

BVGer C-7232/2008 vom 28. Oktober 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-10-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7232_2008

FR: TAF C-7232/2008 du 28 octobre 2010

IT: TAF C-7232/2008 del 28 ottobre 2010

Regeste

Invalidenversicherung (IV)

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 [ATSG, SR 830.1]; entsprechend: Art. 48 Abs. 1 VwVG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert. Er hat mit Vollmacht vom 29. September 2009 die Rechtsanwälte Scherer Fessler Hofmann Bassler, Y._____, mit der Vertretung seiner Interessen beauftragt (Dossier C-4455/2007 act. 7.1). Die von Rechtsanwalt Ralf Hofmann unterzeichnete Beschwerde vom 10. November 2008 ist demnach rechtsgültig.

E. 1.3

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG) und der Kostenvorschuss innert der gesetzten Frist gemäss Art. 63 Abs. 4 VwVG geleistet wurde, ist darauf einzutreten.

E. 2.1

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 2.2

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger im Tätigkeitsgebiet der SVA gearbeitet hat, war diese für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 15. Oktober 2008 zu Recht von der IVSTA erlassen.

E. 2.3

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (nachfolgend: FZA, SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1), haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Soweit das FZA bzw. die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Allerdings werden die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte gemäss Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (SR 0.831.109.268.11; vgl. auch Art. 51 der Verordnung 574/72) berücksichtigt. Gemäss Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Mitgliedstaates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist. Demnach bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, ins-besondere nach dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.210).

E. 2.4

Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, und weil ferner die Gerichte im Bereich der Sozialversicherung bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes, hier der Verfügung vom 15. Oktober 2008, eingetretenen Sachverhalt abstellen (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen), werden im Folgenden die ab 1. Januar 2008

anwendbaren Bestimmungen des ATSG, des IVG (5. IVG-Revision, in Kraft seit 1. Januar 2008, AS 2007 5129 und der IVV zitiert. Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis, vgl. BGE 130 V 445 E. 1).

E. 3.1

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

E. 3.2

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

E. 3.2.1

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3.2.2

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

E. 4

Im vorliegenden Verfahren ist in der Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die IV-Stelle dem Beschwerdeführer zu Recht die Zusprache einer Invalidenrente verweigert hat. Zunächst sind jedoch die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinn des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 29 aIVG, Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall mindestens während eines vollen Jahres (Art. 36 Abs. 1 aIVG) bzw. während drei Jahren (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Der Beschwerdeführer hat während vieler Jahre Beiträge an die schweizerische Alters-,

Hinterlassenen- und Invalidenversicherung entrichtet (act. IV/4). Damit erfüllt er die gesetzliche Mindestbeitragsdauer. Zu prüfen bleibt nachfolgend, ob und wenn ja, in welchem Grad er im Sinne des Gesetzes in rentenbegründendem Ausmass invalid geworden ist.

E. 4.2

Meldet sich eine versicherte Person mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden allfällige Leistungen der Invalidenversicherung lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangegangenen Monate ausgerichtet (Art. 48 Abs. 2 aIVG). Massgebend ist die Einreichung des Gesuchs beim Versicherungsträger (hier: 17. August 2006, act. IV/1), weshalb allfällige Leistungen grundsätzlich frühestens ab dem 17. August 2005 ausgerichtet werden könnten.

E. 4.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 29 Abs. 1 aIVG. Der Rentenanspruch entsteht frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Bst. a: Dauerinvalidität, Art. 7 ATSG) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig war (Bst. b: langdauernde Krankheit, Art. 6 ATSG, vgl. BGE 121 V 264 E. 6).

E. 4.4

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.5

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist, vereinfacht ausgedrückt, gesundheitlich bedingte Unfähigkeit, durch zumutbare Arbeit ein Erwerbseinkommen zu verdienen (vgl. ALFRED MAURER/GUSTAVO SCARTAZZINI/MARC HÜRZELER, Bundessozialversicherungsrecht, 3. Auflage, Basel 2009, § 6 Rz.16 und § 12 Rz. 16). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG, eingefügt per 1. Januar 2008).

E. 4.5.1

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv

bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

E. 4.5.2

Grundlage für die Bemessung der Invalidität bildet die trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung noch bestehende Arbeitsfähigkeit im versicherten Tätigkeitsbereich. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG im Besonderen setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 65 E. 3.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherte Person willensmässig erwartet werden kann, trotz des Leidens zu arbeiten (BGE 127 V 294 E. 5a). Diese Frage beurteilt sich nach einem weitgehend objektivierten Massstab (BGE 127 V 294 E. 4b/cc; vgl. auch Art. 7 Abs. 2 ATSG in der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Fassung). Dies gilt insbesondere auch bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen im Sinne von ICD-10 F45.4 (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 und 2.2.4).

E. 4.6

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). Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 aIVG, Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 4.7

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Es sind demnach nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen

leidensbedingt eingeschränkt ist. Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

E. 4.8

Aufgrund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ist ein in seinem bisherigen Tätigkeitsbereich dauernd arbeitsunfähiger Versicherter gehalten, innert nützlicher Frist Arbeit in einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a, BGE 111 V 239 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.).

E. 4.9

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Nach der Gerichtspraxis ist für die Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes zu prüfen, ob die verbliebene Arbeitskraft nutzbar wäre, würden die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen (unveröffentlichter Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Mai 1995, E. 5a). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennzeichnet sich durch ein Gleichgewicht zwischen Angebot von Stellen und Nachfrage nach solchen; dabei muss zudem ein Fächer verschiedenartiger Stellen vorliegen, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Fähigkeiten wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (vgl. BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 321 E. 3B, ZAK 1989 322 E. 4a am Ende; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 124, und Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Rz. 26 zu Art. 7, je mit weiteren Hinweisen). Massgebend ist, inwiefern sich das dem Versicherten verbliebene Leistungsvermögen auf dem für ihn in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt wirtschaftlich verwerten lässt (BGE 110 V 276 E. 4b, ZAK 1991 S. 321 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 1998 S. 291 E. 3b).

E. 4.10

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der

Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 E. 2a in fine). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt schliesslich Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b, 122 V 160 E. 1c, 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 43 Rz. 35). Indessen folgt aus dem Grundsatz der Waffengleichheit das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diesbezüglich hat das Gericht gemäss seiner Pflicht zur korrekten Beweiswürdigung auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte insoweit mitzuberücksichtigen und daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken. Um solche Zweifel auszuräumen, 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 (vgl. ausführlich BGE 135 V 465 E. 4.5 f.).

E. 4.11

Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG). Auf den 1. Juli 2006 wurde das seit 1. Januar 2003 bestehende Einspracheverfahren wieder durch das Vorbescheidverfahren ersetzt, nunmehr kodifiziert in Art. 57a IVG. Satz 2 dieser Bestimmung hält zudem fest, dass die versicherte Person Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Artikel 42 ATSG hat. Dies bedeutet indessen nicht, dass im Sinne der früheren Regelung die Versicherten erst nach Abschluss der Abklärungen ihre Mitwirkungsrechte ausüben können. Vielmehr sollte nach dem Willen des Gesetzgebers für Zwischenentscheide im Zusammenhang mit der Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes, insbesondere bei Anordnung eines Gutachtens, die Ordnung gemäss ATSG weiterhin gelten (Botschaft vom 4. Mai 2005 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [Massnahmen

zur Verfahrensstraffung], BBl 2005 3088 Ziff. 2.1 zu Art. 57a Abs. 1 ATSG). Art. 44 ATSG ist somit im Verfahren vor den IV-Stellen anwendbar, was auch Sinn und Zweck dieser Vorschrift, die Mitwirkungsrechte der Versicherten einheitlich auszugestalten, entspricht (BGE 135 V 254 E. 3.2 mit Verweis auf BGE 132 V 376 E. 7.2.3; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2008, N. 2 zu Art. 44 ATSG).

E. 4.11.1

Der Beschwerdeführer rügt im Rahmen seiner Replik, das Gutachten von Dr. F. _____ könne nicht als "neutrales Gutachten" bezeichnet werden, das höher als die Berichte der behandelnden Ärzte zu gewichten sei. Der Gutachter residiere am selben Ort wie die Vorinstanz. Es sei sicherlich davon auszugehen, dass der Gutachter regelmässig von dieser mit der Erstellung von fachärztlichen Gutachten beauftragt werde, weshalb sicherlich nicht von einer Neutralität ausgegangen beziehungsweise dessen Objektivität genauso bezweifelt werden könne wie diejenige der behandelnden Ärzte (act. 10 S. 1 f.).

E. 4.11.2

Vorab ist festzustellen, dass die vorliegend zur Abklärung der Angelegenheit zuständige SVA ihren Sitz an der (...) in U. _____ hat. Die verfügende Vorinstanz hat ihren Sitz in X. _____ (oben E. 2.2). Tatsächlich finden sich sowohl die MEDAS wie auch die Praxis von Dr. F. _____ an der (...) in U. _____. Indessen handelt es sich vorliegend - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - sowohl bei der MEDAS wie auch bei Dr. F. _____ um von der Invalidenversicherung unabhängige Gutachter gemäss Art. 44 ATSG (anders: RAD-Ärzte gemäss Art. 59 Abs. 2 und Abs. 2bis IVG oder Kreisärzte der SUVA, vgl. BGE 132 V 376 E. 6.2 mit Verweis auf BGE 123 V 311 sowie weiteren Hinweisen). Diese Gutachten haben gemäss ständiger bundesgerichtlicher Praxis grundsätzlich einen höheren Beweiswert als normale ärztliche Berichte, insbesondere diejenigen von behandelnden Ärzten (oben E. 4.10). Gegenüber den beiden Gutachten hat im vorliegenden Fall versicherungintern Dr. C. _____ vom RAD jeweils die Akten gesichtet und der Verwaltung aus medizinischer Sicht erläutert bzw. die Ausführungen der Gutachter zu Handen der nicht medizinisch ausgebildeten Behörde "übersetzt". Die aktenkundigen summarischen Stellungnahmen des RAD (act. IV/7, 11, 15, 26, 35, 40, Beschwerdeakten 11.2, 20.2) entsprechen indessen nicht der Qualität eines Gutachtens. Ausserdem verfügt Dr. C. _____ als Allgemeinmediziner für den vorliegenden Fall auch nicht über eine genügende Qualifikation, weshalb die SVA externe Gutachten einholte und sich in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu Recht darauf abstützte. Aus den beiden Gutachten ist nicht ersichtlich, weshalb aus der Tatsache, dass die MEDAS und Dr. F. _____ dieselbe Adresse haben, diese nicht genügend unabhängig sein sollten. Soweit der Beschwerdeführer behauptet, es sei davon auszugehen, dass der Gutachter regelmässig von der SVA mit der Erstellung von fachärztlichen Gutachten beauftragt werde, ist er auf die Praxis des Bundesgerichts zu verweisen, wonach keinen Grund für die Annahme einer Befangenheit darstellt, wenn eine sachverständige Person wiederholt von einer Versicherungsträgerin für Begutachtungen herangezogen wird (vgl. SVR 2008 IV Nr. 22, 9C_67/2007 E. 2.4, sowie U. KIESER, a.a.O., N. 18 zu Art. 44). Es ist somit vorliegend nicht ersichtlich, weshalb dieser Auffassung nicht zu folgen wäre.

E. 4.11.3

Wie die SVA im Übrigen zu Recht in ihrer Duplik ausführt, hat der Beschwerdeführer im Rahmen des Abklärungsverfahrens keine Ausstands- oder Ablehnungsgründe gegen Dr.

F. _____ vorgebracht. Er gibt sinngemäss an, erst anlässlich des Begutachtungstermins am 17. Juni 2008 gemerkt zu haben, dass auch die MEDAS dort seinen Sitz habe. Seine Rüge hat er indes erst im Rahmen seiner Replik vom 2. März 2009 vorgebracht. Wie die SVA zu Recht argumentiert, erfolgte diese Rüge gestützt auf 44 Satz 2 ATSG verspätet, da Ausstands- und Ablehnungsgründe gemäss der geltenden Rechtsprechung so früh wie möglich geltend zu machen sind (Verstoss gegen Treu und Glauben, vgl. BGE 132 V 93 E. 7.4.2 mit weiteren Hinweisen). Der Beschwerdeführer hätte somit, spätestens als er von dem geltend gemachten Ausstandsgrund - hier dem Aufgebot zur Begutachtung vom 17. Juni 2008 - Kenntnis erhielt, seine Ausstandsgründe geltend machen müssen. Demnach kann der Beschwerdeführer in dieser Hinsicht nichts zu seinen Gunsten ableiten.

E. 5

Somit bleibt zu prüfen, ob die Vorinstanz den Sachverhalt genügend abgeklärt hat und den geltend gemachten Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. Einleitend ist festzuhalten, dass die Angelegenheit nach Schweizer Recht und gemäss den darin definierten Begriffen (oben E. 4.3 - 4.9) beurteilt wird (oben E. 2.3.4). Soweit sich der Beschwerdeführer bzw. seine Ärzte in ihrer Argumentation auf die Anwendung und Auslegung von Begriffen und Prinzipien des Deutschen Sozialrechts beziehen (z. B. Dossier C-4455/2007 act. 1.1; Dossier C-7232/2008 act. 17.1 S. 3), sind diese Ausführungen wegen der ungleich definierten Begriffe im Schweizer Recht nicht beachtlich. Ausserdem ist der Beschwerdeführer, soweit er im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine Verschlechterung seiner gesundheitlichen Situation nach dem 15. Oktober 2008 geltend macht, auf ein allfälliges neues Verfahren zu verweisen (oben E. 2.4).

E. 5.1

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind die Aussagen der beiden Gutachten in den 25 Seiten (zuzüglich zwei Teilgutachten) bzw. 33 Seiten umfassenden ausführlichen Gutachten (allgemeinmedizinisch-psychiatrisch-rheumatologisch und rheumatologisch) klar und eingehend begründet ausgefallen. Ebenso sind sie stimmig und nachvollziehbar, insbesondere auch was die beiden rheumatologischen Beurteilungen von Dr. K. _____ vom 19. März 2007 (act. IV/9.37 ff.) und Dr. F. _____ vom 11. Juli 2008 (act. IV/34) angeht.

E. 5.1.1

In psychiatrischer Hinsicht konnte gemäss Dr. L. _____ in seinem Teilgutachten vom 16. Dezember 2006 (vgl. act. IV/9.25 ff.) keine Depression objektiviert werden. Indessen liess sich ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen von unterschiedlicher Intensität im ganzen Rücken und Kopfbereich nachweisen. Der Psychiater und Psychotherapeut führte aus, aufgrund der Akten liesse sich nicht klar entnehmen, inwieweit diese Schmerzen hinreichend durch eine körperliche Störung erklärt werden könnten oder nicht. Aus psychiatrischer Sicht könnten beim Exploranden mehrere Belastungen nachgewiesen werden. Diese seien als schwerwiegend genug zu betrachten, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Schmerzentwicklung und Aufrechterhaltung stehen zu können, allerdings unter der Voraussetzung, dass die Schmerzen nicht hinreichend durch körperliche Störungen erklärt werden könnten. Die psychosoziale Funktionsfähigkeit sowie die psychosozialen Ressourcen des Exploranden seien nicht als eingeschränkt zu beurteilen. Eine komorbide psychiatrische Erkrankung lasse sich nicht erkennen. Aus rein

psychiatrischer Sicht sei dem Exploranden die zuletzt von ihm ausgeübte schwere Tätigkeit seit Ende 2004 nicht mehr zumutbar. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung zurückzuführen. Es sei dem Exploranden aber durchaus zumutbar, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ganztags nachzugehen, es sei aber zu berücksichtigen, dass ihm keine Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen und auch nicht das Führen eines Autos zugemutet werden sollte. Der Gutachter empfahl als medizinische Massnahmen die Verordnung eines Antidepressivums zur Schmerzmodulation sowie eine Psychotherapie, welche dem Exploranden einerseits bei der Verarbeitung der bestehenden Konflikte, andererseits beim Erlernen neuer Copingstrategien behilflich sein könnte (act. IV/9.34 ff.).

E. 5.1.2

Die Rheumatologin und Internistin Dr. K._____ stützte sich in ihrem Teilgutachten vom 19. März 2007 (act. IV/9.37 ff.) gestützt auf die Aktenlage, die klinische Untersuchung sowie auf ein mitgebrachtes Magnetresonanzbild HWS nativ und mit Kontrastmittel vom 18. Januar 2007. Sie stellte Diskopathien der Hals- und Brustwirbelsäule (bis Th3/4, act. IV/9.44) fest, gab aber an, es lasse sich keine Diskusprotrusion oder eine Herniation darstellen. Die neurologische Untersuchung der oberen und der unteren Extremitäten sei unauffällig. Die degenerativen Diskopathien sowie das über die letzten Jahre stationäre intraspinale Narbengewebe hätten klinisch keine wesentliche Bedeutung, klar erhebbare Restdefizite infolge des Meningeoms oder dessen operativen Entfernung bestünden nicht. Die seit der operativen Exstirpation des Meningeoms 1998 auftretenden Sensibilitätsstörungen im Bereich des rechten Beins liessen sich aufgrund der Befunde nicht erklären. Weiter diagnostizierte sie einen Verdacht auf eine beginnende Hüftgelenksarthrose links. Zusammenfassend stellte die Gutachterin ein chronisches zerviko-zephalales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in den rechten Arm bei Status nach operativer Entfernung eines intraspinalen Meningeoms 1998 und residuellem Narbengewebe im Operationsbereich, zudem diskreten degenerativen Veränderungen der zervikalen Bandscheiben fest. Sie führte weiter aus, das Ausmass der Beschwerden und vor allem deren therapeutische Nichtbeeinflussbarkeit durch die objektiven Befunde liesse sich nicht ausreichend erklären, es fänden sich aber keine Hinweise für eine Symptomausweitung. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit gab sie an, dem Versicherten könnten nach wie vor leichte bis maximal mittelschwere, Rücken adaptierte wechselbelastende Tätigkeiten vollschichtig zugemutet werden, sofern repetitives oder dauerndes Arbeiten über Kopf und Arbeiten, welche eine Zwangshaltung der Halswirbelsäule und/oder des Oberkörpers bedingten, ausgeschlossen blieben. Ebenfalls nicht zugemutet werden könne repetitives Steigen von Treppen oder Leitern sowie ununterbrochenes Gehen länger als eine Stunde. Die Einschränkungen der Halswirbelsäule würden sicher seit dem 27. November 2003 bestehen. Die Einschränkungen bezüglich Belastung des Hüftgelenks würden ab dem Datum der aktuellen Untersuchung gelten. Die bisherige Tätigkeit sei als schwere Tätigkeit einzustufen und könne dem Exploranden nicht mehr zugemutet werden. Als weitere medizinische Massnahmen empfahl die Gutachterin ein aktives Vorgehen (Verbesserung der muskulären Nacken- und Schultergürtel- sowie Beckengürtelstabilisation), stellte aber aufgrund des bisherigen Verlaufs eine zurückhaltende Prognose und gab an, eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne durch keine medizinischen Massnahmen erreicht werden (act. IV/9.46 ff.).

E. 5.1.3

Im Gesamtgutachten vom 18. April 2007 kamen die Gutachter der MEDAS zum Schluss, die bisherige als schwer eingeschätzte Tätigkeit sei dem Exploranden nicht mehr zumutbar. Indessen seien ihm seit August 2004 leichte bis mittelschwere rückenadaptierte Tätigkeiten sowie solche, welche die beginnende Hüftarthrose berücksichtigten - wie im rheumatologischen Gutachten ausführlich dargelegt -, auch aus psychiatrischer Sicht vollschichtig zumutbar (act. IV/9.23 f.).

E. 5.1.4

Der Rheumatologe Dr. F. _____ stützte sich in seinem rheumatologischen Gutachten vom 11. Juli 2008 (act. IV/34) auf die ihm zur Verfügung gestellten Dokumente (medizinische Berichte der Vorakten, neu eingereichte Akten der behandelnden Ärzte sowie vom Exploranden mitgebrachte Akten) sowie auf die anlässlich der persönlichen Untersuchung festgestellten Befunde und Beobachtungen. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nahm er ausserdem zweimal zu den neu eingereichten Akten und Stellungnahmen der behandelnden Ärzte Stellung (act. 11.3, 20.3). Dr. F. _____ führte in seinem Gutachten ausführlich und nachvollziehbar aus, dass beim Exploranden zwar auf den Röntgenbildern klare degenerative Veränderungen sichtbar seien, diese aber vorliegend kaum Einfluss auf die Klinik hätten (act. IV/34.23 ff.). Er äusserte sich weiter ausführlich zu den Beurteilungen der behandelnden Ärzte sowie den subjektiven Angaben des Exploranden (act. IV/34.17, 27 ff.). Die behandelnden Ärzte hätten klinisch Verspannungen der Lendenwirbelsäule, aber keine bedeutenden Bewegungseinschränkungen oder neurologische Ausfälle festgestellt (act. IV/34.15 ff.). Anlässlich der Untersuchung bei Dr. F. _____ gab der Explorand an, er könne zirka eine Stunde gehen, dabei würden die Schmerzen leicht abnehmen, somit seien die Schmerzen beim Gehen deutlich weniger als beim Stehen oder Sitzen. Heben könne er 10 kg pro Arm, über Kopfhöhe konnte er in der Untersuchung ca. 8 kg problemlos heben (act. IV/34.21). Als für die Arbeitsfähigkeit einschränkend beurteilte Dr. F. _____ einzig das reaktive tendomyotische Zervikalsyndrom. Die beginnende Coxarthrose sowie die degenerativen Veränderungen an der Brust- und Lendenwirbelsäule, ohne symptomatische Bewegungseinschränkung bei unauffälliger Neurologie und ohne sensomotorische Defizite, würden die Arbeitsunfähigkeit nicht einschränken (act. IV/34.26 f.). Die von Dr. K. _____ festgestellte beginnende Coxarthrose sei zur Zeit asymptomatisch (act. IV/34.25, 30). Zur Zeit bestehe diesbezüglich keine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Dr. F. _____ bestätigte die Beurteilung von Dr. K. _____ und stellte fest, dass sie die Lendenwirbelsäule untersucht habe. Da jedoch weder klinisch noch anamnestisch von Seiten des Beschwerdeführers Angaben gemacht worden seien, habe sie dies offensichtlich nicht weiterverfolgt oder auf die Diagnoseliste aufgenommen. Auch bei der stationären Rehabilitationsbehandlung im Oktober 2004 sei die Lendenwirbelsäule im Rahmen der Standarduntersuchung mitberücksichtigt worden. Es habe keine lumbal-radikuläre Symptomatik bestanden, weshalb die Lumbalgie nicht auf die Diagnoseliste aufgenommen worden sei. Dr. E. _____ habe am 20. April 2007 (act. IV/14.2) für die beschriebene schwere Spondylodese der Lendenwirbelsäule kein entsprechendes klinisches Korrelat gefunden. In der fachärztlichen neurologischen Untersuchung von Dr. H. _____ vom 7. April 2008 (act. IV/41.4 f.) habe die Untersuchung im Bereich der Lendenwirbelsäule und unteren Extremitäten keine abnormen Befunde gezeigt. Auch die elektromyographische und die elektrographische Untersuchung hätten keine Denervierungszeichen ergeben, die Befunde seien als physiologisch beschrieben worden. Dr. F. _____ hielt weiter fest, diese festgestellten degenerativen Veränderungen würden schon länger bestehen,

schätzungsweise sieben bis acht Jahre. Während dieser Zeit seien keine klinischen Angaben von Seiten des Exploranden angegeben worden, die auf eine Einschränkung der Lendenwirbelsäule zurückzuführen wären. Unter diesen Umständen konnte Dr. F. _____ die als stark eingeschränkt beurteilte Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt und den behandelnden Orthopäden nicht nachvollziehen. Das Problem sei, dass der Explorand aufgrund der Beurteilungen seiner Ärzte der Überzeugung sei, dass seine Wirbelsäule total verbraucht sei und er diese nicht mehr belasten könne (act. IV/34.28 ff.). Der Gutachter beurteilte die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit insoweit, dass der Explorand grundsätzlich seinen angestammten Beruf weiter ausüben könne, allerdings nur mit einer Dispens vom Heben schwerer Lasten über 25 kg. Gemäss der Untersuchung bei unauffälliger Beweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten (bei leichter Einschränkung des linken Hüftgelenks), bei recht guter Beweglichkeit der Wirbelsäule, bei gut erhaltener roher Kraft an den oberen und unteren Extremitäten - im Übrigen seien diese wie bei früheren Untersuchungen gleich ausgefallen - lasse sich nur schwer eine Einschränkung oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, sei es qualitativ oder quantitativ begründen. Ansonsten sei der Explorand für leichte bis mittelschwere Tätigkeit vollschichtig bei einer allfälligen Leistungsminderung von höchstens 10% arbeitsfähig, dies ab September 2004 (act. IV/34.31 f.). Als medizinische Massnahme gab er an, die Morphiumtherapie des Exploranden könne er nicht nachvollziehen, und empfahl dem Huarzt, diese möglichst rasch zu reduzieren und auszuschleichen.

E. 5.1.5

Die behandelnden Ärzte stellten in der Folge im August 2008 fest, aufgrund der medizinischen Situation (Schmerzsituation wegen der Hals- sowie der Brust- und Lendenwirbelsäule) sei der Patient auf Morphium-Präparate angewiesen, was eine starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit bewirke (act. IV/39.2 ff.).

E. 5.2

Wie sich gestützt auf die medizinischen Akten zeigt, besteht vorliegend eine schwerwiegende andauernde Schmerzsymptomatik. Während die behandelnden Ärzte diese Schmerzen aufgrund der Folgen des im Jahr 1998 operierten Meningeoms der Halswirbelsäule und organischer Veränderungen der Brust- und Lendenwirbelsäule erklären, und diese unter anderem mit starken Schmerzmitteln mit erheblichen Nebenwirkungen behandeln, sind die Schweizer Gutachter der Auffassung, dass der Beschwerdeführer insbesondere gestützt auf die klinischen Befunde aus rheumatologischer Sicht nur beschränkt in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Aufgrund der medizinischen Akten ist auch festzustellen, dass bis im Dezember 2007 keine Hinweise für ein Rezidiv des Meningeoms oder ein progredienter Tumorrest ersichtlich waren (act. IV/29.6). Im Gutachten der MEDAS wird ausgeführt, dass die Schmerzen - falls diese organisch nicht erklärbar seien - sehr wohl in den bestehenden psychischen Belastungen begründet sein könnten. Indessen sei es dem Exploranden zumutbar, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit nachzugehen. Somit ergibt sich eine starke Divergenz zwischen der Auffassung der behandelnden Ärzte, insbesondere der Fachärzte Dr. E. _____ und Dr. H. _____, und der Feststellungen der Schweizer Rheumatologen (Dr. K. _____ und Dr. F. _____). Neben der eigenen ausführlichen Untersuchung des Exploranden wurden die in Deutschland erhobenen Diagnosen und Beurteilungen von Dr. F. _____ sorgfältig und ausführlich besprochen und nachvollziehbar beurteilt. Er hat sich zudem im Laufe des

Verfahrens nochmals zu den neuen (divergierenden) Berichten der Deutschen Ärzte geäußert (act. act. 11.3, 20.3). Die Schlussfolgerungen leuchten ein und sind ausführlich begründet. Es ist daher nicht ersichtlich, weshalb von den Erhebungen von Dr. F. _____ abgewichen werden sollte.

E. 5.3

Abgesehen von der unbestrittenen Schmerzproblematik und den ebenfalls unbestrittenen Einschränkungen der Halswirbelsäule konnten somit von den Schweizer Gutachtern keine invaliditätsrelevanten Einschränkungen objektiviert werden. Wie oben ausgeführt wurde, gelten gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts Schmerzstörungen ohne objektivierbares Substrat grundsätzlich als überwindbar (oben E. 4.5.1 f.). Zudem hat Dr. L. _____ aus psychiatrischer Sicht festgehalten, dass der Explorand über die Ressourcen verfüge, die Schmerzen zu überwinden, weshalb das Schmerzsyndrom ihn nur leicht in seiner Leistungsfähigkeit einschränke (oben E. 5.1.1). Somit ist das vorliegende Schmerzsyndrom nicht invaliditätsrelevant. Diesbezüglich ist zu ergänzen, dass offenbar auch der behandelnde Orthopäde Dr. E. _____ nicht von einer (vollen) Arbeitsunfähigkeit ausgeht. Er führte am 25. Juni 2007 aus, der Patient könne selbstverständlich vollschichtig eine leichte Tätigkeit ausüben (C-4455/2007 act. 1). Am 30. September 2009 - fast ein Jahr nach dem zu beurteilenden Zeitpunkt (siehe oben E. 2.4) - stellte er in der Beilage zur Quintuplik (act. 25.1) fest, er sei mit dem Patienten einig, dass keine Invalidität von 100% bestehe.

E. 5.4

Zusammenfassend ist demnach festzustellen, dass sowohl das Gutachten der MEDAS wie auch das Gutachten von Dr. F. _____ mit seinen beiden Ergänzungen ausführlich und nachvollziehbar begründet sind und für das Bundesverwaltungsgericht als de lege artis erstellt erscheinen. Es ist deshalb vollumfänglich auf die beiden Gutachten abzustellen. Darauf gestützt ist erstellt, dass beim Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% besteht.

E. 5.5

Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob die SVA aufgrund des von ihr vorgenommenen Einkommensvergleichs zu Recht auf einen Invaliditätsgrad von 30% geschlossen hat, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente ergibt.

E. 5.5.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung grundsätzlich die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (nachfolgend: BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen heranzuziehen (vgl. das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 75/03 vom 12. Oktober 2006 mit weiteren Hinweisen). Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich die für die Invaliditätsbemessung massgebenden Vergleichseinkommen eines im Ausland wohnenden Versicherten auf den gleichen Arbeitsmarkt beziehen müssen, weil es die Unterschiede in den Lohnniveaus und den Lebenshaltungskosten zwischen den Ländern nicht gestatten, einen objektiven Vergleich der in Frage stehenden Einkommen vorzunehmen (BGE 110 V 273 E. 4b, Urteil des Bundesgerichts I 817/05 vom 5. Februar 2007 E. 8.1, Urteil des

Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 262/02 vom 8. April 2003 E. 4.4).

E. 5.5.2

Bei der Festsetzung des Valideneinkommens ist vom letzten, vollständig geleisteten Jahreseinkommen 2004 von Fr. 69'557.-- bzw. Fr. 5'796.42 pro Monat auszugehen (vgl. act. IV/5.2), welches gemäss dem jeweiligen Index der Nominallöhne der Männer von 1975 im Jahr 2004 auf den Index von 2092 im Jahr 2008 (Basis: 1939 = 100, vgl. BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne 1976 - 2009) zu indexieren ist, was für das Jahr 2008 ein monatliches Einkommen von Fr. 6'139.80 ergibt.

E. 5.5.3

Der Berechnung des Invalideneinkommens sind für den Beschwerdeführer aufgrund seiner Behinderung noch leichte bis maximal mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Zwangshaltung der Halswirbelsäule oder des Oberkörpers im Umfang von 100% zumutbar. Die SVA legte dem Invalidenlohn den Durchschnittswert aller Wirtschaftszweige per 2004, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten; Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, des Arbeitsplatzes und Geschlecht, Privater Sektor; vgl. BGE 126 V 75 E. 3b/bb) von Fr. 4'588.-- zu Grunde. Da der Beschwerdeführer als gelernter Maschinenschlosser mit reichlich Berufserfahrung grundsätzlich bei Anforderungsniveau 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt) einzustufen wäre, und ihm aufgrund der medizinischen Beurteilung ein breites Spektrum von Einsatzmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (oben E. 4.9) verbleibt, ist die Annahme des Grundwerts des Listenlohnes abgestützt auf Lohnniveau 4 nicht zu beanstanden. Indessen ist auf den aktuellen Listenlohn des Jahres 2008 von Fr. 4'806.-- abzustellen.

E. 5.5.4

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), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei erlaubt ein Abzug vom statistischen Lohn von insgesamt höchstens 25%, den verschiedenen Merkmalen, die das Erwerbseinkommen zu beeinflussen vermögen, Rechnung zu tragen. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75). Die Vorinstanz hat unter Berücksichtigung einer invaliditätsrelevanten Beeinträchtigung des Beschwerdeführers einen Leidensabzug von 15% vorgenommen. Auch unter zusätzlicher Berücksichtigung des Alters und der Dauer der Abwesenheit des Beschwerdeführers vom Arbeitsmarkt - wie unten ausgeführt - besteht kein Anlass, in das Ermessen der Vorinstanz einzugreifen.

E. 5.5.5

Indexiert auf das Jahr 2008 (Verfügung vom 15. Oktober 2008) und unter Festlegung des dem Beschwerdeführer zumutbaren Lohns wird das Invalideneinkommen wie folgt berechnet: Tabellenlöhne 2008, Männer, Kategorie 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Totalwert: Fr. 4'806.--. Dieser Tabellenlohn bezieht sich auf eine 40-Stundenwoche. Die übliche mittlere Wochenarbeitszeit bei einer 100%-Beschäftigung im Jahr 2008 betrug durchschnittlich 41.6 Stunden, was vorliegend Fr. 4'998.24 ergibt (vgl. BFS,

Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche, 2006 - 2009). Abzüglich des Leidensabzugs von 15% beträgt das Invalideneinkommen für ein ganzes Pensum im Jahr 2008 Fr. 4'248.50 (4'998.24 - 15%). In Anwendung dieser Werte ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 31% ($\frac{6'139.80 - 4'248.50}{6'139.80} \times 100 = 30.80\%$). Dr. F._____ zog in seinem Gutachten in Betracht, dass bei einer Verweistätigkeit unter Umständen von einer Leistungsminderung von allerhöchstens 10% ausgegangen werden könnte (act. IV/34.32); eine solche wurde von der Vorinstanz nicht berücksichtigt. Die Berücksichtigung der genannten Leistungsminderung ergäbe folgende Berechnung: 90% des Tabellenlohns (90%-Pensum, 41.6 Wochenstunden bei 100%) ergeben Fr. 4'498.42 (4'998.24 x 90%) und abzüglich eines Leidensabzugs von 15% einen Invalidenlohn von Fr. 3'823.66 (Fr. 4'498.42 - 15%). Somit resultierte ein IV-Grad von gerundet 38% ($\frac{6'139.80 - 3'823.66}{6'139.80} \times 100 = 37.72\%$).

E. 5.6

Da demnach kein Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht, hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente und dringt somit mit seinem Hauptantrag, ihm sei eine IV-Rente zuzusprechen, nicht durch. In antizipierter Beweiswürdigung besteht aufgrund der Aktenlage auch kein Anlass, vorliegend weitere Abklärungen vorzunehmen. Die Beschwerde ist deshalb - auch bezüglich des Subsidiärantrags - vollumfänglich abzuweisen.

E. 6

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.-- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 11. Mai 2009 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Sie sind von der unterliegenden Partei zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG) und mit dem am 16. Dezember 2008 geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen.

E. 6.2

Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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