

BVGer C-1849/2010 vom 12. Mai 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1849_2010

FR: TAF C-1849/2010 du 12 mai 2011

IT: TAF C-1849/2010 del 12 maggio 2011

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Aufgrund von Art. 3 lit. dbis des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) findet das VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a bis 26bis IVG und 28 bis 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der Kostenvorschuss innert Frist geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, sodass vorliegend das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren

Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Verordnung Nr. 1408/71, SR 0.831.109.268.1) 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.

E. 2.2

Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens - unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität - sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201). Gemäss Art. 40 Abs. 4 der Verordnung 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 Deutschland und der Schweiz (ebenso wie das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist. Gemäss Art. 40 der Verordnung Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Verordnung Nr. 574/72, SR 0.831.109.268.11) hat der Träger eines Mitgliedstaates aber bei der Bemessung des Invaliditätsgrades die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie Auskünfte der Verwaltung zu berücksichtigen, soweit sie rechtsgenügend ins Verfahren eingebracht werden (vgl. Art. 32 VwVG). Jeder Träger behält jedoch die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Eine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung besteht allerdings nicht.

E. 3.1

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 Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 3.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheides eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Nachfolgend zu würdigen sind im vorliegenden Verfahren jedoch nebst den ärztlichen Berichten, welche bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2010 verfasst wurden, auch die vom

Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren eingereichten Unterlagen neueren Datums, da diese medizinischen Dokumente mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Verfügungszeitpunkt zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b, ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen).

E. 3.3

Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1). Daher ist ein allfälliger Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen die minimale Beitragsdauer, welche von einem Jahr auf drei Jahre erhöht wurde (Art. 36 Abs. 1 IVG [in der Fassung der 5. IV-Revision, AS 2007 5129]) und 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. Hat das Wartejahr allerdings vor dem 1. Januar 2008 zu laufen begonnen und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (vgl. auch Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht] und Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-5509/2008 vom 2. September 2010 E. 2.2).

E. 4.1

Vorliegend hat der Beschwerdeführer die gemäss der seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Regelung geltende dreijährige Mindestbeitragszeit aufgrund der zwischen 1965 und 1972 und zwischen 2001 und 2002 geleisteten Beiträge und somit auch die gemäss der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Mindestbeitragszeit von einem Jahr zweifellos erfüllt.

E. 4.2

Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 Prozent invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG [4. IV-Revision] respektive Art. 28 Abs. 2 IVG [5. IV-Revision]). Gemäss Art. 28 Abs. 1ter IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 Prozent entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen, was für Staaten der EU der Fall ist.

E. 4.3

Der Rentenanspruch nach Artikel 28 entsteht nach den Vorschriften der 4. IV-Revision frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (Art. 29 Abs. 1 lit. a IVG [4. IV-Revision, AS 2003 3837]) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG

[4. IV-Revision]). Nach den Bestimmungen der 5. IV-Revision haben Anspruch auf eine Rente Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 lit. a bis c IVG [5. IV-Revision]).

E. 4.4.1

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

E. 4.4.2

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 in Verbindung mit Art. 7 ATSG). Gemäss Rechtsprechung setzt die Annahme einer invalidisierenden (psychischen) Gesundheitsstörung im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 132 V 65 E. 3.4, 130 V 352 E. 2.2.3 und 2.2.4, 130 V 396). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

E. 4.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können

(BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

E. 4.5.1

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. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

E. 4.5.2

Bezüglich 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 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, mit weiteren Hinweisen). 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 des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 4.5.3

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 5

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die IVSTA das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

E. 5.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, in Deutschland sei er als schwerbehindert eingestuft worden, weshalb es nicht nachvollziehbar sei, dass er in der Schweiz keinen Anspruch auf eine Rente habe. Der Beschwerdeführer führte ferner aus, seine Depression sei von einem akuten Rückenleiden ausgelöst worden; er leide an einem Bandscheibenvorfall und einem Bandscheibenschiefstand.

E. 5.2

Die IVSTA hält demgegenüber fest, sie sei nicht an den Entscheid der Deutschen Rentenversicherung gebunden, habe deren Unterlagen jedoch bei ihrem Entscheid berücksichtigt. Gestützt auf die medizinischen Unterlagen sei davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer weder in psychischer noch in physischer Hinsicht ein invalidenversicherungsrechtlich relevantes Leiden vorliege.

E. 5.3.1

Dem Bericht von Dr. med. C._____, Praxis für Radiologie, vom 30. August 2005 (Replik-Beilage) ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der durchgeführten Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule folgende Diagnosen gestellt werden können: kleiner, lateraler Diskusprolaps in Höhe L2/3 rechts mit Luxation eines Sequesters nach cranial/intraforaminal mit dadurch deutlicher Kompression der Nervenwurzel L2 rechts intraforaminal, übrige Etagen ohne Anhaltspunkte für Prolaps oder Protrusion, keine fassbare spinale tumoröse Raumforderung, in sämtlichen Segmenten normal mässige Spondylolisthese L5 bei Spondylolyse L5 beidseits, Osteochondrose L5/S1, mässige Spondylose und Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule. Zur Arbeitsfähigkeit enthält der Bericht keine Angaben.

E. 5.3.2

Dr. med. D._____ und Dr. med. E._____, Orthopäden, diagnostizieren in ihrem Kurzbericht vom 29. November 2006 (Replik-Beilage) beim Beschwerdeführer eine Spondylolisthese Meyerding II (ICD-10 M43.17G). Auch sie machten keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit.

E. 5.3.3

Das Gutachten von Dr. med. A._____, Ärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin, vom 9. Februar 2009 (IV-act. 19), welches im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung erstellt worden ist, attestiert dem Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung mit schweren Episoden ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), remittiert, derzeit nicht wesentlich beeinträchtigt sowie eine medikamentös behandelte Hypertonie. Die Ärztin erachtet den Beschwerdeführer aufgrund des psychischen Leidens in beruflicher Hinsicht seit September 2008 als nur noch eingeschränkt belastbar; insbesondere in seiner früheren, belastenden Tätigkeit im Aussendienst sei er nicht mehr arbeitsfähig. Für leichte Tätigkeiten ohne wesentliche Anforderungen an Umstellung- und Konzentrationsfähigkeit, ohne Leistungs- und Zeitdruck und ohne Nacharbeit beziffert sie die Arbeitsfähigkeit auf 100%.

E. 5.3.4

In der medizinischen Stellungnahme vom 30. November 2009 (IV-act. 21) führt Dr. med. B._____, Arzt für Allgemeinmedizin des medizinischen Dienstes der IVSTA, aus, die beim Beschwerdeführer diagnostizierte rezidivierende depressive Episode sei wieder abgeklungen und auch körperlich seien keine relevanten Einschränkungen aktenkundig. Es liege somit gemäss dem Gutachten von Dr. med. A._____, kein invalidisierendes Leiden vor. Im technisch-administrativen Bereich könne der Beschwerdeführer sicher mehr als sechs Stunden täglich arbeiten.

E. 5.4

Was die gestellten Diagnosen angeht, sind sich die Ärzte im Wesentlichen einig, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung mit schweren Episoden ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), remittiert, und eine Spondylolisthese Meyerding II (ICD-10 M43.17G) sowie lumbale Bandscheibenschäden mit Myelopathie (ICD-10 M51.0+G) vorliegen. Uneinheitlich beurteilen die Ärzte jedoch die Arbeitsfähigkeit (sofern sie sich überhaupt dazu äussern). Die Orthopäden, welche den Beschwerdeführer bereits vor einigen Jahren begutachtet respektive behandelt hatten, äusserten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit. Dr. med. A._____ beschrieb die Bewegungen des Beschwerdeführers beim An- und Auskleiden als fliessend. Ferner gab der Beschwerdeführer weder beim Beklopfen der Wirbelsäule noch bei Bewegungen der Lenden- und Halswirbelsäule spontan Schmerzen an. Daraus ist zu schliessen, dass die Ärztin keine orthopädischen Probleme feststellen konnte. In Bezug auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Probleme des Bewegungsapparates ist daher die Beurteilung von Dr. med. B._____ nachvollziehbar, welcher festgehalten hat, es lägen keine körperlich relevanten Einschränkungen vor, zumal anlässlich der in neuerer Zeit durchgeführten Untersuchung von Dr. med. A._____ keine Auffälligkeiten festgestellt worden seien; die letzten orthopädischen Berichte seien bereits einige Jahre alt und enthielten überdies keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich ist zudem festzuhalten, dass die frühere Tätigkeit des Beschwerdeführers ohnehin eine körperlich leichte Tätigkeit ist (vgl. Arbeitgeberfragebogen IV-act. 17), sodass nicht davon auszugehen ist, er sei in dieser Tätigkeit aus orthopädischer Sicht eingeschränkt. Entgegen der von Dr. med. A._____ geäusserten Ansicht, der Beschwerdeführer sei für seine frühere Tätigkeit nicht mehr geeignet, geht Dr. med. B._____ davon aus, dem Beschwerdeführer sei eine Tätigkeit von "sicher mehr als sechs Stunden pro Tag" zumutbar, zumal gemäss dem Gutachten von Dr. med. A._____ kein invalidisierendes Leiden vorliege. Dies trifft allerdings gemäss Wortlaut dieses Gutachtens nicht zu ("Aufgrund der Schwere der Erkrankung ist davon auszugehen, dass der Antragsteller in beruflicher Hinsicht noch eingeschränkt belastbar ist." [S. 12], "Grundsätzlich ist jedoch zu erwarten, dass eine Tätigkeit im Aussendienst immer eine hohe Anforderung an Umstellungs- und Konzentrationsfähigkeit, Zeitdruck und Stress beinhaltet, sodass diese Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann, ohne die Restgesundheit zu gefährden." [S. 13]). Mit Blick auf die beim Beschwerdeführer diagnostizierte rezidivierende depressive Störung ist davon auszugehen, dass ein Psychiater generell geeigneter ist, die Einflüsse derartiger Krankheiten auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Demzufolge wäre in Bezug auf die psychiatrische Diagnose und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzung der Psychiaterin Dr. med. A._____ und nicht auf diejenige des Allgemeinmediziners Dr. med. B._____ abzustellen. Dennoch kann vorliegend nicht ohne Weiteres auf die Beurteilung von Dr. med. A._____ abgestellt werden, da ihre Angaben zur Leistungsfähigkeit nicht nachvollziehbar sind, weil sie einerseits von einer Leistungsminderung ausgeht,

andererseits festhält, die Erwerbsfähigkeit sei noch nicht gemindert. Diese Begriffe stammen aus dem deutschen Versicherungsrecht und sind somit für die vorliegende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht aussagekräftig. Zudem hielt sie fest, gemäss den Angaben des Beschwerdeführers sei dieser in der Vergangenheit mit Medikation beschwerdefrei und leistungsfähig gewesen, so dass Zweifel aufkommen, ob überhaupt eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit (durchschnittlich mindestens 40% während eines Jahres) bestand. Diese Frage wäre auch im Hinblick auf die Feststellung des Beginns des Wartejahrs gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b zu klären, kann jedoch gestützt auf die vorhandenen Unterlagen nicht beantwortet werden. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass sich der Bericht der Klinik über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers von September bis Oktober 2008 nicht in den Verfahrensakten befindet und auch unklar ist, ob dieser Bericht der Gutachterin vorgelegen hat (vgl. die widersprüchlichen Angaben im Gutachten S. 12). Dieser Bericht sowie auch allfällige Berichte des Hausarztes oder des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. _____ (vgl. Gutachten S. 5) wären in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jedoch wichtige Beweismittel, zumal diese Ärzte den Beschwerdeführer während längerer Zeit betreut haben und ihn nicht nur anlässlich einer einzelnen Untersuchung gesehen haben. Aus den vorliegenden unvollständigen Beurteilungen ist somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu schliessen, inwiefern der Beschwerdeführer in seiner Erwerbsfähigkeit effektiv eingeschränkt ist. Eine rechtskonforme Beurteilung des Leistungsanspruchs ist daher nicht möglich. Ebenso wenig ist es - entgegen der Meinung des Beschwerdeführers - möglich, auf die Beurteilung der Deutschen Rentenversicherung abzustellen, da diese den Rentenanspruch nach anderen Kriterien beurteilt, als dies das schweizerische Recht vorsieht. Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung ist aufzuheben. Die Sache ist an die IVSTA zurückzuweisen, damit diese den Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht abkläre und die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ermittle und den Invaliditätsgrad festlege.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6). Einer unterliegenden Vorinstanz sind allerdings gemäss Art. 63 Abs. 2 VwVG keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.-- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten.

E. 6.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der Beschwerdeführer war vorliegend nicht vertreten, daher sind ihm nur verhältnismässig geringe Kosten erwachsen. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer ohnehin keinen Antrag auf Parteientschädigung gestellt, weshalb auf Zusprechung einer solchen zu verzichten ist. Der unterliegenden Vorinstanz ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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