

BVGer C-3321/2008 vom 9. März 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3321_2008

FR: TAF C-3321/2008 du 9 mars 2010

IT: TAF C-3321/2008 del 9 marzo 2010

Regeste

Invalidenversicherung (IV)

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (Art. 31, 32 des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 [Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 172.32]). Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IVSTA ist eine Vorinstanz im Sinn von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG, SR 831.20]). Die angefochtene Verfügung ist als Verfügung im Sinn von Art. 5 VwVG zu qualifizieren, und eine Ausnahme nach Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist daher zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 [ATSG, SR 830.1]). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 60 ATSG), und der Beschwerdeführer hat den einverlangten Kostenvorschuss innert der gesetzten Frist bezahlt (Art. 64 Abs. 4 VwVG). Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 2

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 18. April 2008. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht dem Beschwerdeführer die Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung befristet bis zum 30. September 2007 zusprach. Der Beschwerdeführer rügt insbesondere, dass ihm eine ganze Invalidenrente bis zur Ablösung durch die Altersrente entsprechend den Leistungen in Deutschland zustehe. Auf den in der Beschwerde vorgebrachten Antrag zum Vorbezug der Altersrente wird nicht eingetreten, da dieser vom Anfechtungsobjekt nicht erfasst ist.

E. 2.1

Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2), unter Vorbehalt der spezialgesetzlichen Übergangsbestimmungen. In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Bürger, weshalb ausschliesslich das Schweizer Recht anwendbar ist.

E. 2.3

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 2.4

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212, vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

E. 3

Für die Beurteilung eines Rentenanspruchs sind die Feststellungen des ausländischen Versicherungsträgers, der Ärzte etc. bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996 S. 177 E. 1).

E. 3.1

Vorab ist zu prüfen, welche materiellen Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren anwendbar sind.

E. 3.2

Im vorliegenden Verfahren sind grundsätzlich jene Rechtsvorschriften anwendbar, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. April 2008 in Kraft standen, weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Leistungsanspruchs von Belang sind. Demzufolge ist das ATSG in der Fassung vom 6. Oktober 2006, in Kraft seit 1. Januar 2008 (5. IV-Revision, AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155) anwendbar, bzw. das ATSG in der Fassung vom 6. Oktober 2000 für die Prüfung des Leistungsanspruchs zwischen dem 1. Januar 2003 und dem 31. Dezember 2007 (vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich Basel Genf 2009, Art. 82 Rz. 5). Weiter ist die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Das IVG ist grundsätzlich in der Fassung vom 6. Oktober 2006, in Kraft seit dem 1. Januar 2008 anwendbar (5. IV-Revision; AS 2007 5129; BBl 2005 4459), bzw. pro rata temporis vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 in der Fassung vom 21. März 2003 (4. IV-Revision; AS

2003 3837 3835; BBl 2001 3205); ferner die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) seit dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 28. September 2007 (5. IV-Revision; AS 2007 5155) bzw. vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 in der Fassung vom 21. Mai 2003 (4. IV-Revision; AS 2003 3859). Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) sowie zur Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals: Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor Inkrafttreten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3). Auch die Normierung des Art. 16 ATSG führt nicht zu einer Modifizierung der bisherigen Judikatur zur Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten, welche weiterhin nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vorzunehmen ist (zu Art. 28 Abs. 2 IVG in der bis zum 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen Fassung bzw. Art. 28a Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung; vgl. BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b).

E. 4.1

Gemäss Art. 48 Abs. 2 IVG in der bis am 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung werden die Leistungen in Abweichung von Art. 24 Abs. 1 ATSG lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet, wenn sich eine versicherte Person mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs anmeldet. Vorliegend hat der Beschwerdeführer die Anmeldung am 26. April 2007 eingereicht. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind für die Bestimmung des rechtserheblichen Sachverhalts im Beschwerdeverfahren grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Entscheids massgebend, in casu demnach am 18. April 2008 (vgl. BGE 132 V 368 E. 6.1 mit Hinweisen; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 74 N 20). Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheides eingetreten sind, können im vorliegenden Beschwerdeverfahren grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 121 V 362 E. 1b mit weiteren Hinweisen). Das Bundesverwaltungsgericht kann sich daher auf die Prüfung beschränken, ob ein allfälliger Leistungsanspruch am 26. April 2006 bestanden hat bzw. ob eine solcher zwischen diesem Zeitpunkt und dem 18. April 2008 entstanden ist.

E. 4.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 in Kraft 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 1. Januar 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 1. Januar 2008

geltenden Fassung) werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung des Bundesgerichts eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Staatsangehörige und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben - was vorliegend der Fall ist.

E. 4.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat; d.h. während mindestens eines vollen Jahres gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden und während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als einem Jahr Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist (Art. 36 Abs. 1 IVG).

E. 4.4

Der Rentenanspruch entsteht frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Art. 29 Abs. 1 Bst. a IVG [Fassung vom 6. Oktober 2000, in Kraft vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007]) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig war (Bst. b). Eine bleibende Erwerbsunfähigkeit besteht vorliegend nicht. Es handelt sich nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts vielmehr um ein labiles Krankheitsgeschehen, welches frühestens nach Ablauf der Wartefrist gemäss Art. 29 Abs. 1 Bst. b einen allfälligen Rentenanspruch begründen kann (Urteil des Bundesgerichts I 163/2005 vom 30. Mai 2005, BGE 119 V 98 E. 4a), sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG erfüllt sind.

E. 5.1

Nach dem ATSG in Verbindung mit dem IVG ist der Begriff "Invalidität" nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen (BGE 132 V 93 E. 4, BGE 110 V 273 E. 4a, BGE 102 V 165) oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Nach Art. 8 ATSG ist die Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Art. 4 IVG führt dazu aus, dass die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann; nach Abs. 2 dieser Norm gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat. Erwerbsunfähigkeit ist 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 (Art. 7 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen 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. 5.2

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. 5.3

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarkts ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 E. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI-Praxis 1998 S. 291 E. 3b). Von einer Arbeitsgelegenheit im Sinne von Art. 16 ATSG kann aber dort nicht mehr gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre (SVR 2009 IV Nr. 8, S. 17, E. 3c; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3c, ZAK 1989 S. 322 E. 4).

E. 5.4

Zu bemerken ist, dass aufgrund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ein in seinem bisherigen Tätigkeitsbereich dauernd arbeitsunfähiger Versicherter gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit in einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 133 V 504 E. 4, BGE 113 V 22 E. 4a, BGE 111 V 235 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer IV-Stelle zu entscheiden, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten kann. Diese sogenannte Verweisungstätigkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.), wobei es unerheblich ist, ob er seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht.

E. 5.5

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbeschrieben alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts [vormals EVG] vom 20. Juli 2000, I 520/99).

E. 5.6

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. Es sind demnach nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Bei der Bemessung der Invalidität ist auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung abzustellen, welche nicht zwingend mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b.cc).

E. 5.7

Die Verwaltung und das Gericht haben die medizinischen Unterlagen - wie auch alle anderen Beweismittel - nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung, d. h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel objektiv zu prüfen sind - unabhängig davon, von wem sie stammen - und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, BGE 122 V 157 E. 1c mit Hinweisen; AHI-Praxis

2001 S. 113 E. 3a). Der erhöhte Beweiswert umfasst allerdings nur medizinische Fragen, zu deren Beantwortung Ärzte im Sozialversicherungsverfahren beigezogen werden, nicht aber weitere Fragen wie z. B. die wirtschaftliche Beurteilung.

E. 6.1

Grundlage für die medizinische Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Verfügung vom 18. April 2008 bilden im Wesentlichen folgende Unterlagen: Dr. med. C. _____, Facharzt für Innere Medizin, erstellte am 23. Mai 2007 eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zu Handen des Rentenversicherungsträgers (act. 31). Er diagnostizierte beim Beschwerdeführer ein Plattenepithelcarcinom der rechten Nasenhaupthöhle, Diabetes mellitus Typ 2 und Hypertonie. Die getroffenen Feststellungen würden seit 28. Juli 2005 gelten und eine Besserung sei unwahrscheinlich. Die Dauer der Leistungsminderung sei voraussichtlich nicht weniger als drei Jahre. Der Patient könne in Anbetracht der Sehstörungen und der Konzentrationschwäche lediglich leichte Arbeiten durchführen. In wechselnder Körperhaltung ohne länger andauernde Konzentration oder Anstrengen der Augen und ohne Belastung der Ohren oder der Hals- und Lendenwirbelsäule. Eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild könne nur unter 3 Stunden ausgeübt werden. Dr. med. B. _____, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO), erstellte zuhanden der Deutschen Rentenversicherung ein HNO-fachärztliches Gutachten, datiert vom 28. Juni 2007 (act. 34), aufgrund einer Untersuchung des Beschwerdeführers vom 22. Juni 2007. Sie erstellte folgende HNO-ärztliche Diagnosen: Zustand nach Naseneingangscarzinom T1N0M0 (Plattenepithelcarzinom) rechts, Zustand nach Teilablatio nasi rechts, Zustand nach radikaler Neckdissektion rechts, Dysästhesie im Bereich der rechten Gesichtshälfte, Zustand nach Lappenrekonstruktion und Compositgraftrekonstruktion der rechten Nase sowie die Allgemeinen Diagnosen: Diabetes Typ I, Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, unklare Sehkonzentrationsstörungen. Die Dysästhesien seien durch die Mehrfachoperationen hervorgerufen. Eine weitere Operation zur Erweiterung des Naseneingangs sei geplant. Die Rekonstruktion der äusseren Nase sei sehr gut gelungen, sodass das Gesicht wenig entstellt sei. Es bestehe Rezidivfreiheit. HNO-ärztlicherseits sei der Beschwerdeführer in seinem Beruf als "Marketing-leiter", zwei Jahre nach der Tumoroperation und Rekonstruktion des Gesichts wieder voll einsetzbar. Die Beurteilung, ob der Beschwerdeführer in der Arbeitswelt vermittelbar sei, stehe der Gutachterin nicht zu. Die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung durch Dr. B. _____ vom 3. Juli 2007 (act. 36) zeigt auf, dass der Beschwerdeführer in der Lage sei, seine zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit oder angepasste Tätigkeiten während 6 Stunden oder mehr pro Tag auszuführen. Die Arbeitshaltung sollte zeitweise stehend, gehend und sitzend sein. Eine Besserung sei nicht unwahrscheinlich und die Leistungsminderung daure voraussichtlich weniger als drei Jahre. Dr. med. C. _____ erstellte aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Beschwerdeführers vom 10. Juli 2007 ein ärztliches Gutachten betreffend das Teilgebiet Innere Medizin (act. 37) und kam zum Schluss, dass eine Arbeitsunfähigkeit seit dem 28. Juli 2005 wegen dem Nasenkarzinom bestehe. Dr. med. D. _____, Facharzt Allgemeine Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst der Invalidenversicherung (RAD), beurteilte am 13. Dezember 2007 (act. 40) den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der Akten und kam zum Schluss, dass keine Arbeitsunfähigkeit vorliege. Es handle sich um eine operative Entfernung und plastische Rekonstruktion eines vorwiegend lokal destruierend wachsenden Tumors an der Nase, ohne Fernmetastasen und ohne weiterführende systemische Behandlungen wie

Chemo- oder Radiotherapie. Folgende Arbeitsunfähigkeiten seien medizinisch gerechtfertigt: 31. August 2005 bis 14. März 2006; 10. Oktober 2006 bis 10. November 2006 (je ein Monat nach der letzten Operation). Es habe nie eine langdauernde invalidisierende Erkrankung im Sinne der IV bestanden. Der Versicherte sei ohne weiteres nach diesen Eingriffen wieder voll als "Marketingleiter" arbeitsfähig, wie dies auch der Spezialistenbericht der HNO-Ärztin beschreibe. E. _____ und Dr. F. _____, überörtliche Gemeinschaftspraxis für diagnostische und interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin, erstellten am 25. Oktober 2007 einen Untersuchungsbericht (act. 56) und führten als zusammenfassende Beurteilung u.a. aus, dass kein eindeutiger Nachweis einer tumorverdächtigen, kontrast enhancenden Läsion im Bereich der Nasen- und Wangenschleimhaut, kein Nachweis eines Lokalrezidivs, kein eindeutiger Resttumor, soweit bei Metallartefakten beurteilbar vorlägen. Die Dignität dieser Lymphknoten sei kernspintomographisch nicht eindeutig zu klären, bei sonographischem Metastasenverdacht solle eine Exzision zur Histologiegewinnung erfolgen. Bei Zustand nach Neck dissection rechtsseitig mit entsprechender Asymmetrie der Halsweichteile liege eine unauffällige Darstellung der grossen Gefässtrukturen des Halses ohne signifikante Verlagerung oder Pelottierung und regelrechte Darstellung der Trachea vor. Dr. med. G. _____, Facharzt für Innere Medizin, spezielle Diabetologie, stellte am 14. Januar 2008 eine ärztliche Bescheinigung (act. 57) aus, wonach der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren an einem Plattenepithel-Carcinom der Nase leide. Aufgrund dessen werde der Patient seit August 2005 mehrfach grossflächig mit Neckdissektion operiert. Diesbezüglich sei die Behandlung nach wie vor nicht abgeschlossen. Zudem befinde sich der Patient wegen einer koronaren Herzerkrankung sowie Diabetes mellitus Typ II in regelmässiger Behandlung. Aus hausärztlich-internistischer Sicht sei beim Patienten von einer permanenten Berufsunfähigkeit auszugehen. Prof. Dr. H. _____, Leitende Oberärztin, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Münster (UKM), hielt in ihrer Bescheinigung vom 22. Januar 2008 (act. 61) fest, der histologische Befund habe ein pT2 N0 M0 G2-G3 Tumorstadium ergeben. Der Patient leide immer noch unter einem kosmetischen Defekt und zusätzlich sei der funktionelle Zustand der Nase noch deutlich eingeschränkt (gestörte Nasenatmung, eingeschränkter Geruchssinn, vermehrte Borkenbildung in der Nase sowie Neigung zu Nasenbluten). Die bösartige Grunderkrankung erfordere ebenfalls eine regelmässige Nachsorge (alle 6 Monate). Dr. med. D. _____, beurteilte am 13. März 2008 (act. 70) erneut den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und kam weiterhin zum Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit 0% betrage. Der Versicherte habe eine Krebserkrankung gehabt, sei kurativ operiert worden und leide aktuell nicht mehr an der Krebserkrankung, sondern weise nur noch kosmetische Spuren und gewisse Verspannungen im Bereich der Operationsgebiete auf. Die Probleme des Patienten seien v.a. kosmetischer Natur und evt. auch im Rahmen der vermehrten ärztlichen Nachkontrollen zu sehen. Dies betreffe jedoch alle Menschen mit chronischen Krankheiten (z.B Diabetiker), was aber nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führen müsse. Dr. med. I. _____, Onkologin, RAD, nahm am 27. März 2008 (act. 74) aus onkologischer Sicht Stellung und kam zum Schluss, es sei gerechtfertigt, eine Arbeitsunfähigkeit von 70% für alle Tätigkeiten befristet für die Zeit von Juli 2005 (erstmalige Diagnose) bis zum 22. Juni 2007 (detaillierte Untersuchung durch Dr. B. _____) anzunehmen; denn es sei während der Rekonstruktionsphase schwierig gewesen, die Arbeitstätigkeit wieder aufzunehmen. Dagegen sei dem Beschwerdeführer nach dem 22. Juni 2007 eine vollschichtige Ausübung der zuletzt ausgeübten Arbeit wieder zumutbar. Dr. med.

J. _____, Oberarzt Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, UKM, hielt in seinem Bericht vom 8. Mai 2008 (Beschwerdebeilage) fest, bei einer Kontrolluntersuchung im Oktober 2007 hätten sich zeitgerechte Wundverhältnisse gezeigt, allerdings auch eine erneute beginnende narbige Verziehung des Naseneinganges rechts. Der Patient berichte über eine weiterhin zunehmende Stenosierung des rechten Naseneinganges, Missempfindung im Bereich der Gesichtshaut sowie Konzentrationsstörungen mit Sehstörungen nach längerem Lesen sowie bei kleineren Arbeiten im Haushalt. Des Weiteren habe sich bei einer Kontrolle im Oktober 2007 ein vergrößerter Lymphknoten gezeigt. Gegebenenfalls sei eine weitere operative Revision der äusseren Nase vorgesehen.

E. 6.2

Die Berichte geben ein vollständiges Bild über die gesundheitlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers wieder und gestatten eine zuverlässige Beurteilung der Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers.

E. 6.3

Eine permanente "Berufsunfähigkeit" wird dem Beschwerdeführer einzig von seinem Hausarzt Dr. med. G. _____ bescheinigt. Diese Bescheinigung wird unter Hinweis auf die bekannten Diagnosen und ohne Begründung abgegeben. Das Gericht darf in Bezug auf Berichte von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Haus-ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen würden (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353 mit Hinweisen). Die HNO-Fachärztin Dr. B. _____ kam nach einer gründlichen Abklärung zu einem anderen Schluss. Der Beschwerdeführer sei in seinem Beruf als "Marketingleiter" zwei Jahre nach der Tumoroperation und Rekonstruktion des Gesichts wieder voll einsetzbar. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers geht die Ärztin in ihrem Bericht klar davon aus, dass der Patient im Zeitpunkt ihrer Untersuchung, also im Juni 2007 und somit 2 Jahre nach der ersten Operation im Jahr 2005, wieder zu 100% arbeitsfähig sei. 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 (vgl. E. 5.4). Der Bericht von Dr. B. _____ ist umfassend, eingehend begründet, in sich widerspruchsfrei und enthält eine nachvollziehbare Schlussfolgerung. Die Kriterien eines Beweismittels mit erhöhtem Beweiswert gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung werden somit erfüllt. Demnach kommt diesem Bericht ein höherer Beweiswert zu, als den aktenkundigen Arztberichten, welche jeweils keine ausreichende Begründung ihrer Schlussfolgerungen (Dr. G. _____) oder keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit (Prof. Dr. H. _____ und Dr. J. _____) beinhalten. Der Bericht von Dr. med. C. _____ vom 23. Mai 2007 (act. 31) enthält keine Anamnese und z.T. nur angekreuzte Antworten ohne Begründung. Als einzige Begründung für seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (unter 3 Stunden pro Tag in leichten Arbeiten) gab der Arzt die Konzentrationsschwäche und die Sehstörungen an. Diese Beschwerden wurden jedoch nicht medizinisch ausgewiesen, sondern lediglich vom Beschwerdeführer beklagt. Im Bericht vom 10. Juli 2007 (act. 37) führte Dr. C. _____ die Anamnese sowie die körperlichen und medizinisch-technischen-Untersuchungsbefunde auf. Er machte auch diesmal keine

konkreten und begründeten Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, sondern gab einzig an, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit seit dem 28. Juli 2005. Die Gutachterin Dr. B._____ hat in ihrem Gutachten vom 28. Juni 2007 die Konzentrationsschwäche und die Sehstörungen ebenfalls berücksichtigt, kommt aber zu einer differenzierteren Schlussfolgerung als Dr. C._____. Die Berichte von Dr. C._____ vermögen aufgrund ihrer knappen Angaben und der unbegründeten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit die Aussagen von Dr. B._____ nicht zu widerlegen. Die IV-Stellenärztin Dr. I._____ beurteilte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Wesentlichen aufgrund der Berichterstattung von Dr. B._____. Der Bericht der IV-Stellenärztin ist nicht zu beanstanden, denn sie erstellte ihn in Kenntnis sämtlicher relevanter Vorakten (Anamnese) und berücksichtigte die geklagten Beschwerden. Die von ihr gezogenen Schlussfolgerungen, wonach der Beschwerdeführer vom Juli 2005 bis zum 22. Juni 2007 (Datum des Gutachtens von Dr. B._____) in allen Tätigkeiten zu 70% arbeitsunfähig, nach dem 22. Juni 2007 hingegen wieder arbeitsfähig sei, sind medizinisch nachvollziehbar begründet und in sich schlüssig. Insgesamt kommt das Gericht deshalb zum Schluss, dass es gemäss dem im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 E. 5b) gerechtfertigt war, dass die Vorinstanz gestützt auf die Einschätzungen von Dr. B._____ und Dr. I._____ davon ausging, dass der Beschwerdeführer ab Juli 2007 in seiner angestammten Tätigkeit zu mehr als 60%, wenn nicht sogar 100%, arbeitsfähig war.

E. 6.4

Wie unter E. 4.4/6.3 ausgeführt, hatte der Beschwerdeführer frühestens ab Juli 2006 nach Ablauf der Wartezeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 1 IVV). Vorliegend ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes seit dem Juli 2007 belegt, weshalb die Vorinstanz zu Recht die Leistungen der Invalidenversicherung bis zum 30. September 2007 (also 3 Monate nach Beginn der Verbesserung im Juli 2007) befristete.

E. 7

Der Antrag des Beschwerdeführers auf eine unbefristete ganze Invalidenrente bis zum Eintritt des Altersrentenalters erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

E. 8

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

E. 8.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Juli 2006 gültigen Fassung) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Verfahrenskosten sind gemäss dem Reglement vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) zu bestimmen. Sie werden auf Fr. 400.-- festgelegt und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Verfahrenskosten sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen.

E. 8.2

Dem unterliegende Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 VGKE e contrario) und die obsiegende Vorinstanz hat keinen Entschädigungsanspruch (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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