

BVGer B-7449/2010 vom 6. August 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-08-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-7449_2010

FR: TAF B-7449/2010 du 6 août 2013

IT: TAF B-7449/2010 del 6 agosto 2013

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 16. September 2010. 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. 1.4

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-7449/2010 lautet deshalb fortan B-7449/2010.

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 blosser 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 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201), 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. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht [EVG] vom 11. Dezember 1981 i.S. D).

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 Verfügung vom 16. September 2010 in Kraft standen (Bestimmungen der 5. IV-Revision). 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; d.h. während mindestens eines vollen Jahres gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. während mindestens drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als eines Jahres, aber auch während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und

Invalidenversicherung geleistet, so dass die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente sowohl alt- wie auch neurechtlich erfüllt ist (vgl. IV act. 6).

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 März 2010. Eine Rentenleistung könnte demnach frühestmöglichst am 1. September 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). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, m.w.H.). Berichte der behandelnden

Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). 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 16. September 2010 (Erlass der Verfügung) in einem rentenerheblichen Mass invalid geworden ist. Nachfolgend gilt es daher zu prüfen, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig sowie richtig erhoben und das Leistungsbegehren zu Recht mangels anspruchsbegründeter Invalidität abgewiesen hat.

E. 6.1

Mit Verfügung vom 6. Oktober 2008 wurde im vorliegenden Fall rückwirkend für die Zeit vom 1. Januar 2007 bis 31. Mai 2007 eine befristete Rente verfügt. Am 18. März 2010 gingen bei der Vorinstanz unter anderem die Formulare E 204 und E 205 ein (vgl. IV act. 45 f.). Nachdem die Vorinstanz vorliegend auf dieses Neuanmeldungs-gesuch eingetreten ist, hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt die Verwaltung fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1). Die Frage, ob beim Beschwerdeführer eine wesentliche Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch analog zu Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV (in Kraft gewesen bis 31. Dezember 2011; vgl. seit 1. Januar 2012 Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV) zu beeinflussen, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er zur Zeit der Verfügung vom 6. Oktober 2008 (vgl. IV act. 44) bestanden hatte, mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. September 2010 (vgl. IV act. 72) eingetreten war (vgl. zum massgeblichen Vergleichszeitpunkt BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

E. 6.2

Im Rahmen des Erlasses der Verfügung vom 6. Oktober 2008, welche unangefochten in Kraft getreten ist, hatte sich die Vorinstanz insbesondere auf den Bericht von Dr. med. A._____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, vom regionalärztlichen Dienst (nachfolgend: RAD) vom 18. Juli 2008 gestützt. Dr. med. A._____ diagnostizierte insbesondere folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Ischämische Kardiomyopathie sowie ein zervikales, dorsales und lumbales Vertebralesyndrom mit Spondylose und rechtskonvexer Skoliose. Des Weiteren diagnostizierte sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Gemischte Hyperlipidämie, Statin-Intoleranz, Hiatushernie und gastroösophagealer Reflux, Depressiver Zustand. Sie kam zum Schluss, dass aufgrund einer kardiovaskulären Erkrankung mit Myokardinfarkt in Verbindung mit degenerativer osteoartikulären Schädigung der Rücken- und Lendenwirbelsäule in der ursprünglichen Tätigkeit seit dem 10. Januar 2006 eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Auf kardiovaskulärer Ebene seien zwischen dem 10. Januar 2006 und 14. Februar 2007 mehrere Koronarographien mit mehreren Dilatationen vorgenommen worden. Daher sei der Beschwerdeführer während dieser Zeit auch in einer leichten bis mässigen Verweisungstätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig. Jedoch könne der Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit seit dem 15. Februar 2007 wieder vollschichtig ausüben (vgl. IV act. 36).

E. 6.3

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. September 2010 diene der Vorinstanz als Entscheidungsgrundlage insbesondere das Gutachten der deutschen Rentenversicherung vom 8. Februar 2010, welches auf internistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen basiert.

E. 6.3.1

Im Rahmen der internistischen Untersuchung wurden ein EKG, eine Fahrradergometrie, eine Echocardiographie sowie eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt. Dr. med. B._____, Facharzt Innere Medizin, Sportmedizin, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, führte in internistischer Hinsicht aus, dass der Beschwerdeführer für eine Coronarischämie untypische Befunde mit Beschwerden im Brustkorb und Atembeschwerden geschildert habe. Die körperliche Untersuchung habe diesbezüglich jedoch unauffällige Befunde ergeben. Bei den weiterführenden Untersuchungen habe sich die Lunge in der Lungenfunktionsuntersuchung ebenfalls unauffällig dargestellt. Das Herz zeige keine Bewegungseinschränkung und eine gute Herzfunktion (in der Echocardiographie). Das EKG sei unauffällig und in der Fahrradergometrie sei der Beschwerdeführer bis 2 Min. 100 Watt belastbar, ohne dass dabei Zeichen einer Durchblutung der Herzmuskulatur aufgetreten seien. Die Laborparameter würden im Normbereich liegen. Es falle auf, dass die als Dauermedikation angegebenen Medikamente Paroxetin und Metoprolol nicht bzw. nur im niedrigen Bereich im Blut nachweisbar seien. So lasse sich auf internistischem Fachgebiet an leistungslimitierenden Erkrankungen eine coronare Herzkrankheit, ohne Durchblutungsstörungen des Herzens bis 100 Watt bei ausgeprägtem Risikofaktorenprofil (Blutzuckererkrankung, Bluthoch-druckerkrankung, Fettstoffwechselstörung und Hyperurikämie) feststellen (vgl. IV act. 63).

E. 6.3.2

Im Rahmen der nervenfachärztlichen Untersuchung vom 3. Dezember 2009 stellte Dr. med. C._____, Facharzt Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen: - Depressive Entwicklung im Sinne einer Dysthymia, Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (F34.1) - Wirbelsäulensyndrom mit Sensibilitätsstörungen im Segment L5 rechts (M54). Weiter führte Dr. med. C._____ aus, dass der Beschwerdeführer das Antidepressivum Paroxetin einnehme. Eine regelmässige nervenärztliche Betreuung erfolge nicht. Er sei seit drei Jahren in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung ohne signifikante Linderung der Beschwerden. Beim Beschwerdeführer bestehe eine depressive Entwicklung sowie eine reaktive Komponente des psychischen Befindens bedingt auch durch die koronare Herzerkrankung, die sozialen Umstände und die biographischen Belastungen. Eine weitgehende Einschränkung der Fähigkeit zur Teilhabe an den Aktivitäten des täglichen Lebens beispielsweise in den Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation, Antrieb, Konzentrationsfähigkeit, Interesse und Aufmerksamkeit liege beim Beschwerdeführer nicht vor. Bezüglich des zeitlichen Leistungsvermögens sei zunächst die Frage zu stellen, ob der Beschwerdeführer eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt antreten könne. Der Beschwerdeführer habe sich hier geistig flexibel gezeigt. Es bestünden keine hirnganischen Erkrankungen. Kognitive Defizite lägen nicht vor. Es hätten sich auch keine Antriebsminderung oder gar psychomotorische Hemmung gezeigt. Sozialphobische Züge seien nicht ersichtlich gewesen. Es bestehe keine soziale Desintegration. Soziale Rückzugstendenzen seien angeführt worden. Das Umstellungs- und Anpassungsvermögen sei nicht eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei durchaus in der Lage, eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anzutreten. Auch ergebe sich unter Berücksichtigung der Aktenlage, der Anamnese und des jetzt erhobenen Untersuchungsbefundes kein ausreichender Grund für die Annahme einer Einschränkung des Durchhaltevermögens. Die kognitiven Funktionen, insbesondere die Denkfunktionen, seien nicht eingeschränkt. Auch hätten sich keine Einschränkungen der Psychomotorik ergeben. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, seinen Tagesablauf zu strukturieren. Es bestehe keine Einschränkung des Zeitmanagements. Auch würden keine Störungen der sozialen Kompetenzen und der Alltagskompetenzen vorliegen. Eine organisch bedingte vermehrte Erschöpfbarkeit bestehe nicht. Der Beschwerdeführer könne an 5 Tagen in der Woche mindestens 6 Stunden arbeiten. Die Tätigkeiten sollten in Tagesschicht oder Früh-/Spätschicht stattfinden. Nacharbeiten seien zu vermeiden. Tätigkeiten mit vermehrt psychischen Belastungen seien nicht leidensgerecht. Die psychische Symptomatik sei nicht derart ausgeprägt bzw. entziehe sich nicht derart der zumutbaren Willensanstrengung, als dass sie ein unüberwindbares Hemmnis für die Aufnahme und Ausführung einer Tätigkeit im Zeitumfang von mindestens 6 Stunden arbeitstäglich darstellen würde (vgl. IV act. 62).

E. 6.3.3

Anlässlich der chirurgisch-orthopädischen Untersuchung führte Dr. med. D._____, Facharzt Orthopädie, aus, der Beschwerdeführer würde an einem BWS- und LWS-Syndrom bei Lumbalskoliose, Spondylose der BWS und LWS sowie einem Reizzustand des rechten Kreuzdarmbeingelenks bei beidseitiger Arthrose der Kreuzdarmbeingelenke (M54.1) leiden. Relevante neurologische Ausfallerscheinungen seien nicht eingetreten. Der Beschwerdeführer könne schwere körperliche Arbeiten, in längeren Zwangshaltungen des Rumpfes, mit häufigen und vollen Bückenforderungen, mit Heben und Tragen von Lasten, die etwa 12 kg überschreiten, nicht mehr ausführen. Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit als Gebäudereiniger halte er daher in einem relevanten Ausmass nicht für möglich. Keine

gesundheitlichen Bedenken bestünden gegen leichte und mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Diese könnten überwiegend im Sitzen oder in wechselnden Körperhaltungen, auch in überwiegender, jedoch nicht ausschliesslicher Stehhaltung ausgeführt werden. Unter diesen Voraussetzungen müsse die tägliche Arbeitszeit nicht auf weniger als 6 Stunden täglich eingeschränkt werden. In absehbarer Zeit werde man nicht mit einer wesentlichen Änderung rechnen müssen (vgl. IV act. 66).

E. 6.3.4

Dr. med. B. _____ fasste aufgrund der internistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungsergebnisse im Hauptgutachten vom 8. Februar 2010 folgende Diagnosen zusammen: - Depressive Entwicklung im Sinne einer Dysthymia mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (F34.1) - Coronare Herzkrankheit mit Zustand nach Hinterwandinfarkt und mehreren PTCA's mit Stenteinlagen, nun kein Hinweis auf Myocarischämie bis 100 Watt und gute systolische Herzfunktion (I25) - BWS- und LWS-Syndrom bei Lumbalskoliose, Spondylose der BWS und LWS sowie Reizzustand des rechten Kreuzdarmbeingelenkes bei beidseitiger Arthrose der Kreuzdarmbeingelenke (M51) - Ausgeprägtes Risikofaktorenprofil mit Blutzuckererkrankung, Bluthochdruckerkrankung, Fettstoffwechselstörung und Hyperurikämie, regelrecht eingestellt. Zusammenfassend stellte er fest, dass aufgrund der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und des rechten Kreuzdarmbeingelenkes körperlich schwere Tätigkeiten, in längeren Zwangshaltungen des Rumpfes, mit häufigen und vollen Bückenforderungen sowie mit Heben und Tragen von Lasten über 12 kg nicht mehr möglich seien. Auch ausschliessliches Stehen sei nicht mehr möglich. Von Seiten der Herzerkrankung seien ebenfalls körperlich schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen schwerer Lasten sowie Nachtschichttätigkeiten nicht mehr möglich. Aufgrund der psychiatrischen Veränderungen sind Nachtschichtarbeiten und Tätigkeiten mit vermehrt psychischen Belastungen nicht mehr möglich. In der zusammenfassenden sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung sei festzuhalten, dass unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Leistungseinschränkungen körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes weiterhin sechs Stunden und mehr möglich seien. Durch rehabilitative Massnahmen sei keine Besserung des Leistungsvermögens zu erreichen (vgl. IV act. 63).

E. 6.4

Demgegenüber geht der Beschwerdeführer von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten aus und stützt sich insbesondere auf den Bericht der E. _____ -Klinik vom 12. August 2009: In diesem Bericht führten Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Dr. med. H. _____, Facharzttitel unbekannt, aus, dass eine posttraumatische Belastungsstörung F43.1, eine rezidivierende depressive Störung, schwergradig ausgeprägt, F33.2, ein Verdacht auf Somatisierungsstörung Herz, LWS, Schultern betreffend, F45.0, ein Diabetes mellitus Typ II, E11.9, und eine Chronische KHK im Z.n. Herzinfarkt, I25.2 bestehe. Durch den Reha-Aufenthalt vom 15. Juli 2009 bis zum 12. August 2009 habe keine wesentliche Besserung der depressiven Stimmungslage oder der Herzsensation oder muskuloskelettalen Schmerzen erreicht werden können. Der Beschwerdeführer zeige deutliche Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung (Alpträume, Intrusionen, Ängste, Ohnmachtsgefühle), die ihres Erachtens die Erwerbsfähigkeit bedrohe. Eine spezifische Behandlung, z.B. ambulant mit spezieller

Debriefingtechnik, hielten sie im Hinblick auf die Prognose der sowohl depressiven als auch Somatisierungssymptomatik für dringend erforderlich. Bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft bestehe bei der bestehenden koronaren Herzerkrankung kein Leistungsvermögen mehr. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien dem Beschwerdeführer nur noch leichte Tätigkeiten in Tagesschicht ohne psychosozialen Stress und ohne besonderen Zeitdruck oder erhöhte Anforderungen an das Umstellungsvermögen zumutbar. Unter der Voraussetzung einer erfolgreichen traumaspezifischen Therapie bestünden Aussichten, dass der Beschwerdeführer in 3 bis 6 Monaten seine Arbeitsfähigkeit zurückerlangen könnte (vgl. IV act. 60).

E. 7.1

Wie aus den dargelegten, insoweit übereinstimmenden medizinischen Unterlagen ersichtlich ist und auch von der RAD-Ärztin Dr. med. A. _____ am 14. Juni 2010 bestätigt wurde, leidet der Beschwerdeführer unbestrittenermassen an den unveränderten Folgen seiner ischämischen Kardiomyopathie und seines dorsolumbalen Vertebralesyndroms. Dem Beschwerdeführer ist daher die Ausübung schwerer Arbeiten, mitunter seiner angestammten Tätigkeit als Gebäudereiniger, nicht mehr möglich. Umstritten ist vorliegend allerdings, ob sich der psychische Gesundheitszustand verschlechtert hat. Das Gutachten der deutschen Rentenversicherung vom 8. Februar 2010 attestiert dem Beschwerdeführer eine depressive Entwicklung im Sinne einer Dysthymia mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (F34.1) und geht davon aus, dass dem Beschwerdeführer körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes weiterhin sechs Stunden und mehr möglich seien. Das Gutachten der E. _____-Klinik vom 12. August 2009 hält eine posttraumatische Belastungsstörung F43.1 und eine rezidivierende depressive Störung, schwergradig ausgeprägt F33.2, fest. Es geht davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine leichte Tätigkeit von mehr als sechs Stunden täglich während der Tagesstunden und ohne psychosozialen Stress und Zeitdruck möglich sei, wobei eine Verbesserung zu erwarten sei. Die RAD-Ärztin Dr. med. A. _____ erachtete in ihrer Stellungnahme vom 15. Juni 2010 insbesondere aufgrund des Gutachtens der deutschen Rentenversicherung eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit als gegeben.

E. 7.2

Der Beschwerdeführer kritisiert den Entscheid des Gutachters der deutschen Rentenversicherung Dr. med. C. _____, es würde keine posttraumatische Belastungsstörung vorliegen, als reinen Ermessensentscheid. Diesbezüglich gilt festzuhalten, dass die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach den Leitlinien der ICD nur erfolgen soll, wenn sie nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt. Rechtsprechungsgemäss wird daher eine posttraumatische Belastungsstörung nur dann als invalidisierend anerkannt, wenn sie nach einem Ereignis mit extremem Belastungsfaktor auftritt (Urteil BGer 8C_248/2007 vom 4. August 2008 E. 5.6.1). Auf eine posttraumatische Belastungsstörung ist gemäss ICD weiter nur zu erkennen, wenn die Störung innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis aufgetreten ist (Urteil BGer I 715/05 vom 27. Januar 2006 E. 6.2). Zwar kann auch bei einem grösseren zeitlichen Abstand zwischen dem traumatisierenden Ereignis und dem Auftreten der Beschwerden eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden, wenn die klinischen Merkmale typisch sind und keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden kann (Urteil BGer I 715/05 vom

27. Januar 2006 E. 6.2). Solche Fälle kommen allerdings selten vor (Urteil BGer I 750/06 vom 22. August 2007 E. 3.2.1). Eine diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung gilt zudem nicht per se als invalidisierend, sondern es muss dargelegt werden, inwiefern sie nicht durch zumutbare Willensanstrengung überwunden werden kann (Urteil BGer I 203/06 vom 28. Dezember 2006 E. 4.5). Nach dem im Januar 2006 erlittenen Herzinfarkt geht aus den medizinischen Berichten hervor, dass der depressive Zustand des Beschwerdeführers nicht im Vordergrund stand. Lediglich einzelne Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer nebst den somatischen Beschwerden auch psychische Beschwerden bzw. eine Depression, ohne dabei jedoch nähere Ausführungen zur Psycho- und Pharmatherapie zu machen (vgl. Berichte Dr. med. I. _____ [IV act. 28 und 57], Bericht Dr. med. J. _____ [IV act. 32], Bericht Dr. med. K. _____ [IV act. 33], und Bericht Dipl.-Psych. L. _____ [IV act. 54]). Dr. med. M. _____, Fachärztin Nervenheilkunde, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Diplom-Psychologin, befasste sich in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 18. Dezember 2007 erstmals mit dem Beschwerdebild der posttraumatischen Belastungsstörung. Sie führte aus, die Depression des Beschwerdeführers sei zwar durch den Herzinfarkt ausgelöst worden, aber sei nicht im engeren Sinne eine Reaktion auf das Ereignis selbst zu sein. Wie es bei Depressionen nicht selten der Fall sei, würden frühere negative Erlebnisse reaktiviert, wie vorliegend etwa die Erkrankung der Mutter oder die Zeit als Asylbewerber. Dr. med. M. _____ wies explizit darauf hin, dass sich beim Beschwerdeführer keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung finden würden und diese auch nicht nach Jahren bis Jahrzehnten langen Intervall auftreten würden. Vielmehr würden im Rahmen einer Depression häufig frühere Ereignisse als negativer und dramatischer erlebt als dies zum damaligen Zeitpunkt selbst der Fall gewesen sei (vgl. IV act. 56). Erstmals diagnostizierten die Ärzte der E. _____-Klinik dem Beschwerdeführer nach einem stationären Aufenthalt am 12. August 2009 eine posttraumatische Belastungsstörung. Der Beschwerdeführer habe eine Biographie mit Flucht- und Migrationshintergrund. Er sei ab dem 2. Lebensjahr ohne Vater aufgewachsen und sei als Kurde in der Türkei politisch verfolgt, inhaftiert und gefoltert geworden. Er habe eine depressive Persönlichkeitsstruktur entwickelt. Deutliche Anzeichen der posttraumatischen Belastungsstörung des Beschwerdeführers seien Alpträume, Intrusionen, Ängste und Ohnmachtsgefühle. Aus dem Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 3. Dezember 2009 geht hervor, dass der Beschwerdeführer über eine Verschlechterung des psychischen Befindens nach dem Herzinfarkt im Jahre 2006 berichtete. In Gegensatz zu den Ärzten der E. _____-Klinik verneinte Dr. med. C. _____ das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD 10 und DSM IV seien nicht erfüllt. Gemäss Dr. med. C. _____ müsse bei Wiederaufflackern einer posttraumatischen Belastungsstörung ein Ereignis ähnlich dem Ursprungsereignis oder den Ursprungsbelastungen bestanden habe. Es bestünden Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Diese sehe er aber im Rahmen einer depressiven Entwicklung. Eine tiefgehende depressive Stimmungslage liege zum Gutachtenzeitpunkt nicht vor. Betrachtet man den gesamten psychiatrischen Krankheitsverlauf erscheint die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht nachvollziehbar. So geht aus dem Gutachten der E. _____-Klinik vom 12. August 2009 nicht klar hervor, wie die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung zustande kam und nach welchem traumatischen Ereignis sie aufgetreten sein soll. Sie wurde ohne jegliche nähere Begründung gestellt und auch auf die bei einer posttraumatischen Belastungsstörung typische Latenzzeit von sechs Monaten wird nicht eingegangen. Unabhängig von der gestellten Diagnose gehen die Ärzte

der E. _____-Klinik ohnehin davon aus, dass dem Beschwerdeführer derzeit eine leichte Tätigkeit von mehr als 6 Stunden täglich während den Tagesstunden zumutbar sei, wobei noch eine Verbesserung zu erwarten sei. Ferner ist auch zu beachten, dass der Beschwerdeführer nur ca. einmal monatlich psychotherapeutisch behandelt wird (vgl. IV act. 60). Dies deutet darauf hin, dass das Behandlungsbedürfnis des Beschwerdeführers offensichtlich eher gering ist, was angesichts der von den Ärzten der E. _____-Klinik diagnostizierten posttraumatischen Persönlichkeitsstörung nicht nachvollziehbar erscheint. Im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. M. _____ wurde noch keinerlei antidepressive Medikation durchgeführt (vgl. IV act. 56 S. 6). Anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. C. _____ gab der Beschwerdeführer an, als Antidepressivum morgens jeweils 30 mg Paroxetin zu nehmen. Dieses als Dauermedikation angegebene Medikament war nach entsprechenden Laboruntersuchungen jedoch nicht im Blut nachweisbar (vgl. IV act. 63 S. 11 und 14). Die diesbezügliche Aussage des Beschwerdeführers ist daher mit Vorsicht zu betrachten. Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 7.3

Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, dass aufgrund des Vergleichs der tabellarischen Auflistung der Leistungseinschränkungen des Beschwerdeführers vom 14. Juni 2010 und 18. Juli 2008 durch die RAD-Ärztin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen sei, da die Arbeitsfähigkeit in der neueren Beurteilung zusätzlich eingeschränkt sei. Dieser Rüge des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden und sie vermag eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers keineswegs zu begründen. Es ist zwar richtig, dass im RAD-Bericht vom 14. Juni 2010 mehr Leistungseinschränkungen angekreuzt worden sind als im RAD-Bericht vom 18. Juli 2008, wie stehende Arbeitshaltung, Tragen von Lasten beschränkt auf max. 12 kg, limitiertes Gehen und limitierte Stressresistenz. Daraus jedoch eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers herzuleiten, vermag nicht zu überzeugen. Einschränkungen in der Arbeitshaltung, im Tragen von Lasten und im Gehen ergeben sich insbesondere aufgrund der somatischen, nicht jedoch aufgrund der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers. Die limitierte Stressresistenz kann sowohl eine somatische als auch eine psychische Einschränkung sein. Entscheidend ist vorliegend jedoch, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit der Rentenaufhebung nicht wesentlich verändert hat. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. M. _____ vom 18. Dezember 2007 lag der Vorinstanz bei Erlass der Verfügung vom 6. Oktober 2008 zwar nicht vor, doch können daraus entscheidende Rückschlüsse auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des ursprünglichen Verfügungserlasses gezogen werden. Dr. med. M. _____ hielt nämlich in seinem Gutachten fest, dass bislang noch keine quantitative Leistungsminderung vorliegen würde, soweit lediglich körperlich mittelschwere Tätigkeiten ohne Nachtschicht und ohne übermässigen Zeitdruck zu bewältigen seien. Mit letzterer Einschränkung ging er also schon damals davon aus, dass eine verminderte Stressresistenz bestehen würde. Aus der Tatsache, dass die RAD-Ärztin die limitierte Stressresistenz in ihrem Bericht vom 18. Juli 2008 nicht explizit festgehalten hat, kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten.

E. 7.4

Der Beschwerdeführer macht zudem geltend, dass die deutschen Ärzte nicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sprechen würden, sondern - wie dies für das deutsche Recht üblich sei - von einer Arbeitstätigkeit von mindestens 6 Stunden pro Tag. Dies ergebe - bezogen auf eine 42 Stunden-Woche - eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 22,6 %. In Deutschland wird die Beurteilung des zeitlichen Beschäftigungsumfangs in die Kategorien "unter drei Stunden", "drei bis unter sechs Stunden" und "sechs Stunden und mehr" aufgeteilt. Die Gutachter der deutschen Rentenversicherung, deren medizinischer Beurteilung die RAD-Ärztin als auch die Vorinstanz zu Recht gefolgt sind, erachten für den Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit von täglich sechs und mehr Stunden als zumutbar. Die RAD-Ärztin kam in Würdigung der medizinischen Unterlagen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Verweisungstätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit erscheint insbesondere auch unter Berücksichtigung des negativen Leistungskataloges nachvollziehbar. Es ist nicht ersichtlich, dass die beschriebenen Einschränkungen des Beschwerdeführers derart weitgehend und massiv sind, dass ihm nur eine tägliche Arbeitsleistung von 6 Stunden zumutbar sein soll. Zudem hat sich der Gesundheitszustand wie bereits dargelegt seit der letzten rechtskräftigen Verfügung nicht wesentlich verändert.

E. 7.5

Somit ist festzustellen, dass der medizinische Sachverhalt hinreichend ermittelt und in den vorliegenden medizinischen Unterlagen keine objektiven Hinweise für die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes gefunden wurden. Die Vorinstanz hat zu Recht angenommen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenaufhebung am 31. Mai 2007 nicht wesentlich verschlechtert hat. 8.1 Die Vorinstanz stützte sich bei der Berechnung des Invaliditätsgrades auf den im Rahmen der ersten Rentenprüfung vorgenommenen Einkommensvergleich vom 6. August 2008 (vgl. IV act. 37). Diesbezüglich bemängelt der Beschwerdeführer zum einen, dass keine Parallelisierung der Einkommen vorgenommen worden sei, da er als Gebäudereiniger aufgrund nicht in seiner Person liegenden Umständen ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt habe, und zum anderen, dass aufgrund seiner Einschränkungen ein höherer leidensbedingter Abzug von gegen 25 % vorzunehmen sei. 8.2 Das Valideneinkommen im Einkommensvergleich vom 6. August 2008 wurde korrekterweise gestützt auf der Grundlage des als Gebäudereinigers in der Zeit von 2. April 2001 bis 15. Oktober 2003 in Deutschland erzielten Einkommens von monatlich EUR 1'944.80 festgelegt (IV act. 13). Unter Berücksichtigung des Lohnindex bis 2005 ergab dies ein monatliches Valideneinkommen von EUR 2'005.52. Gemäss der Verdienststrukturerhebung 2006 des statistischen Bundesamtes Deutschland hatte ein vollzeitbeschäftigter Gebäudereiniger im Jahr 2006 einen monatlichen Bruttoverdienst von EUR 1756.- (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/VerdiensteArbeitskosten/VerdiensteBerufe/VerdienstenachBerufe5621108069004.pdf?__blob=publicationFile). Der damalige Verdienst des Beschwerdeführers lag über dem durchschnittlichen Verdienst eines Gebäudereinigers. Es ist somit nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus invaliditätsfremden Gründen ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezogen hätte. Eine Parallelisierung der Einkommen ist daher nicht vorzunehmen (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). 8.3 Das Invalideneinkommen wurde im Einkommensvergleich vom 6. August 2008 - da der Beschwerdeführer nach Eintritt der Invalidität keine zumutbare Verweisungstätigkeit aufgenommen hatte - korrekt nach den vom Bureau International du

Travail (BIT) ermittelten statistischen Werte des deutschen Arbeitsmarktes festgelegt. Dabei wurde das Durchschnittseinkommen eines Angestellten in der Lagerbuchhaltung, eines Elektrogerätemonteurs, eines Arbeiters in einer Spinnerei, Weberei und im Bereich der Textilveredelung im Jahr 2005 ermittelt. Dieses betrug EUR 1'705.68. Die Vorinstanz gewährte einen Leidensabzug von 10 % und berechnete damit ein hypothetisches monatliches Invalideneinkommen von EUR 1'535.11. Grundsätzlich kann vom ermittelten Invalideneinkommen ein sogenannter leidensbedingter Abzug von maximal 25% vorgenommen werden, wenn der Versicherte voraussichtlich infolge seiner leidensbedingten Einschränkung, seines Alters, seiner Herkunft, der geleisteten Dienstjahre, des Beschäftigungsgrades und dem Umstand, dass er eine gänzlich neue Arbeit antreten muss, nicht das Lohnniveau einer gesunden Person am gleichen Arbeitsplatz erreichen dürfte (BGE 126 V 75 E. 5a). Die Frage, ob und in welchem Ausmass ein solcher Abzug zu gewähren ist, hängt von den persönlichen und beruflichen Umständen des Versicherten im Zeitpunkt des Verfügungserlasses ab, wobei der Einfluss der erwähnten Kriterien auf das Invalideneinkommen nach pflichtgemäßem Ermessen zu schätzen ist (BGE 126 V75 E. 5a). Wie bereits erwähnt, hat die Vorinstanz aufgrund persönlichen und beruflichen Umständen einen leidensbedingten Abzug von 10 % vorgenommen. Der Beschwerdeführer ist hingegen der Ansicht, dass ein Abzug von gegen 25 % gerechtfertigt wäre. Bei der Überprüfung des Ausmasses des Abzuges kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle desjenigen der Vorinstanz setzt. Es geht bloss, aber immerhin, um die Frage, ob der überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Das Sozialversicherungsgericht darf somit sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (vgl. BGE 126 V 75 E. 6 mit Hinweisen). Die Festlegung des Ausmasses beschlägt demnach eine typische Ermessensfrage und kann gerichtlich nur korrigiert werden, wenn die Vorinstanz ihr diesbezügliches Ermessen rechtsfehlerhaft ausgeübt hat (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.3). Im vorliegenden Fall ist nicht ersichtlich, inwiefern ein höherer Abzug als der von der Vorinstanz gewährte Abzug von 10 % sachgerecht wäre, zumal der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist und die leidensbedingten Einschränkungen eher als gering einzustufen sind. Auch trotz dieser Einschränkungen ist dem Beschwerdeführer ein breites Spektrum an Stellen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbar. Ein leidensbedingter Abzug von 10 % erscheint daher aufgrund der gesamten Umstände nicht als Rechtsverletzung. Das Invalideneinkommen beläuft sich demnach auf EUR 1'535.11. 8.4 Der Vergleich von Valideneinkommen (EUR 2'005.52) und Invalideneinkommen (EUR 1'535.11) ergibt somit einen Invaliditätsgrad von (gerundet) 23 %. Der Vollständigkeit halber gilt festzuhalten, dass für den Einkommensvergleich grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend sind, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4). Daher wäre vorliegend auf den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung, d.h. auf September 2010 abzustellen. Die Vorinstanz stellte auf den Einkommensvergleich vom 6. August 2008, der auf Einkommenszahlen aus dem

Jahr 2005 beruht, ab, weshalb sie korrekterweise sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen bis zum Jahr 2010 hätte aufindexieren müssen. Da jedoch die beiden Vergleichseinkommen beim damaligen Einkommensvergleich auf zeitidentischer Grundlage erhoben wurde, ergäbe sich auch unter Berücksichtigung der Veränderung des Lohnindex derselbe Invaliditätsgrad von gerundet 23 %.

E. 9

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Vorinstanz keine mangelhafte Sachverhaltsfeststellung vorgeworfen werden kann. Der ermittelte Invaliditätsgrad von 23 % begründet keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Vorinstanz hat das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 16. September 2010 zu Recht abgewiesen. Die vorliegende Beschwerde gegen diese Verfügung ist somit abzuweisen.

E. 10.1

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ergibt sich, dass der Beschwerdeführer als vollumfänglich unterlegene Partei die Kosten des Verfahrens trägt (Art. 63 Abs. 1 VwVG, Art. 1 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Diese werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 500.- festgelegt und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

E. 10.2

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.