

BVGer C-1797/2009 vom 29. April 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1797_2009

FR: TAF C-1797/2009 du 29 avril 2011

IT: TAF C-1797/2009 del 29 aprile 2011

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 Verwaltungsgerichtsgesetz 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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland 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 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVG), soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

In verfahrensrechtlicher Hinsicht sind diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2), sofern keine anderslautenden spezialgesetzlichen Übergangsbestimmungen erlassen werden.

E. 1.4

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, so dass vorliegend die folgenden Erlasse anwendbar sind: das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, FZA, SR 0.142.112.681), sein Anhang II, die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Verordnung [EWG] Nr. 1408/71; SR 0.831.109.268.1, nachfolgend: Vo 1408/71) sowie die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (SR 0.831.109.268.11, nachfolgend: Vo 574/72; vgl. Art. 80a IVG).

E. 1.5

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 [ATSG, SR 830.1]; entsprechend: Art. 48 Abs. 1 VwVG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert. Er hat Rechtsanwalt Abelardo Vazquez Conde am 17. März 2009 mit der Wahrung seiner Interessen beauftragt (act. 2.2). Die von Rechtsanwalt Vazquez Conde unterzeichnete Beschwerde ist demnach rechtsgültig.

E. 1.6

Die Beschwerde ist innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung der Verfügung einzureichen (Art. 60 ATSG i.V.m. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG).

E. 1.6.1

Die per Einschreiben an den Rechtsvertreter versandte angefochtene Verfügung ist auf den 4. Dezember 2008 datiert. Die Beschwerde wurde gemäss Eingangsstempel beim spanischen Sozialgericht am 17. März 2009 und per Faxschreiben am 20. März 2009 beim Bundesverwaltungsgericht eingereicht (act. 1-3). Der Beschwerdeführer macht geltend, die Verfügung sei ihm erst am 20. Februar 2009 formgerecht durch den spanischen Versicherungsträger eröffnet worden, weshalb die 30-tägige Beschwerdefrist eingehalten worden sei. Die Vorinstanz beantragte im Rahmen ihrer Vernehmlassung die Abweisung der Beschwerde und äusserte sich nicht zur Einhaltung der Beschwerdefrist. Sie scheint damit - entgegen ihrer früheren Auffassung (vgl. Anfrage an den RAD vom 6. März 2009, act. IV/72: "Cette decision est entrée en force.") - ebenfalls von der Rechtzeitigkeit der Beschwerde auszugehen.

E. 1.6.2

Gemäss Art. 48 Vo Nr. 574/72 sind die von den beteiligten Trägern getroffenen endgültigen Entscheidungen dem bearbeitenden Träger zu übermitteln. In diesen Entscheidungen müssen die Rechtsbehelfe und Rechtsbehelfsfristen nach den in Betracht kommenden Rechtsvorschriften angegeben sein. Nach Erhalt aller dieser Entscheidungen stellt der bearbeitende Träger sie dem Antragsteller anhand einer in dessen Sprache abgefassten zusammenfassenden Mitteilung, der die genannten Entscheidungen beigelegt sind, zu. Die Laufzeit der Rechtsbehelfsfristen beginnt erst mit der Zustellung der zusammenfassenden Mitteilung an den Antragsteller. Als bearbeitender Träger gilt unter anderem der Träger des Wohnortes, bei welchem das Leistungsbegehren gestellt worden ist (Art. 41 Abs. 1 i.V.m. Art. 36 Abs. 1 Vo Nr. 574/72).

E. 1.6.3

Den Akten ist zu entnehmen, dass die in Frage stehende Verfügung der IVSTA vom 4. Dezember 2008 dem Beschwerdeführer mit am 17. Februar 2009 datiertem Formular E 211 ES von der INSS Vigo unter Mitteilung einer Beschwerdefrist von 30 Tagen ab Kenntnisnahme der Verfügung in spanischer Sprache mitgeteilt wurde (act. 2.3). Auch wenn dem Beschwerdeführer die Verfügung offenbar bereits zu einem früheren Zeitpunkt zugegangen war, wie er der Vorinstanz am 4. Februar 2009 mitteilte und gleichzeitig die formgerechte Eröffnung verlangte (act. IV/66), begann die Beschwerdefrist in Anwendung von Art. 48 Vo 574/72 erst am Folgetag nach Eingang beim Beschwerdeführer, also frühestens am 19. Februar 2009 zu laufen, wobei dieser geltend macht, die Verfügung erst

am 20. Februar 2009 erhalten zu haben. Die Beschwerde ging per Faxschreiben am 20. März 2009 beim Bundesverwaltungsgericht ein, am 30. Tag nach Beginn des frühestmöglichen Fristenlaufs ab dem 19. Februar 2009 (act. 1). Da die Beschwerde innert 30 Tagen nach der Eröffnung gemäss der vorliegend anwendbaren Vo 574/72 durch den spanischen Versicherer beim Bundesverwaltungsgericht eingereicht wurde, ist von der Rechtzeitigkeit der Beschwerde auszugehen.

E. 1.7

Da die Beschwerde im Übrigen formgerecht eingereicht wurde (Art. 52 VwVG) und auch der eingeforderte Kostenvorschuss fristgemäss bezahlt wurde, ist darauf einzutreten.

E. 2.1

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

E. 2.2

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

E. 2.2.1

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. 2.2.2

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

E. 3

Im vorliegenden Verfahren streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch auf eine Schweizer Invalidenrente. Ausserdem ist der Frage nachzugehen, ob die Vorinstanz den Sachverhalt gemäss den gesetzlichen Regelungen abgeklärt hat. Zunächst sind jedoch die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden materiellrechtlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 3.1

Nach Art. 3 Abs. 1 Vo Nr. 1408/71, haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Soweit das FZA bzw. die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Allerdings werden die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte gemäss Art. 40 der Vo Nr. 574/72 berücksichtigt. Gemäss Art. 40 Abs. 4 Vo Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Mitgliedstaates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Spanien und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist. Demnach bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.210).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben. Die Gerichte stellen ferner im Bereich der Sozialversicherung bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes, hier der Verfügung vom 4. Dezember 2008, eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. 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 E. 1). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.2 f., 8C_312/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 5; Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des (allfälligen) Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 4. Dezember 2008 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das

IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Hinsichtlich des Zeitpunkts des Rentenbeginns gilt das alte Recht, da vorliegend der (allfällige) Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist und sich der Beschwerdeführer vor dem 31. Dezember 2008 angemeldet hat. Da der Beschwerdeführer den vorliegenden Antrag am 31. Januar 2007 (act. IV/1 S. 7) stellte, könnten Leistungen frühestens ab dem 31. Januar 2006 ausgerichtet werden (vgl. Art. 48 Abs. 2 aIVG).

E. 3.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). 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. 3.4

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Nach der bis Ende Dezember 2007 in Kraft gestandenen Fassung des Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (Bst. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Bst. b). Der im Regelfall anwendbare Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG (vgl. BGE 119 V 98 E. 4a mit Hinweisen) setzt voraus, dass sowohl eine Arbeitsunfähigkeit als auch eine Erwerbsunfähigkeit in anspruchserheblichem Umfang vorliegen (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/cc).

E. 3.4.1

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG bzw. Art. 28 Abs. 1 aIVG).

E. 3.4.2

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

E. 3.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Es sind demnach nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

E. 3.6

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b, 122 V 160 E. 1c, 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 43 Rz. 35). Die fachliche Qualifikation des Experten spielt 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. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des Bundesgerichts vom 3. August 2000 [I 178/00] E. 4a). Auf Stellungnahmen eines RAD oder der ärztlichen Dienste kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2009 E. 2.1, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der Regionalärztliche Dienst (RAD) - respektive analog der Medizinische Dienst - für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009 [9C_323/2009] E. 4.3.1 sowie vom 14. November 2007 [I 1094/06] E. 3.1.1, beide mit Hinweisen).

E. 4.1

In den Akten finden sich folgende, für die Beurteilung des Sachverhalts im prüfungsrelevanten Zeitraum bis 4. Dezember 2008 ausschlaggebenden ärztlichen Berichte und Atteste: - Rheumatologischer Bericht vom 15. Dezember 2006, Universitätsspital W. _____ (act. 2.6), - Ausführlicher medizinischer Bericht (E 213) vom 29. Mai 2007, Dr. C. _____ (Fachrichtung unbekannt), basierend auf einer Untersuchung vom 8. März 2007 (act. IV/33) mit umfangreichen Spitalberichten und Attesten des Universitätsspitals W. _____ vom 18. Januar 2004 -- 13. April 2007 (Urologie, Gastroenterologie, Dermatologie, Rheumatologie, Labor, act. IV/11-32); - Spitalberichte des Universitätsspitals W. _____, Gastroenterologie und gastroenterologische Chirurgie, vom 23. August 2007 und 11. Oktober 2007 (act. IV/38, 41), - Austrittsbericht des Universitätsspitals W. _____, Gastroenterologie, vom 2. Mai 2008 (act. IV/57), - Austrittsbericht des Universitätsspitals W. _____, Kardiologie, vom 8. August 2008 (act. IV/58), - Ausführlicher medizinischer Bericht (E 213), Dr. D. _____ (Fachrichtung

unbekannt), vom 16. September 2008 (act. IV/59), - Ophthalmologischer Bericht vom 25. September 2008, Fdo. E._____, Ophthalmologe (act. IV/60), - Rheumatologischer Bericht vom 27. September 2008, Dr. F._____, Rheumatologe (act. IV/61), - Arztbericht, Dr. G._____, especialista en medicina interna y aparato circulatorio, diplomado en diabetologia, undatiert, eingereicht am 17. März 2009 (act. 2.5), - Stellungnahmen des RAD, Dr. B._____, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Nephrologie, vom 18. Dezember 2007, 16. Juli 2008 und 13. November 2008 (act. 43, 52, 64).

E. 4.2

Aufgrund der Rügen des Beschwerdeführers im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (vgl. act. IV/48) veranlasste die RAD-Ärztin die Einholung umfangreicher medizinischer Akten (unter anderem sämtliche Spital-Austrittsberichte der letzten vier Jahre, eine urologische Beurteilung inkl. genauer Befund der Pathologie bezüglich der Nephrektomie inkl. Operationsbericht, sämtliche Operationsberichte von bisher erfolgten Darmoperationen sowie eine ausführliche spezialärztlich-gastroenterologische Untersuchung, mit Angaben zu den bisherigen Schüben der Crohn-Erkrankung und deren Ansprechen auf die Medikamentation und deren Verträglichkeit, zudem je eine rheumatologische und augenärztliche Untersuchung, vgl. act. IV/52.2).

E. 4.2.1

Der Beschwerdeführer reichte in der Folge zwei Spitalberichte zu Aufenthalten vom 25. April - 2. Mai 2008 (Gastroenterologie) und vom 5. - 8. August 2008 (Kardiologie) zu den Akten. Aus dem gastroenterologischen Verlaufsbericht geht eine weitere chirurgische Intervention (Drenaje quirúrcico de fistula anal abscesificada) im April 2008 hervor, weiter finden sich Hinweise zur aktuellen Behandlung des Morbus Crohn sowie zu Herzproblemen. Der kardiologische Spitalbericht äussert sich zur Katheterablation im August 2008.

E. 4.2.2

Mit Eingabe vom 20. Oktober 2008 (act. IV/62) reichte der INSS einen neuen ausführlichen ärztlichen Bericht E 213 vom 16. September 2008 sowie einen augenärztlichen Bericht vom 25. September 2008 und einen rheumatologischen Bericht vom 27. September 2008 ein. Im Bericht E 213 äussert sich die spanische Versicherungsärztin im Wesentlichen zum Verlauf des Morbus Crohn, dessen Behandlung und zur Diagnose Hypernephrom links (Nierenkarzinom, Ziff. 3.1 f.). Weiter äussert sie sich knapp zum Bewegungsapparat; die Beweglichkeit und der Gang seien normal (Ziff. 4.8, 4.10). Insgesamt stellt sie fest, der Krankheitsverlauf sei chronisch, es bestünden körperliche Einschränkungen aufgrund der Colostomie und ein Infektionsrisiko bei nicht garantierten hygienischen Bedingungen (Zugang zu Toiletten, keine festen Arbeitszeiten, keine fixe Präsenzzeit); aufgrund der objektiven Verschlechterung seit dem 29. Mai 2007 (letzte Untersuchung, E 213) bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2007 (Ziff. 8, 11.4), zudem äussert sie sich ausführlich zu den nicht mehr zumutbaren Arbeitsbedingungen (Ziff.10.1). Der augenärztliche Zusatzbericht macht Angaben zum rechten Auge. Der rheumatologische Zusatzbericht äussert sich im Allgemeinen zu den Auswirkungen des Morbus Crohn auf die Knie und Knöchel des Beschwerdeführers und zur allgemeinen weiteren Behandlung. Der RAD stellte gestützt auf die vorhandenen Akten in seiner Beurteilung vom 13. November 2008 folgende Diagnosen: 1. Morbus Crohn: Status nach Fistelung und operativer Sanierung, Status nach Abszessräumung retroperitoneal mit linksseitiger Colektomie

und Anlage eines Colostomas (künstlicher Darmausgang) am 27. September 2007; Gelegenheitsappendektomie; reaktive Arthropathie, schubweise, v.a. an Knien und Sprunggelenken beidseits mit medikamentöser Therapie; Vasculitis leukozytostastika an unteren Extremitäten, schubweise; 2. Nephrektomie (Nierenentfernung) links am 27. September 2009, "Verdacht auf malignen Nierentumor im Resektat (Adenocarcinom?), keine Nachbehandlung nötig/geplant; eGFR postoperativ 57ml/min/1.73m², entsprechend CKD Stadium III"; 3. Visusverminderung Auge links nach Trauma 1963; Visus OS: Fingerzählen in 20 cm, Visus OD: 1 sc (normal); 4. Status nach Katheter-ablation bei intermittierender supraventrikulärer Tachikardie im August 2008. In Beurteilung dieser Diagnosen und der vorhandenen Akten führte die RAD-Ärztin im Wesentlichen aus, der Versicherte leide an einem Morbus Crohn mit mehreren, teilweise auch schwereren Krankheitsschüben und auch schubweisem Befall extraintestinaler Organe (Haut, Gelenke), wie es für diese Krankheit typisch sei. Im E 213 vom 16. September 2008 würden indes keinerlei pathologische Befunde der Gelenke oder des Gangbildes beschrieben. Auch im Jahr 2007 - in welchem der Beschwerdeführer wegen hartnäckiger Krankheitsschübe längere Zeit hospitalisiert gewesen sei und auch operiert werden müssen, sei die vom Gesetz geforderte Limite eines Jahres von einer durchschnittlichen 40%-igen Arbeitsunfähigkeit nicht erreicht worden. Durch das Anlegen eines Colostomas sei der Versicherte nicht mehr darauf angewiesen, dass er immer und uneingeschränkt Zugang zu einer Toilette habe. Es könnten jedoch mit dem Colostoma keine schweren Lasten gehoben werden (maximal 15 kg), was aber als Auslieferer von Bäckereiwaren auch nicht nötig sei. Die Nierenleistung bleibe nach der erfolgten linksseitigen Nephrektomie im akzeptablen Bereich, der festgestellte Wert stelle keinerlei relevante Beeinträchtigung der Nierenfunktion dar. Weiter sei der Versicherte seit seinem vierten Lebensjahr auf dem linken Auge stark sehbehindert, der Visus des rechten Auges sei aber völlig normal, sodass er Tätigkeiten, welche kein Stereosehen verlangten, weiterhin ausüben könne. Nach der im Jahr 2008 durchgeführten Katheterablation sei die Herzleistung normal. Insgesamt sei weder die zeitliche Dauer, noch das Ausmass der zurückbleibenden Schädigung durch die bisherigen Krankheitsschübe des Morbus Crohn solchermassen lang oder ausgeprägt, dass eine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit damit begründet werden könne. Rentenrelevante Nebendiagnosen würden nicht vorliegen, weshalb sie an ihrer bisherigen Beurteilung (vgl. oben B.) festhalte.

E. 5.1

In Erwägung der Aktenlage ist vorab festzustellen, dass die Vorinstanz auf Veranlassung des RAD beim spanischen Versicherungsträger umfangreiche Akten einverlangte (oben E. 4.2). Dieser ist der Aufforderung nur teilweise nachgekommen, fehlen doch umfassende fachärztliche Akten zur Nierenerkrankung sowie ein gastroenterologischer Facharztbericht zum Verlauf und zur Behandlung des Morbus Crohn. Weiter fanden die beiden fachärztlichen Untersuchungen (Augenarzt, Rheumatologe) nach der versicherungsärztlichen Untersuchung statt, weshalb diese Untersuchungen keinen Eingang in den Bericht E 213 vom 16. September 2008 fanden. Zudem äussert sich der kurze rheumatologische Bericht vorwiegend zum Morbus Crohn und finden sich darin kaum Angaben zum Gesundheitszustand oder zur Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht.

E. 5.2

Trotz der weiterhin unvollständigen Akten hat die RAD-Ärztin die Angelegenheit abschliessend beurteilt. Aus gastroenterologischer Sicht konnte sie auf die diversen

Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte abstellen. Ausserdem lag ein kardiologischer Spitalbericht vor. Was den Nierenkrebs betrifft, findet sich im versicherungsärztlichen Bericht die Angabe, es handle sich um ein Hypernephrom (act. IV/59 S. 2). Indes scheint die für Nierenkrankheiten spezialisierte RAD-Ärztin sich bezüglich des Tumors und in Ermangelung fachärztlicher spanischer Berichte bezüglich Diagnosestellung ("Adenocarcinom?") nicht sicher zu sein. Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist, woraus sie schliesst, es sei keine Nachbehandlung nötig bzw. geplant. Schliesslich ist bezüglich der Nierenerkrankung ergänzend anzumerken - entgegen den Ausführungen der RAD-Ärztin vom 24. April 2009 zum mit der Beschwerde eingereichten undatierten Arztbericht (act. 2.5) -, dass darin über Nierensteine und Zysten bei der dem Beschwerdeführer verbliebenen rechten Niere berichtet wird. Allerdings ist aufgrund der fehlenden Datierung dieser fachärztlichen Akte unklar, ob diese Angaben für den in Frage stehenden Zeitraum bis am 4. Dezember 2008 relevant sind. Ausserdem kann der Bericht - da nur rudimentär begründet - auch nur als Indiz im vorliegenden Sachverhalt dienen, da er nicht die Beweiskraft eines üblichen fachärztlichen Berichts aufweist.

E. 5.3

Die IVSTA begründete die Abweisung des Rentenanspruchs - gestützt auf die Angaben des RAD - ausserdem damit, es habe beim Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% während mindestens eines Jahres bestanden. Die RAD-Ärztin kam zu diesem Schluss, indem sie die jeweiligen Spitalaufenthalte während den Krankheitsschüben zusammenzählte und ausführte, zwischen den Schüben sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsunfähig gewesen (act. IV/43.2, 64.2). Dies ist so nicht nachzuvollziehen. Es ist zwar aus Sicht des Bundesverwaltungsgerichts nicht auszuschliessen, dass der Beschwerdeführer - in Berücksichtigung von Erholungszeiten nach Hospitalisierung - bis zum Ausbruch eines weiteren Schubes eine gewisse Arbeitsfähigkeit erlangen konnte. Hingegen ist die Behauptung des RAD, zwischen den Schüben sei der Beschwerdeführer ausser der Einschränkung beim Heben von Gewichten bis 15 kg uneingeschränkt arbeitsfähig, nicht ansatzweise begründet und unberücksichtigt bleibt, dass ein Schub und damit eine erneute Arbeitsunfähigkeit vor einem Spitalaufenthalt begonnen und über die akute stationär im Spital zu behandelnde Erkrankungsphase hinaus gedauert haben dürfte. Auch widerspricht diese Aussage des RAD der Beurteilung der spanischen Versicherungsärztin, welche am 16. September 2008 eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation und eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem 7. Juni 2007 (act. IV/59 S. 2) bescheinigte und ausserdem ausführlich darlegte, welche Arbeitsbedingungen nicht mehr zumutbar seien (vgl. act. IV/59 Ziff. 10). Die RAD-Ärztin begründet diesbezüglich nicht, weshalb ihre Beurteilung diametral von derjenigen der spanischen Versicherungsärztin abweicht.

E. 5.4

Die Vorinstanz hat die eingegangenen medizinischen Unterlagen zudem nur einer Ärztin ihres ärztlichen Dienstes vorgelegt. Diese verfügt zwar je über einen Facharztstitel für innere Medizin und Nephrologie. Aber für die vorliegend schwerwiegende gastroenterologische chronische Haupterkrankung mit rheumatologischen und dermatologischen Auswirkungen sowie zusätzlichen Hinweisen auf eine kardiologische Erkrankung entspricht die vorliegende Beurteilung nicht den bundesgerichtlichen Anforderungen an eine genügende Expertise (oben E. 3.6), insbesondere auch deshalb nicht, weil spezialärztliche Beurteilungen aus Spanien fehlen. Diesbezüglich rügt der Beschwerdeführer zu Recht, dass aufgrund der unübersichtlichen und unvollständig geklärten Situation die Durchführung

einer umfangreichen Untersuchung in der Schweiz angemessen gewesen wäre. Somit fehlt hier eine für das Gericht nachvollziehbare, durch entsprechende Fachärzte dargestellte umfassende Beurteilung der gesundheitlichen Einschränkungen, ebenso wie verwertbare arbeitsmedizinische Angaben zur Arbeits(un)fähigkeit und deren Dauer. Dabei kann offen gelassen werden, ob die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Auslieferer einer Bäckerei sowohl wegen der Primärerkrankung des Morbus Crohn als auch der dermatologischen Auswirkungen der Grunderkrankung aus gesundheitspolizeilichen Gründen nicht zumutbar sein dürfte, weshalb die sinngemässe Feststellung der Vorinstanz, es bestehe auch keine genügende Einschränkung in der angestammten Tätigkeit, nicht zutreffen dürfte. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers bzw. deren Dauer vom Bundesverwaltungsgericht nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann und der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht ungenügend abgeklärt ist. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese eine interdisziplinäre Untersuchung in der Schweiz unter Zuzug bzw. Einholung aller massgebenden bisherigen und aktuellen ärztlichen Berichte (vgl. oben E. 4.2.1 und act. IV/52.2) veranlasse und anschliessend das Leistungsbegehren neu beurteile. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 6

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Laut Art. 63 Abs. 1 VwVG sind die Verfahrenskosten der unterliegenden Partei aufzuerlegen, wobei der geleistete Kostenvorschuss zu berücksichtigen ist. Dem obsiegenden Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet. Der unterlegenen Vorinstanz werden gemäss Art. 63 Abs. 2 VwVG keine Kosten auferlegt. Der Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit 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 für die ihm erwachsenen notwendigen Kosten. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des aktenkundigen Aufwandes erscheint eine Entschädigung von pauschal Fr. 2'000.-- als angemessen.

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