

BVGer C-8228/2010 vom 7. Januar 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-01-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-8228_2010

FR: TAF C-8228/2010 du 7 janvier 2013

IT: TAF C-8228/2010 del 7 gennaio 2013

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] sowie Art. 40 Abs. 2 [3. Satz] und Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

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

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2010 (act. 18 und 19) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 27. Oktober 2010 (act. 18 und 18), mit welcher der Rentenanspruchs des Versicherten bei einem IV-Grad von 33 % abgewiesen worden ist. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 1.5

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2

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

E. 2.1

Der Beschwerdeführer besitzt die Schweizer Staatsbürgerschaft und wohnt in Frankreich, so dass vorliegend Schweizer Recht anwendbar ist.

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, 131 V 11 E. 1), sind die Leistungsansprüche für die Zeit ab dem 1. Januar 2008 nach den neuen Normen zu prüfen (vgl. zur "pro rata temporis"-Regel BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des 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. Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision geschaffenen Art. 29 Abs. 1 IVG sprechen für dessen grundsätzlich sofortige Anwendung auch in Fällen, wo die einjährige Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bzw. aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG beim Inkrafttreten am 1. Januar 2008 noch nicht abgelaufen ist. Es kann offenbleiben, ob eine Übergangsordnung, die nach der Dauer der Ende 2007 bereits zurückgelegten Wartezeit differenziert, am besten den Anforderungen von Verfassung und Gesetz genügt. Bei einer einheitlichen Regelung kann jedenfalls die Anmeldefrist anspruchswahrend maximal bis Ende Juni 2008 erstreckt werden. Das Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 (5. IV-Revision und Intertemporalrecht), soweit es eine Anmeldefrist bis Ende 2008 vorsieht, ist gesetzeswidrig (vgl. das zur Publikation vorgesehene Urteil des BGer 9C_562/2012 vom 18. Oktober 2012 E. 3.3 ff.). Im vorliegenden Verfahren finden grundsätzlich jene Vor-

schriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 27. Oktober 2010 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche 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]). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

E. 2.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.4 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens eines vollen Jahres gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden bzw. während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet (act. 86 und 120), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente sowohl gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden als auch laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

E. 2.4

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: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

E. 2.5

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, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend gegeben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 2.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die

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

E. 3

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2010 (act. 18 und 19) lagen der Vorinstanz resp. der IV-Stelle BS insbesondere die nachfolgend zusammengefasst wiedergegebenen ärztlichen Dokumente vor:

E. 3.1

Dr. med. D. _____ vom MedicalService der SBB führte am 7. März 2007 aus, die bereits vorgängig bestehende Adipositas habe sich seit der letzten Untersuchung vom 28. Februar 2007 noch verstärkt. Zusätzlich liege als Hauptproblem eine Coxarthrose vor. Eine Arbeit "auf dem Schultergelenk" komme aufgrund der Probleme am Bewegungsapparat und der allgemeinen Situation nicht in Frage (act. 12 S. 27). Am 30. Oktober 2007 berichtete Dr. med. E. _____ vom MedicalService der SBB, dass Dr. med. F. _____ die Einschätzung vom MedicalService bestätigt habe; dieser habe vorgeschlagen, mit einer operativen Intervention zuzuwarten. Der Versicherte selber habe mit Schreiben vom 22. Oktober 2007 darüber orientiert, dass Ende Oktober der Eingriff doch vorgenommen würde (act. 12 S. 24; vgl. diesbezüglich auch act. 12 S. 21 bis 23). Dr. med. G. _____ erwähnte in seinem Bericht vom 12. August 2008, es bestünden im Wesentlichen drei gesundheitliche Probleme: eine vorbekannte, in etwa stabile Störung der Hörfähigkeit, ein Zustand nach Hüftoperation rechts mit bislang günstigem Verlauf sowie ein massives Übergewicht (act.

12 S. 19 bis 20). Am 22. Juni 2009 führte die Chefarztstellvertreterin Dr. med. H. _____ vom MedicalService aus, anlässlich eines Telefongesprächs mit Dr. med. J. _____ hätten sich folgende Quintessenzen ergeben: der Versicherte schein gut auf die CPAP-Behandlung angesprochen zu haben. Dr. med. J. _____ sei aber nach wie vor etwas skeptisch bezüglich Reintegration als Lokomotivführer; eine Rückkehr in diese Tätigkeit schliesse er nicht aus (act. 12 S. 13; vgl. hierzu auch act. 12 S. 3). Im undatierten, bei der IV-Stelle BS am 27. August 2009 eingegangenen Bericht des Pneumologen Dr. med. J. _____ wurde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Schlafapnoesyndrom seit Februar 2009 erwähnt (act. 7; vgl. auch weitere Berichte dieses Arztes [act. 10 S. 7, 12 S. 14 und 15]). Dr. med. H. _____ berichtete am 6. November 2009, aufgrund der durchgeführten spezialärztlichen Untersuchung sei ein Einsatz als Lokomotivführer oder im Geleisefeld aufgrund des Hörvermögens weiterhin denkbar (act. 12 S. 4 bis 8). Dr. med. F. _____ stellte in seinem Bericht vom 24. November 2009 dieselbe Diagnose. Er berichtete weiter von einem Diabetes des Typs II, welcher keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Er attestierte dem Beschwerdeführer ab Februar 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Lokomotivführer und hielt weiter dafür, andere berufliche Tätigkeiten seien zumutbar (act. 10 S. 2 bis und mit 6). Am 30. November 2009 stellte med. pract. I. _____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst beider Basel (im Folgenden: RAD) nach Rücksprache mit dem Eingliederungsmanager resp. der Eingliederungsmanagerin fest, die versicherte Person schein beim derzeitigen Arbeitgeber an einem angepassten Arbeitsplatz in einem vollzeitlichen Pensum optimal eingegliedert. Aus Sicht des RAD sei derzeit kein weiteres Eingliederungspotential vorhanden (act. 22 S. 3; vgl. auch act. 11).

E. 3.2

Aufgrund des Berichts von Dr. med. F. _____ vom 24. November 2009 und die spezialärztlichen Berichte des Pneumologen Dr. med. J. _____ sowie der Stellungnahmen des MedicalService der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers ist ohne weiteres nachvollziehbar und rechtsgenügend erstellt, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Lokomotivführer seit Februar 2009 vollständig arbeitsunfähig ist.

E. 3.3

Betreffend die dem Beschwerdeführer noch zumutbaren Verweistätigkeiten vertrat die IV-Stelle BS in ihrer Stellungnahme vom 4. Januar 2011 die Auffassung, es liege eine klare medizinische Zumutbarkeitsbeurteilung vor; das "Profil" ergebe sich nicht zuletzt aufgrund der vom Beschwerdeführer seit Februar 2009 SBB-intern ausgeübten Tätigkeiten - zuletzt als Hausmeister. Dieser Beurteilung kann aus folgenden Gründen nicht gefolgt werden:

E. 3.3.1

Wie bereits vorstehend erwähnt (vgl. E. 2.6 hiervor), ist es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin, sich darüber zu äussern, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist, wobei diese ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage sind, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person ab welchem Zeitpunkt noch zugemutet werden können. Zwar muss arbeitsrechtlich in Erscheinung getreten sein, dass eine versicherte Person - etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte

Arbeitsausfälle - an funktionellem Leistungsvermögen eingebüsst hat (vgl. Urteil des BGer 8C_380/2009 vom 17. September 2009). Obwohl folglich diesbezügliche Angaben einer Arbeitgeberin oder eines Arbeitgebers grundsätzlich nicht ausser Acht zu lassen sind, ist gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung jedoch eine fachärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung unabdingbar. Insofern genügt die Beurteilung der Vorinstanz bzw. der IV-Stelle BS, das "Profil" ergebe sich nicht zuletzt aufgrund der vom Beschwerdeführer seit Februar 2009 SBB-intern ausgeübten Tätigkeiten, den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein rechtsgenügendes Zumutbarkeitsprofil nicht. Daraus folgt auch, dass die beschwerdeweise von der SBB gemachten Angaben, wonach zufolge der Einschränkungen bei bücken- und knienden Tätigkeiten und des längeren Pausenbedarfs eine mindestens 20%ige Leistungseinschränkung resultiert habe, nicht vorbehaltlos übernommen werden können. Im Übrigen hat die Arbeitgeberin beschwerdeweise am 26. November 2010 darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer in den erwähnten Interimstätigkeiten nicht reintegriert werden könne, da es sich dabei nicht um eine offizielle freie Stelle handle (B-act. 1 S. 2 und 3).

E. 3.3.2

Entgegen der Auffassung der Vorinstanz resp. der IV-Stelle BS liegt keine klare medizinische Zumutbarkeitsbeurteilung vor. Zwar vertrat Dr. med. F. _____ in seinem Bericht vom 24. November 2009 die Meinung, dass für andere Berufstätigkeiten eine Zumutbarkeit ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit gegeben sei. Diese rudimentär abgefasste Beurteilung genügt den Anforderungen an ein rechtsgenügendes Zumutbarkeitsprofil jedoch nicht. Daran ändert nichts, dass sich Dr. med. F. _____ auf dem Zusatzblatt zur Frage, welche Arbeiten dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Einschränkungen in behinderungsangepasster Tätigkeit noch zumutbar seien, geäußert hat. Dies insbesondere deshalb, weil er die Fragen nach dem zeitlichen Rahmen der Zumutbarkeit in den einzelnen beruflichen Aktivitäten nicht beantwortet und keine Prozentangaben zum entsprechenden Leistungsvermögen gemacht hatte. Unter diesen Umständen ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. hierzu BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2; RKUV 2001 U 413 S. 86 E. 5b) erstellt, dass der Beschwerdeführer in sämtlichen, von Dr. med. F. _____ mit "ja" beantworteten Aktivitäten ganztags eine volle Leistung erbringen könnte. Weiter erwähnte Dr. med. F. _____ die Notwendigkeit von unterstützenden Hilfsmitteln, ohne diese weiter zu qualifizieren. Schliesslich kommt hinzu, dass verlässliche und rechtsgenügende Angaben zum Konzentrations- und Anpassungsvermögen, zur Anpassungsfähigkeit sowie zur Belastbarkeit nicht aktenkundig sind. Auch aus der RAD-ärztlichen Stellungnahme von med. pract. I. _____ vom 30. November 2009 ergibt sich kein rechtsgenügendes Leistungskalkül. Einerseits wurde darin nicht über die dem Beschwerdeführer noch zumutbaren Verweisungstätigkeiten berichtet. Andererseits war auch die Aussage, der Versicherte scheine beim derzeitigen Arbeitgeber an einem angepassten Arbeitsplatz in einem vollzeitlichen Pensum optimal eingegliedert, mit einer gewissen, zu klärenden Unsicherheit behaftet.

E. 4.1

Nach dem Dargelegten ist zusammenfassend festzustellen, dass die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht nicht vollständig resp. rechtsgenügend festgestellt und gewürdigt hat (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die

Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Erhebung der bisher nicht rechtsgenüßlich geklärten Frage nach den dem Beschwerdeführer noch zumutbaren leidensadaptierten Verweistätigkeiten resp. dessen Zumutbarkeitsprofil begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Im Rahmen der zusätzlich erforderlichen, ergänzenden medizinischen Abklärung sind sämtliche bisher verfassten ärztlichen Berichte zu berücksichtigen. Berücksichtigung zu finden haben auch die beschwerdeweise geltend gemachten Knie- und Rückenprobleme, zumal nicht rechtsgenüßlich erstellt ist, ob diese tatsächlich erst nach dem massgeblichen Verfügungszeitpunkt eingetreten sind, beurteilte doch Dr. med. F. _____ Kauern und Knien als nicht zumutbar (vgl. act. 10 S. 6). Nach Vorliegen der entsprechenden Ergebnisse hat die Vorinstanz ergänzende Abklärungen hinsichtlich der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in die Wege zu leiten (vgl. Urteile I 462/02 des EVG vom 26. Mai 2003 und 9C_921/2009 des BGer vom 22. Juni 2010). Weiter hat sie erneut einen (bezahlten) Einkommensvergleich durchzuführen und neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

E. 4.2

Bereits im vorliegenden Verfahren ist festzuhalten, dass im Rahmen der Bemessung der Invalidität von einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 106'316.- jährlich auszugehen ist, wie dies der Versicherte beschwerdeweise hat vorbringen lassen und litis pendente von der Vorinstanz resp. der IV-Stelle BS anerkannt worden war. Die Frage, ob der Beschwerdeführer bei den bis Ende Februar 2011 interimistisch ausgeübten Tätigkeiten tatsächlich eine 20%ige Leistungseinschränkung aufgewiesen hat und ob beim hypothetischen Invalideneinkommen das Anforderungsniveau 3 oder 4 der Tabelle TA1 zur Anwendung gelangt, kann weiter erst nach Vorliegen der ergänzenden medizinischen Abklärungen eindeutig festgelegt werden. Bereits im vorliegenden Urteil ist jedoch darauf hinzuweisen, dass mit Blick auf den mutmasslichen Beginn des Rentenanspruchs am 1. März 2010 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG; E. 2.2 hiervor) die LSE 2010 beizuziehen ist (vgl. hierzu BGE 129 V 222, 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1).

E. 5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass die Beschwerde vom 26. November 2010 insoweit gutzuheissen ist, als dass die angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2010 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zum Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 6

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

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Der obsiegende Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- und für nichtanwältliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt.

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