

BVGer C-3395/2009 vom 17. Januar 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-01-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3395_2009

FR: TAF C-3395/2009 du 17 janvier 2011

IT: TAF C-3395/2009 del 17 gennaio 2011

Regeste

Invalidenversicherung (IV)

Erwägungen

E. 1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), soweit das Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) 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 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung 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 Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, die eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Die Beschwerde ist frist- und formgerecht eingereicht worden (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG sowie Art. 52 VwVG). Als Adressat ist der Beschwerdeführer durch die angefochtene Verfügung berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.3

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. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 1. Mai 2009, mit welcher der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 2

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

E. 2.1

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831. 109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (vgl. BGE 126 V 198 E. 2b, BGE 122 V 381 E. 1 mit Hinweisen). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit Serbien und Kosovo, neue Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen. Mit dem Kosovo wird das Sozialversicherungsabkommen mit Jugoslawien seit dem 1. April 2010 nicht mehr weitergeführt. Für den Beschwerdeführer als Bürger des Kosovo findet demnach das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 insoweit Anwendung, als Sachverhalte zu beurteilen sind, die sich vor dem 1. April 2010 ereignet haben (vgl. E. 2.2 hiernach). 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 IV 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 Leistungen der IV besteht, bestimmt sich demnach allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften resp. des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 2.2

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, BGE 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 substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage,

sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin zu beachten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [im Folgenden: 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. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (so auch das Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Danach entsteht der Rentenanspruch frühestens ein Jahr nach Eintritt des Versicherungsfalls, wobei die Renten nur für die Zeit ab 12 Monaten vor der Anmeldung geleistet werden - abgesehen von einer Ausnahme, die vorliegend ohne Belang ist. (Art. 29 Abs. 1 Bst. b und Art. 48 Abs. 2 IVG in der Fassung der 4. IV-Revision; vgl. auch E. 2.5 hiernach). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 1. Mai 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]). Da sich der Beschwerdeführer vor dem 31. Dezember 2008 angemeldet hatte, gilt hinsichtlich des Zeitpunkt des Rentenbeginns unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist, das alte Recht.

E. 2.3

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. 1 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 (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7): 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). 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. 2.4

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 Ausnahme ist vorliegend nicht gegeben.

E. 2.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, 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, 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 somit grundsätzlich 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). Den 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. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2, 1999 KV Nr. 22 E. 3b; AHI 2001 S. 115 E. 3b ee). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (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]). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen.

Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberechnen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 bis 4.6). Das "Statut der medizinischen Abklärungsstellen in der IV" des BSV garantiert die erforderliche Unabhängigkeit der C._____ bei der Erfüllung von Gutachtensaufträgen (BGE 123 V 175 E. 4b; AHI 1997 S. 120).

E. 3

Die IVSTA stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 1. Mai 2009 insbesondere auf das C-_____ -Gutachten vom 24. April 2008 (act. 49) und die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. med. B._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, und E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Juni 2008, 22. April 2009 sowie vom 8., 11. und 12. Januar 2010 (act. 51, 61 und 64). Diese medizinischen Dokumente sind in einem ersten Schritt zu würdigen und es ist zu prüfen, ob sich aufgrund dieser Beweismittel der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als rechtsgenüchlich abgeklärt erweist.

E. 3.1

Die Experten der C._____ diagnostizierten Vortäuschen von Beschwerden zur Erzielung von Versicherungsleistungen (ICD-10: Z76.5) und berichteten im Wesentlichen, aufgrund der Akten könne einzig als einigermassen plausible Diagnosen von einer leichten Schwerhörigkeit sowie einer arteriellen Hypertonie gesprochen werden. Alle anderen Diagnosen seien nicht durch Befunde belegt und somit rein spekulativer Natur. Die Beschwerdeschilderung des Versicherten sei sehr vage, inkonsistent und widersprüchlich ausgefallen. Es sei nicht möglich, die wechselnden und diffusen Beschwerden unter nosologischen oder syndromalen Gesichtspunkten bekannten Krankheitsbildern zuzuordnen. Im Rahmen der durchgeführten orthopädisch-chirurgischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen hätten keine schwerwiegenden und anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen objektiviert und keine der in den Akten genannten Diagnosen mit objektiven Befunden bestätigt werden können. Hingegen habe festgestellt werden können, dass sich der Versicherte in den Untersuchungen sehr unkooperativ und inkonsistent verhalten und unwahre Angaben gemacht habe. Sein angeblich passiver Lebensstil mit aufgehobener Leistungsfähigkeit sei nur schon durch die deutliche Beschwiellung an Händen und Füßen und die fehlenden Hinweise auf muskuläre Atrophien widerlegt. Damit könne aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Leistungsminderung begründet werden. Aufgrund der fehlenden Hinweise auf objektivierbare anhaltende und schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Landwirtschaft weiterhin ohne zeitliche Einschränkungen und ohne Leistungsminderungen zumutbar. Eine medizinisch nachvollziehbare (d.h. durch entsprechende objektive Befunde belegte) Arbeitsunfähigkeit von 20 % liege jetzt nicht vor und könne aufgrund der äusserst dürftigen ärztlichen Befundberichte auch für die Vergangenheit nicht postuliert werden. In seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2008 führte Dr. med. B._____ aus, nach der Lektüre der

sehr detaillierten und klaren Expertise sei definitiv die Schlussfolgerung zu ziehen, dass keinerlei Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen sei. In Kenntnis unter anderem des Berichts des Neuropsychiaters Dr. med. F._____ vom 26. Juni 2008 (act. 55 und 56), worin eine schwere depressive Episode, eine Diskopathie, eine Lumboischialgie, eine Gon-arthrose, eine Schwerhörigkeit sowie ein Bluthochdruck diagnostiziert wurde, führte Dr. med. B._____ am 22. April 2009 aus, die nachgereichten Dokumente würden an seiner Beurteilung, welche auf den im interdisziplinären Gutachten gezogenen klaren und glaubhaften Schlussfolgerungen beruhe, nichts ändern. Nach Einsicht in die vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nachgereichten Berichte der Dres. med. F._____ und G._____ (Orthopäde/Traumatologe) vom 1. Juli 2009 berichteten die Dres. med. E._____ und B._____ am 11. resp. 12. Januar 2010, diesen Berichten seien keine neuen Elemente zu entnehmen, die nicht bereits in verschiedenen früheren Berichten erwähnt worden seien. Es sei unwahrscheinlich, dass es zu einer signifikanten Verschlechterung gekommen sei.

E. 3.2

Die nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 1. Mai 2009 verfassten Berichte der Dres. med. F._____, G._____, E._____ und B._____ sind im vorliegenden Verfahren ebenfalls zu berücksichtigen, denn sie nehmen (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand, stehen demnach mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang und sind deshalb geeignet, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen).

E. 3.2.1

Die C._____-Expertise erfüllt die an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien. Insbesondere ist sie für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Sie ist zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet, sodass darauf abgestellt werden kann. Demnach lässt sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.6 hiervor). Weitere Beweismassnahmen sind - entgegen des eventualiter gestellten Rechtsbegehrens - vorliegend nicht geboten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1). Es ist demnach davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer zufolge fehlender Hinweise auf objektivierbare anhaltende und schwerwiegende Gesundheitsbeeinträchtigungen die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Landwirtschaft weiterhin ohne zeitliche Einschränkungen und ohne Leistungsminderungen zumutbar ist.

E. 3.2.2

Daran ändern auch die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte nichts. Dr. med. G._____ stellte in seinen Berichten vom 25. Mai und 1. Juli 2009 (B-act. 1 und 8) im Wesentlichen die gleichen Diagnosen wie bereits in seinen früheren Berichten vom 16. Februar 2007 (act. 35) und 28. Oktober 2005 (act. 18/1 und 21). Diese Berichte aus den

Jahren 2007 und 2008 lagen den C. _____-Experten vor; diese führten überzeugend und schlüssig aus, dass resp. weshalb die darin von Dr. med. G. _____ diagnostizierten Leiden und die Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht nachvollziehbar sind. Unter diesen Gegebenheiten kann auch den Berichten vom 25. Mai und 1. Juli 2009 keine Beweiskraft zukommen. Das gilt aufgrund des voll beweiskräftigen C. _____-Gutachtens überdies auch für den Bericht von Dr. med. H. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 9. September 2005 (act. 11).

E. 3.2.3

Zu keinem andern Ergebnis führt auch der Bericht von Dr. med. F. _____ vom 1. Juli 2009. Zwar wurden in demjenigen desselben Facharztes vom 27. Oktober 2005 (act. 18 und 19) bloss organische affektive Störungen (ICD-10: F06.3) diagnostiziert. Jedoch wurde die am 23. Januar 2007 (act. 32) von Dr. med. F. _____ erwähnte Verschlechterung resp. die diagnostizierte schwere depressive Störung auch anlässlich der C. _____-Begutachtung berücksichtigt und gewürdigt. Die Experten kamen in überzeugender Weise zum Schluss, dass die Berichterstattung auf subjektiven Angaben des Versicherten beruht hatte und kein detaillierter Befund geschildert worden war. Da auch der Bericht vom 1. Juli 2009 in psychiatrischer Hinsicht ebenfalls die Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10: F32.2) beinhaltet und die C. _____-Experten zu dieser von Dr. med. F. _____ abgegebenen Diagnose in beweiskräftiger Art und Weise Stellung nahmen, kann der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten.

E. 3.2.4

Nach dem Dargelegten sind denn auch die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dres. med. B. _____ und E. _____ vom 13. Juni 2008, 22. April 2009 und 11. resp. 12. Januar 2010, welche entscheidungsrelevante Aktenstücke darstellen und in denen der medizinische Sachverhalt ebenfalls schlüssig und überzeugend gewürdigt wurde (vgl. hierzu bspw. Urteil des BGer 8C_756 vom 4. Juni 2009, E. 4.4 mit Hinweis), nicht zu beanstanden.

E. 4

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ergibt sich zusammenfassend, dass die Vorinstanz gestützt auf das überzeugende und schlüssige und somit voll beweiskräftige C. _____-Gutachten sowie die nachvollziehbaren Stellungnahmen der RAD-Ärzte zu Recht davon ausgegangen war, dass beim Beschwerdeführer keine rentenbegründende Invalidität vorliegt. Die angefochtene Verfügung vom 1. Mai 2009 erweist sich demnach als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 23. Mai 2009 abzuweisen ist.

E. 5.1

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. 5.2

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 Ver-

fahrendausgang keine Parteienschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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