

BVGer C-7531/2008 vom 11. Dezember 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-12-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7531_2008

FR: TAF C-7531/2008 du 11 décembre 2009

IT: TAF C-7531/2008 del 11 dicembre 2009

Regeste

Invalidenversicherung (IV)

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes 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 vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 2.2

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG sowie Art. 52 VwVG).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger und lebt in Frankreich. Daher ist 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 (Art. 80a IVG). Die bis dahin zwischen der Schweiz und den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft geltenden zwischenstaatlichen Abkommen über die soziale Sicherheit werden grundsätzlich mit Inkrafttreten des FZA insoweit suspendiert, als letzteres denselben Sachbereich regelt (Art. 20 FZA). 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 253 E. 2.4).

E. 3.2

Demnach bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem ATSG und dem IVG.

E. 3.3

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Vorliegend wird der Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2008 nach den Normen der zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen 5. IV-Revision beurteilt. Für die Zeit davor finden die vormaligen Normen Anwendung.

E. 4

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Grenzgängerin oder der Grenzgänger 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 IVBS arbeitete, war die IVBS für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die Verfügung vom 27. Oktober 2008 zu Recht von der IVSTA erlassen.

E. 5.1

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. 5.2

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 insbesondere in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

E. 5.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе 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. 5.4

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). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). 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 20 E. 2b).

E. 5.5

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. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung darf und soll der Richter im Allgemeinen der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen).

E. 6.1

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die IVSTA zu Recht das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 17. Oktober 2007 abgewiesen und einen Rentenanspruch verneint hat.

E. 6.2

Die Voraussetzung der - noch nach altem Recht zu beurteilenden - Mindestbeitragsdauer von zwölf Monaten (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden

Fassung) ist erfüllt. Es bleibt daher zu prüfen, ob der Beschwerdeführer in rentenrelevantem Ausmass invalid ist.

E. 6.3

Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 29 Abs. 1 IVG (ab 1. Januar 2008: Art. 28 Abs. 1 IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Dauerinvalidität, Art. 7 ATSG) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig war (lang dauernde Krankheit, Art. 6 ATSG, vgl. BGE 121 V 264 E. 5 und 6). Seit dem 1. Januar 2008 wird vorab ausdrücklich vorausgesetzt, dass die Versicherten ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG). Meldet sich ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden die Leistungen in Abweichung von Artikel 24 Abs. 1 ATSG lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten nach Kenntnisnahme vornimmt (vgl. Art. 48 Abs. 1 und 2 IVG in der bis Ende 2007 geltenden Fassung, welche hier auf Grund der vor dem 1. Januar 2008 erfolgten Anmeldung massgebend ist). Daher ist im Folgenden zu prüfen, ob der Beschwerdeführer im Zeitraum vom 22. Oktober 2006 (ein Jahr vor Eingang der Anmeldung bei der IVBS) bis 27. Oktober 2008 (Datum der angefochtenen Verfügung) in rentenbegründendem Umfang erwerbsunfähig war.

E. 6.4

Die folgenden gesetzlichen Grundlagen und von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze sind für die Beurteilung der Streitsache massgebend:

E. 6.4.1

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. 6.4.2

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). 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. 6.4.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG).

E. 6.4.4

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. 6.5

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (ab 1. Januar 2008: Art. 28 Abs. 2 IVG) besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente.

E. 7.1

Zum gesamten Gesundheitszustand und zur Frage der resultierenden Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers äussern sich je das sogenannte "rheumatologische Gutachten" (zu welchem im Folgenden auch die Ergänzung vom 14. Januar 2009 gezählt wird) und Dr. K._____ in ihren diversen Arztberichten, Arztzeugnissen und Krankenscheinen.

E. 7.2

Bei den Akten finden sich die folgenden medizinischen Unterlagen und Stellungnahmen: ein Radiologie-Befund von Dr. G._____ vom 13. Januar 2003 (IV/6 S. 21); ein Echographie-Befund des Centre Hospitalier de Y._____ vom 6. September 2004 (IV/6 S. 15 f.); ein UVG-Arztbericht von Dr. H._____ vom 25. August 2006 (IV/3 S. 3); vier Radiologie-Befunde des Cabinet de Radiologie et d'Imagerie Medicale (Y._____; Dres. I._____ und J._____) vom 23. August 2005, 29. September 2005, 16. Mai 2006 und 23. Februar 2007 (IV/6 S. 17-20); ein "Ärztliches Zeugnis Krankenversicherung" von Dr. K._____ (Allgemeinmedizinerin; mit dem Beschwerdeführer nicht verwandt [vgl. IV/6 S. 10]) vom 14. März 2007 (IV/6 S. 29); ein Arztzeugnis von Dr. K._____ vom 2. April 2007 (IV/6 S. 28); ein Arztbericht von Dr. K._____ vom 8. Juli 2007 (IV/6 S. 26 f.); fünf Exemplare eines Krankenscheins von Dr. K._____ vom 26. April, visiert per 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, 1. August, 1. September und 1. Oktober 2007 (IV/6 S. 13 und S. 22-25); zwei "Arztberichte für Erwachsene" von Dr. K._____ vom 30. Oktober und 28. November 2007 (IV/8 und IV/12); eine Notiz von Dr. K._____ (an einen anderen Arzt gerichtet; Namen, Datum und Inhalt unleserlich) (IV/6 S. 14); das "rheumatologische Gutachten" der Rheumatologischen Universitätsklinik D._____ vom 22. Juli 2008 (IV/16); drei Stellungnahmen des RAD vom 11. Juni, 18. August und 13. Oktober 2008 (IVBS-Protokoll S. 2 und 3); eine Ergänzung des "rheumatologischen Gutachten" vom 14. Januar 2009 (IV/26).

E. 7.2.1

Im "rheumatologischen Gutachten" wurden folgende Diagnosen erstellt: Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: zervikospondylogenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom; Sprunggelenksarthrose rechts; Verdacht auf Gonarthrose links; Polyarthrose der Finger beidseits. Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus hypertensive Kardiopathie EKG 09/07:

Diastolische Relaxationsstörung, linksventrikuläre EF (Ejektionsfraktion, Herzauswurffraktion) 70%, minime Mitralklappeninsuffizienz kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie (gemessen: 180/100mmHg), Diabetes mellitus, Status nach Nikotinabusus, Adipositas (BMI: 33); Presbyakusis (Altersschwerhörigkeit) beidseits Versorgung mittels Hörgerät.

E. 7.2.2

Gemäss dem "rheumatologischen Gutachten" ist der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei er hingegen zu 100% (8 Std./Tag) arbeitsfähig. Dabei müsse eine wechselnde Tätigkeit mit leichter bis mittelschwerer Belastung ohne monotone, einseitige Körperhaltung (sondern mit Möglichkeit zu einem regelmässigen Lagewechsel) und ohne die Notwendigkeit von Tragen von Gegenständen und Heben von Lasten von über 10 kg (bzw. ohne axiale Belastung von mehr als 10 kg) durchführbar sein. Es seien nur "limitierte" Gehstrecken zumutbar. Das Verrichten von manuellen Tätigkeiten bzw. eine manuell belastende Tätigkeit sei zu vermeiden. Der Faustschluss sei nicht vollständig durchführbar. Gemäss Ergänzung vom 14. Januar 2009 sei das dahingehend zu verstehen, dass manuelle Tätigkeiten zwar ausführbar, dass repetitive manuelle Belastungen aber zu vermeiden seien. Als Beispiel für eine zumutbare Tätigkeit nennen die Ärzte Überwachungsaufgaben (vgl. IV/16 S. 8-12; IV/26).

E. 7.3.1

Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes durch Dr. K. _____ sind primär ihre beiden Arztberichte vom 30. Oktober und 28. November 2007 beizuziehen (IV/8 und IV/12). Ergänzend sind das Zeugnis vom 14. März 2007 und der Bericht vom 8. Juli 2007 zu berücksichtigen (IV/6 S. 20 und 29).

E. 7.3.2

Die von Dr. K. _____ erstellten Diagnosen können auf Grund der beiden erstgenannten Arztberichte wie folgt zusammengefasst werden: Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: bösartige arterielle Hypertonie (seit 2000); insulin-independent Diabetes (seit 2006); Gelenkschmerzen: Schmerzen arthritischen Ursprungs mit multifaktorieller Ätiologie (Wirbelsäule, linkes Knie, rechtes Fussgelenk) (seit 1993); Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: zerviko-brachiale Neuralgie (zervikale Arthrose) (seit 2007); rezidivierende Epistaxis (Nasenbluten) (seit 2006);

E. 7.3.3

Dr. K. _____ attestiert dem Beschwerdeführer ab dem 2. Februar 2007 (jedenfalls bis 30. November 2007; die letzte dokumentierte Untersuchung durch Dr. K. _____ erfolgte am 28. November 2007) eine Arbeitsunfähigkeit von 100% in der bisherigen Tätigkeit. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtere sich, das Gehen sei schmerzhaft, das Stehen mühsam und beides nur während einer Viertelstunde alle zwei Stunden möglich. Da der Blutdruck labil sei und das Risiko einer Hypoglykämie bestehe, sei ein gesunder Lebensstil ohne Stress notwendig, weshalb auch eine angepasste Verweisungstätigkeit nicht zumutbar sei (vgl. auch die Aussage von L. _____ von der letzten Arbeitgeberin gegenüber M. _____ [im Folgenden: Krankentaggeldversicherer] am 10. September 2007 [vgl. IV/6 S. 7], wonach der Beschwerdeführer ein sehr besorgter Mitarbeiter und unter Druck oder bei Unsicherheit sehr nervös gewesen sei, weshalb es zu zahlreichen Unfällen gekommen sei).

E. 7.4

Das "rheumatologische Gutachten" und die Stellungnahmen von Dr. K._____ sind insofern miteinander vereinbar, als sie die selben Beschwerdebilder beschreiben (wenn auch mit teilweise abweichenden Diagnosen) oder sich diesbezüglich gegenseitig ergänzen. Die übrigen medizinischen Unterlagen stützen diese Diagnosen teilweise, widerlegen sie jedenfalls nicht. Die "Gutachter" und Dr. K._____ gehen übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig ist. Dies entspricht auch der Sichtweise der Parteien. Das Bundesverwaltungsgericht sieht sich nicht dazu veranlasst, von dieser medizinischen Beurteilung abzuweichen und macht sie sich zu eigen.

E. 7.5.1

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Verweisungsfähigkeit widersprechen sich die Beurteilungen der "Gutachter" und die Aussagen von Dr. K._____ diametral: Während erstere dem Beschwerdeführer eine angepasste Verweisungstätigkeit zu 100% zumuten, hält letztere eine Verweisungstätigkeit für gänzlich unzumutbar.

E. 7.5.2

Da Dr. K._____ den Beschwerdeführer seit 1998 als Hausärztin behandelt (was die Beweiskraft ihrer Stellungnahmen im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung schwächt, vgl. oben E. 5.5), sie ihre Beurteilung in keiner Art und Weise begründet und ihr letzter Bericht rund acht Monate vor dem "rheumatologischen Gutachten" bzw. elf Monate vor Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt wurde, ist für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit nicht auf die Beurteilung von Dr. K._____ abzustellen.

E. 7.5.3

Eine höhere Beweiskraft weist hingegen das "rheumatologische Gutachten" auf, zumal es auf einer Untersuchung durch zwei Ärzte beruht, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt wurde (vgl. IV/16 S. 3 f.), die Untersuchungsergebnisse darlegt und die Schlussfolgerungen weitgehend begründet. Allerdings weist das "Gutachten" gemessen an den Anforderungen des Bundesgerichts (vgl. oben E. 5.5) diverse Mängel auf (vgl. nachfolgend E. 7.5.4 und 7.5.5).

E. 7.5.4

Da die abweichende, von Dr. K._____ mehrfach bekräftigte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit den begutachtenden Ärzten bekannt war (vgl. IV/16 S. 3 f.) hätte im Rahmen des Gutachtens eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Beurteilung von Dr. K._____ betreffend die Intensität der entsprechenden Beschwerdebilder und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweisungstätigkeit erfolgen müssen, was vorliegend nicht geschah. Eine solche Auseinandersetzung wurde im Übrigen auch nicht durch den RAD vorgenommen. Diesbezüglich erweist sich das "Gutachten" somit als unvollständig und nicht schlüssig.

E. 7.5.5

Wie bereits ausgeführt (vgl. oben E. 7.2.2) geht das "rheumatologische Gutachten" unter Bezugnahme auf die diagnostizierte Fingerpolyarthrose davon aus, dass eine Einschränkung der manuellen Fähigkeiten bzw. der zumutbaren manuellen Tätigkeiten besteht. Die

Angaben zur entsprechenden Einschränkung sind allerdings (wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht) unklar bzw. widersprüchlich. So soll einmal (allgemein) das "Verrichten von manuellen Tätigkeiten" zu vermeiden sein, ein anderes Mal (nur) "eine manuell belastende Tätigkeit" (vgl. IV/16 S. 11 und S. 9). Weiter soll einerseits der "Faustschluss nicht vollständig durchführbar" sein, andererseits soll das Tragen von Lasten bis zu 10 kg (implizite ohne Einschränkung betreffend die Greifmöglichkeiten bezüglich der entsprechenden Lasten) möglich sein (vgl. IV/16 S. 6 und S. 11). Auch die diesbezüglich von der IVSTA im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingeholte Ergänzung zum Gutachten vom 14. Januar 2009 (IV/26) verschafft keine Klärung. Indem darin zugleich Tätigkeiten "ohne grosse manuelle Belastung" als denkbar bezeichnet, "manuelle Tätigkeiten" als ausführbar deklariert und "repetitive manuelle Belastungen" als zu vermeiden klassiert werden, werden die zu wenig präzisen Angaben der begutachtenden Ärzte lediglich bekräftigt und gar neue Widersprüche geschaffen. So bleibt ungeklärt, welche Art von manueller Tätigkeit dem Beschwerdeführer in welchem Umfang und unter welchen Umständen bzw. Einschränkungen zugemutet werden kann. Da eine aufschlussreiche Ergänzung des Gutachtens auf blosser Anfrage hin nicht möglich war, ist die Abklärung des rheumatischen/arthritischen Beschwerdebild an den Händen als ungenügend und damit auch das "Gutachten" als diesbezüglich nicht schlüssig zu betrachten, weshalb das Bundesverwaltungsgericht keine abschliessende Würdigung der Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten vornehmen kann. Da auf Grund der Aktenlage gewichtige Anzeichen dafür bestehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Einschränkungen seiner manuellen Fähigkeiten auch in leichten bis mittelschweren Verweisungstätigkeiten nicht zu 100% arbeitsfähig ist, besteht diesbezüglich ein entsprechender Abklärungsbedarf.

E. 7.5.6

Die IVSTA hat daher eine neue rheumatologische Begutachtung zu veranlassen, insbesondere mit Blick auf die Einschränkungen der beiden Hände. Dabei ist eine eingehende Befunderhebung und Diagnosestellung vorzunehmen und sind die noch möglichen manuellen Tätigkeiten und Funktionen sowie deren zeitlichen und funktionalen Einschränkungen (insbesondere betreffend Fein- und Grobmotorik, Handrotation und Beidhändigkeit) zu umschreiben. Darauf gestützt ist eine nochmalige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten unter Angabe spezifischer Berufsfelder vorzunehmen.

E. 7.6

Wie der RAD, die IVSTA und der Beschwerdeführer zutreffend festhalten, erwähnte der Beschwerdeführer die angeführten Blackouts bis zu seiner Stellungnahme zum Vorbescheid nie - nicht gegenüber der IVBS, nicht gegenüber den diversen behandelnden/begutachtenden Ärztinnen und Ärzten und nicht gegenüber den Vertretern des Krankentaggeldversicherers. Ausserdem äusserte sich der Beschwerdeführer weder in der Stellungnahme zum Vorbescheid noch im Rahmen des Beschwerdeverfahrens ansatzweise substantiiert zu den Blackouts (z.B. betreffend deren Beginn, Häufigkeit, Dauer und Auswirkungen). Auch sind aus den verschiedenen ärztlichen Untersuchungen keinerlei Hinweise auf Blackouts ersichtlich. Unter diesen Umständen kann der Vorinstanz keine Verletzung ihrer Untersuchungspflicht vorgeworfen werden und ist auf die ärztlich diagnostizierten Gesundheitsbeschwerden (vgl. E. 7.2 f.) abzustellen.

E. 7.7

Die Beschwerde ist daher insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 27. Oktober 2008 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

E. 8

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers haben sich die "Gutachter" zu Recht auf die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beschränkt und nicht geprüft, inwiefern eine allenfalls verbleibende Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar ist. Diese Frage ist nicht von den Ärzten, sondern von der Verwaltung (bzw. im Streitfall durch das Gericht) zu beurteilen (vgl. oben E. 5.4). Allerdings setzt dies voraus, dass die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit ausreichend genau und korrekt erörtert wurde. Da der medizinische Sachverhalt weiterer Abklärungen bedarf, kann vorliegend offen bleiben, ob die IVSTA die Verwertbarkeit der von ihr angenommenen Restarbeitsfähigkeit (korrekt) beurteilt hat.

E. 9

Bei diesem Ausgang des Verfahrens kann grundsätzlich offen bleiben, ob die IVSTA den Einkommensvergleich (inkl. Leidensabzug) korrekt vorgenommen hat. Hierzu ist jedoch Folgendes zu vermerken. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich ein Abzug von maximal 25% vom Tabellenlohn in Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Merkmale zulässig (BGE 126 V 75 E. 5b/cc). Neben der gesundheitlichen Beeinträchtigung können insbesondere das Alter, die Dauer der Betriebszugehörigkeit, die Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie der Beschäftigungsgrad die Lohnhöhe beeinflussen (BGE 126 V 75 E. 5a, bestätigt in BGE 129 V 472 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Der Abzug soll indessen nicht schematisch, sondern bezogen auf den Einzelfall vorgenommen werden (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). In Anbetracht der Gesamtheit der persönlichen und beruflichen Umstände des Beschwerdeführers hält das Bundesverwaltungsgericht, den von der kantonalen IV-Stelle beantragten und der IVSTA verfüigten Leidensabzug von 5% als zu niedrig und bezweifelt, dass auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zugestandene Erhöhung des Leidensabzugs um weitere 5% (vgl. act. 3 und 3.1) der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ausreichend Rechnung trägt. Insbesondere ist der Beschwerdeführer für manuelle Tätigkeiten auch in einfachen Hilfstätigkeiten auf dem LSE-Anforderungsniveau 4 eingeschränkt. Ausserdem war er beim Erlass der angefochtenen Verfügung 62 Jahre alt, seit 1985 im gleichen Betrieb tätig und weist er eine noch längere Tätigkeit im selben Berufsfeld auf, weshalb sich eine Umschulung und Einarbeitung in eine neue Tätigkeit als schwierig erweisen dürfte. Die kantonale IV-Stelle und die IVSTA werden daher beim Einkommensvergleich die vom Bundesgericht aufgestellten Kriterien vertieft zu prüfen haben.

E. 10.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6). Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Es sind daher keine Verfahrenskosten aufzuerlegen.

E. 10.2

Der obsiegende, vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteienschädigung zu Lasten der Verwaltung. Diese ist unter Berücksichtigung des aktenkundigen Aufwands auf Fr. 1'500.- festzulegen.

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