten sich zu den Auswirkungen des von ihnen diagnostizierten Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dr. med. F. _____ attestierte dem Beschwerdeführer am 13. August 2007 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit von 18. bis 26. Juni 2007, eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit von 26. Juni 2007 bis 17. Juli 2007 und ab dem 18. Juli 2007 eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Dr. med. K. _____ attestierte dem Beschwerdeführer am 21. April 2009 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit von 20. März bis 9. April 2009. Dr. med. D. _____ beurteilte am 17. Februar 2009 die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als selbständiger Drucker um 50 % eingeschränkt. Für eine leichte Bürotätigkeit hingegen schätzte er ihn als vollständig arbeitsfähig ein. Er rechnete damit, dass mittelfristig keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehen werde. Am 28. August 2009 ergänzte er seine Beurteilung dahingehend, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch andere Leiden höhergradig eingeschränkt werde, was er nicht beurteilen könne. Dr. med. C. _____ erachtete den Beschwerdeführer sowohl in seinem Bericht vom 24. August 2009 (Korrektur mit Schreiben vom 4. September 2009; vgl. IV act. 23 S. 63) als auch in seinem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten neuen Berichts als 50 %

arbeitsunfähig.

E. 8.3

Die Berichte von Dr. med. F. _____ und Dr. med. K. _____ sind sehr kurz gehaltene Einschätzungen und halten lediglich diverse Befunde oder Diagnosen fest. Sie schliessen ohne jede Begründung - und damit nicht nachvollziehbar - auf die Arbeits- bzw. Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Dr. med. D. _____ hat die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insbesondere in Bezug auf die von ihm diagnostizierten Arthritiden festgesetzt. Dies hat er explizit festgehalten, indem er ausführte, dass er andere Leiden, durch welche die Arbeitsfähigkeit ebenfalls eingeschränkt sei, nicht beurteilen könne. Sowohl seine medizinische Beurteilung als auch seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist daher nicht umfassend, weshalb von einer beschränkten Aussagekraft seiner Aussagen auszugehen ist. Dr. med. C. _____ hat eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % festgehalten. Seine Berichte beschränken sich insbesondere auf die Unfallkausalität der Zeckenbisse. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung hat Dr. med. C. _____ weder ein Belastungs- bzw. Zumutbarkeitsprofil erstellt und liess auch unbegründet, wie er auf eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit kommt. Zudem macht er keinen Unterschied zwischen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit.

E. 8.4

Um den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu belegen und zu beurteilen, inwiefern damit eine Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit einhergeht, müsste eine umfassende medizinische Beurteilung vorliegen. Die dargelegten medizinischen Berichte, die sich primär auf die Perspektive der Unfallversicherung beschränken, sind dazu nicht geeignet. Einerseits enthalten sie keine umfassende medizinische Beurteilung und genügen andererseits auch keineswegs, um die Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zuverlässig zu erheben.

E. 8.5

Da die Aktenlage hinsichtlich des genauen Umfangs der Arbeitsunfähigkeit bzw. -fähigkeit in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit kein genaues Bild ergibt, wäre die Vorinstanz verpflichtet gewesen, weitere Abklärungen vorzunehmen, sei es die Durchführung einer persönlichen Untersuchung resp. Begutachtung in den nötigen Fachdisziplinen oder das Einholen weiterer medizinischer Berichte. Indem die Vorinstanz weitere Abklärungen unterlassen und statt dessen das IV-Leistungsgesuch abgewiesen hat, hat sie den medizinischen Sachverhalt nicht vollständig ermittelt und somit ihre Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG verletzt.

E. 9

Die angefochtenen Verfügungen vom 20. Juli 2010, welche auf einer lückenhaften medizinischen Aktenlage beruhen, sind daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Vorliegend ist von der Anordnung eines Gerichtsgutachtens abzusehen, da im vorinstanzlichen Verfahren trotz der medizinischen Aktenlage die Einholung weiterer medizinischer Berichte bzw. die Durchführung einer Untersuchung resp. Begutachtung unterlassen wurde und somit wichtige medizinische Fragen ungeklärt geblieben sind (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Da dem Verfahren im jetzigen Standpunkt die Entscheidungsreife mangelt, ist die Sache folglich zur Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes und

zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Art. 61 Abs. 1 VwVG). Dabei hat die Vorinstanz in einem ersten Schritt aus medizinischer Sicht und ohne Einengung auf die Perspektive der Unfallversicherung mittels der erforderlichen fachärztlichen Begutachtungen abzuklären, ob und bejahendenfalls in welcher Hinsicht und welchem Umfang der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Ferner wird sie allfällige berufliche Massnahmen und schliesslich ein allfälliger Rentenanspruch sorgfältig zu prüfen haben.

E. 10.1

Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG auferlegt das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Vorliegend sind dem obsiegenden Beschwerdeführer daher keine Kosten aufzuerlegen, so dass der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- dem Beschwerdeführer auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Der obsiegende Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da er keine Kostennote eingereicht hat, ist die ihm zuzusprechende Parteientschädigung nach Ermessen und aufgrund der Akten auf Fr. 2'200. (inklusive Auslagen) festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Nicht zu entschädigen ist die Mehrwertsteuer (Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009; MWSTG SR 641.20).

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