

BVGer C-3080/2009 vom 20. Juni 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3080_2009

FR: TAF C-3080/2009 du 20 juin 2011

IT: TAF C-3080/2009 del 20 giugno 2011

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1] und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 9. April 2009 (act. 56) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden war, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

E. 1.3

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 9. April 2009 (act. 56), mit welcher das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist.

E. 1.5

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 (Art. 49 VwVG).

E. 2

Der Versicherte liess beschwerdeweise unter anderem ausführen, die Vorinstanz habe sich in der angefochtenen Verfügung nicht zu seinem Einwand vom 14. April 2009 (act. 46) geäussert. Er habe einerseits geltend gemacht, dass sich nicht sämtliche Berichte, welche in der Beurteilung des serbischen Versicherungsträgers aufgeführt wurden, in den Akten vorfinden und nicht alle (vorhandene) spezialärztliche Berichte übersetzt worden seien. Andererseits habe er von der IVTSA die Behebung dieser Mängel verlangt, was die untere Instanz aber nicht gemacht habe.

E. 2.1.1

Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der Sozialversicherungsprozess vor dem Bundesverwaltungsgericht sind in beweisrechtlicher Hinsicht vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs.1 ATSG und Art. 12 VwVG). Danach haben IV-Stelle und Bundesverwaltungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b) zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 und BGE 124 V 90 E. 4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel (blosse Zweifel genügen demgegenüber nicht) an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts [im Folgenden: BGer] 8C_1044/2009 vom 30. März 2009 E. 2.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 43 Abs. 3 ATSG und Art. 13 VwVG; BGE 125 V 193 E. 2).

E. 2.1.2

Nachdem der Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren den Bericht von Dr. med. C._____ vom 11. Oktober 2004 selbst beigebracht hat, wurde dieser vom RAD-Arzt

gewürdigt. Die Vorinstanz stellte anhand dieser Würdigung fest, dass dieser (neue) Bericht die bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen bestätige, ohne neue Elemente zu enthalten, und wies demzufolge das Leistungsbegehren ab. Unter diesen Umständen bleibt es bei einer (impliziten) einfachen Behauptung des Beschwerdeführers, die Vorinstanz habe den rechtserheblichen Sachverhalt nicht genügend abgeklärt. Für eine solche Annahme bestehen keine ausreichend erheblichen Zweifel, hat doch der vertretene Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren kein weiteres Beweismittel beigebracht, obwohl er bei Aufwendung der notwendigen Sorgfalt die ihm bestens bekannten und entscheiderelevanten ärztliche Berichte selbst hätte einreichen müssen, falls sie vorhanden gewesen wären. Dass er - objektiv betrachtet - an der Einreichung gehindert gewesen wäre, hat er nicht geltend gemacht. Es liegt somit kein genügender Grund vor, anhand von unsubstanzierten Behauptungen des Beschwerdeführers eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes durch die IVSTA anzunehmen.

E. 2.2

Soweit der Beschwerdeführer die ungenügende Begründung des Entscheides der IVSTA hat geltend machen wollen, ist darauf hinzuweisen, dass die Begründungspflicht verhindern soll, dass die Behörde sich von unsachlichen Motiven leiten lässt, und der betroffenen Person ermöglichen soll, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist jedoch nur möglich, wenn sowohl sie wie auch die Rechtmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sie ihre Verfügung stützt (BGE 124 V 181 E. 1a). Die Vorinstanz hat bereits in ihrem Vorbescheid vom 30. Oktober 2008 kurz die Rechtsnormen und die Überlegungen genannt, von denen sie sich hat leiten lassen (act. 43). Nach erfolgtem Einwand vom 14. Januar 2009 (act. 46) führte sie zur Begründung der im vorliegenden Verfahren angefochtenen Verfügung vom 9. April 2009 (act. 56) aus, die der Antwort auf den Vorbescheid beigelegten medizinischen Unterlagen bestätigten die Gesundheitsbeeinträchtigungen und würden keine neuen Elemente enthalten. Die Vorinstanz stützte sich somit weiterhin auf die Schlussfolgerungen des RAD-Arztes Dr. med. B. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin (act. 39, 41 und 55). Aufgrund dieser Umstände sowie unter dem Aspekt, dass sich die Vorinstanz im Rahmen von Art. 49 Abs. 3 ATSG weder ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung noch jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss, sondern sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken kann (BGE 124 V 181 E. 1a; SVR 1996 UV Nr. 62 E. 4; RKUV 1994 K 928 S. 12 E. 2b), scheint vorliegend auch nicht eine Verletzung der Begründungspflicht vorzuliegen, hat die IVSTA doch implizit auch zum Ausdruck gebracht, eine weitergehende Übersetzung der eingereichten ärztlichen Berichte sei nicht notwendig.

E. 2.3

Selbst wenn man von einer Verletzung der Begründungspflicht ausgehen sollte, bleibt noch hinzuzufügen, dass nach ständiger Rechtsprechung eine - wie vorliegend nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gilt, wenn der Betroffene die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die wie das Bundesverwaltungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1, 127 V 431 E. 3d aa, 126 I 68, 126 V 130 E. 2b, 116 V 182 E. 3d; SVR 2008 IV Nr. 6 S. 15 E. 3.5; RKUV 1998 U 309 S. 461 f. E. 4c). Auch unter

der Annahme einer nicht schwerwiegenden Verletzung der Begründungspflicht durch die Vorinstanz müsste jene auf Beschwerdeebene als geheilt gelten, hatte doch der Beschwerdeführer Gelegenheit, sich vor dem Bundesverwaltungsgericht zur weitergehenden Begründung der Vorinstanz zu äussern.

E. 2.4

Unklar ist die Rüge des Beschwerdeführers, dass nicht alle sich in den Akten befindenden spezialärztliche Berichte übersetzt worden wären. Soweit er behaupten wollte, dass weder der RAD-Arzt noch die Mitarbeiter der Vorinstanz diese Berichte richtig verstanden und auch korrekt gewürdigt hätten, bliebe auch diese Rüge unsubstanziert. Denn der Beschwerdeführer hat nicht einmal behauptet, aus diesen Berichten seien neue entscheidrelevante Erkenntnisse zu gewinnen, die nicht gewürdigt worden und nicht schon in der Expertise von Dr. med. D. _____ vom 26. Dezember 2006 zum Ausdruck gekommen wären. Das Bundesverwaltungsgericht hat trotzdem die einzigen Berichte mit Datum nach der Expertise von Dr. med. D. _____ (Berichte von 19. November 2007 von Dr. med. E. _____ und vom 28. November 2007 vom F. _____ [act. 35 und 36]) übersetzen lassen, ohne dass daraus aber neue erhebliche medizinische Erkenntnisse zu gewinnen gewesen wären (vgl. hierzu auch E. 4.3.5.2 hiernach).

E. 3

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 3.1

Die Schweiz handelt zurzeit mit Serbien ein Sozialversicherungsabkommen aus, wobei hinsichtlich des Inkrafttretens noch keine Angaben möglich sind (vgl. www.zas.admin.ch > International > Abkommen über soziale Sicherheit mit jeweils einem Partnerstaat > Sozialversicherungsabkommen > Liste der Sozialversicherungsabkommen). Bis zum Inkrafttreten dieses neuen Abkommens ist weiterhin das bisherige Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1) anwendbar (vgl. BGE 126 V 198 E. 2b, BGE 122 V 381 E. 1 mit Hinweisen). Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Bestimmungen, die hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente und der anwendbaren Verfahrensbestimmungen von dem in Art. 2 des Abkommens aufgestellten Grundsatz der Gleichstellung abweichen, finden sich weder im Abkommen selbst noch in den seitherigen schweizerisch-jugoslawischen Vereinbarungen. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann ein Anspruch des Beschwerdeführers auf IV-Leistungen besteht, bestimmt sich demnach allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.2

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), ist der

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 substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des BGer 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit (vgl. E. 3.4 2. Absatz hiernach) vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen 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 Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 9. April 2009 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]).

E. 3.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). 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). 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).

E. 3.4

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %,

derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % 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; eine solche ist vorliegend nicht gegeben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten 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; vgl. auch E. 3.4 hiervor; BGE 121 V 264 E. 6).

E. 3.5

Nach Art. 48 IVG (mit Wirkung ab 1. Januar 2008 durch Ziff. I des IVG vom 6. Oktober 2006 aufgehoben [5. IV-Revision; AS 2007 5129]) erlischt der Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war (Abs. 1). Meldet sich jedoch ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs zum Leistungsbezug, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme vornimmt (Abs. 2).

E. 3.6

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). 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und

ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. 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 spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 4

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 9. April 2009 (act. 56) insbesondere auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 26. Juni (act. 39) und 8. Oktober 2008 (act. 41) sowie 3. April 2009 (55). Diese sind in einem ersten Schritt zu würdigen, und es ist zu prüfen, ob sich aufgrund dieser Beweismittel der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als rechtsgenügend abgeklärt erweist. Dabei ist insbesondere die Frage, ob, und wenn ja, ab wann beim Beschwerdeführer eine allfällige rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist, zu beantworten.

E. 4.1

Dr. med. B._____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. Juni 2008 zur Hauptsache eine Lumbalgie (ICD-10: M54.5) sowie eine Zervikalgie (ICD-10: M54.2) und führte

weiter aus, der Versicherte sei wegen einer Diskushernie in den Segmenten L5-S1 rechts im Jahre 1991 operiert worden. Er habe einen chirurgisch behandelten Splitterbruch des Schienbeins erlitten; das Osteosynthesematerial sei 2005 entfernt worden. Aktuell gebe er Schmerzen entlang der Wirbelsäule an und leide er an einer chronischen obstruktiven Bronchitis und an Bluthochdruck. Weiter berichtete Dr. med. B. _____, gemäss dem Bericht vom 26. Dezember 2006 liege hinsichtlich des Bewegungsapparates weder eine Einschränkung noch eine Wirbelsäulendeformation vor. Der neurologische Befund zeige sich ohne Besonderheiten. Der Blutdruck betrage 160/100 mmHg. Ohne Vorliegen eines defizitären Syndroms bei einem Versicherten, bei dem eine Diskushernienoperation durchgeführt worden sei und welcher sich physiotherapeutischen Massnahmen unterzogen habe, gäbe es keinen ersichtlichen medizinischen Grund dafür, eine Arbeitsunfähigkeit von langer Dauer zu attestieren. Es sei hingegen indiziert, den funktionellen Einschränkungen Rechnung zu tragen. Der Versicherte sei in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit vollständig arbeitsfähig (act. 39). Präzisierend berichtete Dr. med. B. _____ am 8. Oktober 2008, der Versicherte sei in seiner angestammten Tätigkeit ab dem 26. Dezember 2006 bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig; ab dem selben Zeitpunkt bestehe in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit eine volle Leistungsfähigkeit (act. 41). Nach Würdigung von zusätzlichen, während des Vorbescheidverfahrens eingereichten medizinischen Akten (act. 47 bis 53) gab Dr. med. B. _____ am 3. April 2009 eine weitere Stellungnahme ab. Er berichtete, dass seine Beurteilung insofern eine Änderung erfahre, als dass der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf 1991, dem Jahr, in dem die Diskushernienoperation durchgeführt worden sei, zu legen sei. Zu keinem Zeitpunkt habe in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von längerer Dauer vorgelegen (act. 55).

E. 4.2

Bei den Stellungnahmen von Dr. med. B. _____ handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG. Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (vgl. Urteil 9C_323/2009 des BGer vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

E. 4.3

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 3.6 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

E. 4.3.1

Obwohl Dr. med. B. _____ als Facharzt für Allgemeinmedizin nicht über einen Facharztstitel unter anderem auf den Gebieten der Radiologie, orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Neurochirurgie und Kardiologie verfügt, kommt seinen Stellungnahmen aufgrund der beim Beschwerdeführer vorhandenen, nicht überaus komplexen und schwerwiegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen Gewicht zu resp. ist diese als beweiskräftig zu qualifizieren. Auf das Einholen von Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzte konnte im vorliegenden Fall auch deshalb verzichtet werden, weil Dr. med. B. _____ insbesondere der Bericht der Chirurgin Dr. med. D. _____ vom 26. Dezember 2006 (act. 25 und 26) sowie zahlreiche andere Berichte von weiteren Fachärztinnen resp. -ärzten zur Verfügung gestanden hatten (act. 17 bis 24, 27 bis 36, 47 bis 53). Aus diesem Grund war er als Facharzt für Allgemeinmedizin durchaus in der Lage, die Leiden des Beschwerdeführers in gesamtmedizinischer Hinsicht resp. deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Arbeit sowie in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit zuverlässig beurteilen zu können, zumal er über zusätzliche Fähigkeitsausweise (Praxislabor und Sachkunde für dosisintensives Röntgen; vgl. www.doctor-fmh.ch; besucht am 4. April 2011) verfügt. Daran vermögen auch die gegenteiligen Äusserungen des Rechtsvertreters nichts zu ändern.

E. 4.3.2

Dr. med. B. _____ erachtete aufgrund der beim Beschwerdeführer zweifelsfrei vorliegenden Kreuzschmerzen und der Zervikalneuralgie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit der Diskushernienoperation im Jahre 1991 als nicht mehr zumutbar. Jedoch wurde eine leidensangepasste Verweisungstätigkeit ab 1991 als weiterhin vollschichtig zumutbar qualifiziert. Diese Beurteilung ist mit Blick auf die gesamten gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers nachvollziehbar, und es ist mit Blick auf die von Dr. med. B. _____ noch als zumutbar erachteten Arbeiten - aufgrund der objektiven Festlegung der IV-rechtlich massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. E. 4.2. hiervor) - von einem genügend detaillierten und somit rechtsgenügenden Zumutbarkeitsprofil auszugehen. Die Stellungnahmen von Dr. med. B. _____ stehen im Wesentlichen auch in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Chirurgin Dr. med. D. _____ vom 26. Dezember 2006 (act. 25 und 26). Auch diese Fachärztin erwähnte insbesondere aktuelle Schmerzen entlang der Wirbelsäule und berichtete, dass betreffend die Wirbelsäule keine Deformitäten vorlägen und die Beweglichkeit erhalten sei. Weiter wies sie hinsichtlich der oberen Extremitäten auf einen regelrechten Befund und betreffs der unteren Extremitäten auf eine erhaltene Beweglichkeit des rechten Sprunggelenks und der anderen Gelenke sowie der Muskelatrophie hin. Auch führte sie - in Übereinstimmung mit der Neurologin Dr. med. G. _____ in deren Bericht vom 1. März 2006 (act. 33 und 34) - aus, der neurologische Befund sei regelrecht. Indem Dr. med. D. _____ davon sprach, dass am Tag der Untersuchung (26. Dezember 2006) auch weiterhin ein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit bestehe, teilt sie die Auffassung von Dr. med. B. _____, wonach der

Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. Dass sich Dr. med. D. _____ nicht explizit zur zumutbaren Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit geäußert hat, vermag die Beurteilung von Dr. med. B. _____ nicht in Zweifel zu ziehen, zumal auch sie einen Körperschaden verneinte. Aufgrund des Umstands, dass Dr. med. D. _____ ohne Weiterungen lediglich den Bronchitisbefund erwähnt und von einer rhythmischen Herzaktion mit reinen Tönen und ohne Geräusche berichtet hatte, ist davon auszugehen, dass sie den pulmonalen und koronaren Gesundheitsbeeinträchtigungen resp. der chronischen obstruktiven Bronchitis und dem Bluthochdruck ebenfalls keinen rentenrelevanten Stellenwert beigemessen hat. Dies wird untermauert durch die Ausführungen, wonach die jetzigen Beschwerden aus Schmerzen entlang der Wirbelsäule bestünden.

E. 4.3.3

Auch die Ausführungen des Neurochirurgen Dr. med. H. _____, wonach der Beschwerdeführer nicht fähig sei, Lasten hochzuheben und in einer anstrengenden Position und unter schlechten klimatischen Bedingungen Arbeiten auszuführen (act. 27 und 28), stehen nicht im Widerspruch zu dem von Dr. med. B. _____ abgegebenen Zumutbarkeitsprofil.

E. 4.3.4

Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht des Orthopäden Dr. med. I. _____ betreffend den vom 21. Oktober bis 5. November 2004 stattgefundenen Klinikaufenthalt (act. 29 und 30). Auch in diesem ärztlichen Dokument wurde nach Vorliegen der radiologischen Kontrolluntersuchung hinsichtlich der Extremitäten von regelrechten Befunden berichtet.

E. 4.3.5

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer auch aus den übrigen ausländischen Arztberichten nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Dies aus folgenden Gründen:

E. 4.3.5.1

Die meisten der vorliegend nicht übersetzten Berichte (act. 18, 19, 21 bis 23) wurden von Dr. med. D. _____ in deren Bericht vom 26. Dezember 2006 aufgelistet und folglich mitberücksichtigt. Es finden sich keine Hinweise darauf und wird auch nicht substantiiert geltend gemacht, dass Dr. med. D. _____ die nicht übersetzten, aufgelisteten Berichte unvollständig oder falsch gewürdigt hätte. Da eine Übersetzung des von Dr. med. B. _____ rechtsgenügend gewürdigten ärztlichen Dokuments von Dr. med. D. _____ aktenkundig ist, ergeben sich aus dem Umstand, dass die erwähnten Berichte nicht in deutscher Übersetzung vorliegen, keine Rechtsnachteile für den Beschwerdeführer. Dasselbe gilt auch für die von Dr. med. D. _____ nicht erwähnten und nicht übersetzten Kurzberichte vom 20. September 2005 (act. 20) und 2. März 2006 (act. 24), da sich diesen die in lateinischer Sprache aufgelisteten bekannten Diagnosen und weitere Angaben wie Medikationen entnehmen lassen. Ergänzend ist zu erwähnen, dass die weiteren, von Dr. med. D. _____ aufgeführten Berichte aktenkundig und in Übersetzung vorliegen (act. 17, 27 bis 32).

E. 4.3.5.2

Die aktenkundigen Berichte des Psychiaters Dr. med. E. _____ und des F. _____ vom 19. und 28. November 2007 (act. 35 und 36), welche das Bundesverwaltungsgericht hat

übersetzen lassen (B-act. 9; vgl. auch E. 2.4 hiervor), vermögen an der Beurteilung von Dr. med. B._____ ebenfalls nichts zu ändern. In genereller Hinsicht ist vorab festzustellen, dass diese beiden Berichte sehr oberflächlich sind. Weiter äussern sie sich überhaupt nicht im Sinne des Beschwerdeführers in der Weise, dass ihm keine leidensangepasste Tätigkeit mehr zuzumuten wäre. Dr. med. E._____ stellte in Bezug auf sein Fachgebiet keine Diagnose und seine Ausführungen bezogen sich auf die Beschwerden im somatischen Bereich, welche die Dres. med. D._____ und B._____ kannten. Mit Blick auf die von Dr. med. E._____ erwähnten Befunde ist weiter festzustellen, dass die von ihm postulierte Verschlechterung bereits im Zeitpunkt der Berichterstattung durch Dr. med. D._____ bekannt gewesen war, was sich insbesondere darin zeigt, dass deren Beurteilung nicht wesentlich von derjenigen von Dr. med. E._____ abweicht. Nichts Gegenteiliges ergibt sich schliesslich aus dem Bericht des F._____ vom 28. November 2007. In diesem Bericht wurden einerseits die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wiedergegeben. Andererseits ergibt sich hinsichtlich der erwähnten Diagnosen und Befunde keine Verschlechterung im Vergleich zur Beurteilung durch Dr. med. D._____ im Dezember 2006. Darüber hinaus steht das Zumutbarkeitsprofil (Unfähigkeit, Lasten zu heben, Arbeiten in Zwangshaltungen und unter ungünstigen mikroklimatischen Bedingungen) mit denjenigen der Dres. med. B._____ und D._____ betreffend die angestammte Tätigkeit in Übereinstimmung (vgl. E. 4.3.2. und 4.3.3. hiervor). Mit anderen Worten wiederholen die beiden Berichte des Psychiaters Dr. med. E._____ und des F._____ bloss bereits bekannte und gewürdigte Elemente, weshalb ihnen kein weiterer, bedeutsamer Stellenwert zukommen kann.

E. 4.3.5.3

Schliesslich ist im Umstand, dass zwischen der Berichterstattung des F._____ vom 28. November 2007 und derjenigen von Dr. med. B._____ vom 3. April 2009 (act. 55) etwas über 16 Monate vergangen waren, keine Lücke in der Abklärung des medizinischen Sachverhalts zu erblicken. Dies wird insbesondere durch den Umstand verdeutlicht, dass der Rechtsvertreter im Rahmen seiner Eingabe vom 14. Januar 2009 (act. 46) bloss einen Bericht dieses F._____ vom 11. Oktober 2004 (act. 47 bis 53) - und keine aktuelleren medizinischen Akten seit der Berichterstattung durch das F._____ im November 2007 - eingereicht hat.

E. 4.4

Aufgrund des oben Dargelegten ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass die Stellungnahmen von Dr. med. B._____ rechtsgenügende Entscheid- resp. Beweisgrundlagen bilden und demnach davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer ab 1991 in seiner angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig ist, in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit jedoch zu keinem Zeitpunkt eine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit über einen längeren Zeitraum bestanden hatte. Diesen Umständen ist bei der nachfolgenden Bemessung der Invalidität gebührend Rechnung zu tragen.

E. 5.1.1

Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am

zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1, 129 V 222 E. 4.3.1; RKUV 2006 U 568 S. 66 E. 2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (AHI 1999 S. 240 E. 3b; Entscheid des EVG I 517/02 vom 30. Oktober 2002, E. 1.2).

E. 5.1.2

Gestützt auf die schlüssige und überzeugende Stellungnahme von Dr. med. B. _____ vom 3. April 2009 wäre der frühest mögliche Rentenbeginn des Versicherten nach Ablauf des Wartejahres bereits im Jahre 1992 gewesen und der Einkommensvergleich wäre auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen gewesen. Mit Blick auf die seit 1992 bis zum Erstellen des Einkommensvergleichs am 24. Oktober 2008 vergangenen Jahre lässt sich jedoch nicht beanstanden, dass die Vorinstanz die Werte der LSE 2006 herangezogen hat. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass zum damaligen Zeitpunkt die Zahlen des Jahres 2008 noch nicht vorgelegen hatten. Letztlich kann jedoch offen bleiben, welche LSE welchen Jahres tatsächlich zur Anwendung zu gelangen hat, da sowohl das hypothetische Validen- als auch das hypothetische Invalideneinkommen nach der LSE desselben Jahres resp. auf zeitidentischer Grundlage zu bestimmen sind (vgl. E. 5.2 hiernach). Anzumerken bleibt, dass für den Einkommensvergleich grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend sind, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben sind, und mangels rentenwirksamer Änderungen der Vergleichseinkommen nicht zwingend auf die Verhältnisse im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 9. April 2009 abzustellen ist (vgl. zum Ganzen (BGE 129 V 222, 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1).

E. 5.1.3

Im Rahmen der Bemessung der Invalidität ging die Vorinstanz von einem hypothetischen Valideneinkommen von monatlich Fr. 4'797.19 aus. Sie stützte sich dabei auf den Wirtschaftszweig "Abfallbeseitigung, sonstige Entsorgung" (Ziff. 90) der Tabelle TA1 der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) 2006. Gemäss dem Fragebogen "für Arbeits- und Lohnverhältnisse von Unselbständiger-werbenden" vom 20. Februar 2008 war der Beschwerdeführer bis März 2001 als Strassenbauer tätig (act. 14 und 16), weshalb an sich der Tabellenlohn im Wirtschaftszweig "Baugewerbe" (Ziff. 45) hätte zur Anwendung gelangen müssen. Zwar musste der Beschwerdeführer die angestammte, körperlich anstrengende Arbeit unbestrittenermassen aus gesundheitlichen Gründen aufgeben (vgl. E. 4.1 hiervor). Jedoch lässt sich die Frage, ob er bei voller Gesundheit auch heute noch im Strassenbau tätig wäre, nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2; RKUV 2001 U 413 S. 86 E. 5b) beantworten. Aus diesem Grund ist zur Bestimmung des hypothetischen Valideneinkommens des Beschwerdeführers auf den Zentralwert der Tabelle TA1 der LSE 2006 abzustellen. Dieser Wert beläuft sich für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigten Männer im privaten Sektor (Anforderungsniveau 4) auf monatlich brutto Fr. 4'732.- bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und inkl. 13. Monatslohn

(Webseite BfS > Themen > Arbeit, Erwerb > Publikationen > Schweizerische Lohnstrukturerhebung. Die Löhne 2006 im Überblick, Tabelle TA1, Wirtschaftszweige total). Unter Umrechnung dieses Einkommens auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2006 (Webseite BfS > Themen > Arbeit, Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > detaillierte Daten > Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit > Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche 1990-2008, Abschnitte A-O [Abteilungen 01-93]; vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb) resultiert demnach ein hypothetisches Valideneinkommen von jährlich Fr. 59'197.-.

E. 5.2.1

Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b aa). Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen (vgl. BGE 107 V 17 E. 2c; AHI 1999 S. 238 E. 1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung ebenfalls Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b bb; RKUV 1999 U 343 S. 412 E. 4b aa). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b bb; SVR 2007 IV Nr. 11 S. 41 E. 3.2; RKUV 2003 U 494 S. 390 E. 4.2.3). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b).

E. 5.2.2

Aufgrund der schlüssigen sowie überzeugenden und damit beweiskräftigen Beurteilung von Dr. med. B. _____ steht ausser Frage, dass der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit vollständig arbeits- resp. leistungsfähig ist. Die Vorinstanz stützte sich auf diese Einschätzung und ging von einem hypothetischen Invalideneinkommen von durchschnittlich Fr. 4'244.50 aus (Durschnitt aus den Wirtschaftszweigen der Tabelle TA1 [LSE 2006] Detailhandel und Reparatur [Ziff. 52; Fr. 4'383.-] und Herstellung von Lederwaren und Schuhe [Ziff. 19; Fr. 4'066.-]; vgl. auch E. 4.1 hiervor), was grundsätzlich zu keinen Beanstandungen Anlass gibt. Unter Umrechnung dieses Durschnittseinkommens von Fr. 4'224.50 - jedoch nicht Fr. 4'244.50 - auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2006 ergibt sich mit Blick auf den Totalwert der LSE 2006 zu Gunsten des Beschwerdeführers ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 52'848.- pro Jahr. Unter Berücksichtigung des - von der Vorinstanz vorgenommenen, nicht zu beanstandenden - leidensbedingten Abzugs in der Höhe von 15 % resultiert demnach ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 44'921.- pro Jahr.

E. 5.3

Aus der Gegenüberstellung eines hypothetischen Valideneinkommens von jährlich Fr. 59'197.- und eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 44'921.- pro Jahr resultiert bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 14'276.- ein IV-Grad von 24 %, was keinen Anspruch auf eine IV-Rente ergibt. Bei diesem Ergebnis resp. mangels Vorliegens einer rentenbegründenden Invalidität braucht die strittige Frage nach dem Anmeldedatum nicht weiter vertieft zu werden. Immerhin ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer das bei der Vorinstanz am 14. März 2007 eingegangene Anmeldeformular am 23. Februar 2007 unterzeichnet hatte (act. 3) und unter diesen Umständen nicht von einer bereits im Sommer/Herbst 2006 erfolgten Anmeldung gemäss Schreiben des Rechtsvertreters vom 7. August 2006 (act. 1) auszugehen wäre.

E. 6

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt eine rentenbegründende Invalidität vorlag bzw. vorliegt. Die angefochtene Verfügung vom 9. April 2009 erweist sich demnach als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 13. Mai 2009 abzuweisen ist.

E. 7

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

E. 7.1

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese werden auf Fr. 300.- festgesetzt und sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen.

E. 7.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). (Dispositiv auf der nächsten Seite)

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