



Abteilung III
C-2786/2006
{T 0/2}

Urteil vom 23. April 2007

Mitwirkung: Richter Frölicher; Richter Mesmer; Richter Parrino ;
Gerichtsschreiberin Fankhauser.

X._____, (Frankreich)

Beschwerdeführer, vertreten durch Advokat und Notar Dr. Thomas M. Petitjean,
Rheinsprung 1, Postfach 1911, 4001 Basel,

gegen

**Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) IV-Stelle für Versicherte im
Ausland**, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz,

betreffend

Invalidität (Einspracheentscheid vom 8.5.2006).

Sachverhalt:

- A. X._____, geboren am 23. März 1948, wohnhaft in Y._____ (Frankreich), arbeitete seit 1979 als Plattenleger bei der A._____ AG in C._____ in der Schweiz (IV-Akt. 7) und war obligatorisch bei der schweizerischen AHV/IV versichert. Am 16. Juni 2004 meldete er sich unter Hinweis auf eine seit Dezember 2002 bestehende "Cardiopathie tonique" und "Myopahie" bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (IV-Akt. 2).
- B. Die IV-Stelle Basel holte den Formularbericht des behandelnden Arztes, Dr. med. B._____ (IV-Akt. 5), einen Auszug aus dem individuellen Konto (IV-Akt. 6) und den Bericht des Arbeitgebers (IV-Akt. 7) ein. Sie beauftragte Dr. med. D._____, FMH für Allgemeinmedizin mit einer medizinischen Begutachtung (wie aus der Vorbemerkung zum Gutachten [IV-Akt. 9, S. 2] hervorgeht). Das daraufhin erstellte Gutachten (IV-Akt. 9; Arztbericht für Grenzgänger, datiert vom 13. Januar 2005, Eingangsstempel IV-Stelle Basel-Stadt vom 12. Januar 2005) enthält folgende Teilgutachten: Rheumatologisches Gutachten von Dr. med. E._____, FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumalerkrankungen, vom 19. Dezember 2004 (IV-Akt. 9, S. 19 ff.); Kardiologisches Gutachten von Dr. med. F._____, FMH für innere Medizin, speziell Herzkrankheiten, vom 2. November 2004 (IV-Akt. 9, S. 26 ff.); Dr. med. G._____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Dezember 2004 (IV-Akt. 8). Gestützt auf diese Akten ermittelte die IV-Stelle Basel-Stadt für die Periode vom 1. Januar 2003 bis 11. Mai 2004 eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf von 50 %. Danach sei eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit eingetreten, weshalb die Ausübung der Tätigkeit als Plattenleger nicht mehr zumutbar sei. In einer wechselbelastenden leichten Tätigkeit mit Vermeiden von Heben über 10 Kilogramm sei ein Arbeitspensum von 60 % zumutbar. Aufgrund des Einkommensvergleichs ermittelte sie ab dem 12. Mai 2004 einen Invaliditätsgrad von 58 % (IV-Akt. 12 und 13, S. 7).
- C. Mit zwei Verfügungen vom 9. März 2005 (die eine betreffend die Periode vom 1.1.2004 – 31.7.2004, die zweite für die Zeit ab 1.8.2004) sprach die IV-Stelle für Versicherte im Ausland dem Versicherten ab dem 1. Januar 2004 eine halbe IV-Rente zu (IV-Akt. 13).
- D. Der Versicherte erhob am 17. März 2005 bei der IV-Stelle Basel-Stadt mündlich Einsprache und beantragte die Ausrichtung einer ganzen Rente (IV-Akt. 14). Am 20. Juni 2005 liess er – nunmehr vertreten durch Advokat Dr. Thomas M. Petitjean – drei zusätzliche medizinische Stellungnahmen (Attest von Dr. B._____ vom 7. Juni 2005; Arztzeugnis von Dr. H._____ vom 8. Juni 2005; Bestätigung von Dr. I._____ [gemäss Vermerk von Dr. B._____ vom 19. Mai 2005]) einreichen und weitere medizinische Abklärungen beantragen (IV-Akt. 20).
- E. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland wies die Einsprache mit Entscheid vom 8. Mai 2006 ab.

- F. Mit Beschwerde vom 30. Mai 2006 an die damals zuständige Eidgenössische AHV/IV-Rekurskommission für Personen im Ausland (nachfolgend: Rekurskommission IV) liess X._____, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Thomas M. Petitjean, unter Kosten- und Entschädigungsfolge beantragen, den Einspracheentscheid aufzuheben und eine neue umfassende ärztliche Begutachtung anzuordnen. Alsdann sei über den Rentenanspruch neu zu entscheiden.
- G. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland reichte ihre Vernehmlassung – nach gewährter Fristerstreckung – am 24. Juli 2006 ein und beantragte unter Hinweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle Basel-Stadt vom 19. Juli 2006 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung ihres Abweisungsantrages bezog sich die IV-Stelle Basel-Stadt auf die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und führte im Wesentlichen aus, der Sachverhalt sei aus medizinischer Sicht ausreichend und professionell abgeklärt und die nachgereichten medizinischen Berichte enthielten keine neuen, im Einspracheentscheid nicht bereits berücksichtigten, Einschätzungen. Im Übrigen verwies sie auf den Einspracheentscheid.
- H. Mit Replik vom 18. August 2006 liess X._____ an seiner Beschwerde festhalten. Zudem machte er eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend und legte eine neue medizinische Stellungnahme von Dr. B._____ vom 16. August 2006 ins Recht.
- I. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland hielt in ihrer Duplik vom 15. September 2006 an ihrem Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen, fest und verwies zur Begründung auf die Stellungnahme der IV-Stelle Basel-Stadt. Diese wiederum nahm Bezug auf die Stellungnahme des RAD, wonach mit dem Schreiben des Dr. B._____ keine neuen sachlich-medizinischen Aspekte eingebracht würden und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes medizinisch nicht ausgewiesen sei. Eine neue Abklärung werde hierdurch nicht notwendig.
- J. Mit Schreiben vom 20. September 2006 übermittelte die Rekurskommission IV dem Rechtsvertreter des Versicherten die Kopie der Duplik und teilte den Abschluss des Schriftenwechsels mit.
- K. Am 1. Januar 2007 ging das vorliegende Beschwerdeverfahren auf das Bundesverwaltungsgericht über, welches den Parteien am 12. Februar 2007 die Zusammensetzung des Spruchkörpers mitteilte. Es ging kein Ausstandsbegehren ein.
- L. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.
 - 1.1 Das Bundesverwaltungsgericht übernimmt, sofern es zuständig ist, die Beurteilung der am 1. Januar 2007 bei den Eidgenössischen Rekurs- oder Schiedskommissionen oder bei den Beschwerdediensten der Departemente hängigen Rechtsmittel. Das neue Verfahrensrecht ist anwendbar (vgl. Art. 53 Abs. 2 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG; SR 173.32]).
 - 1.2 Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 und 34 VGG genannten Behörden. Die IV-Stelle des Bundes für Versicherte im Ausland ist eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG. Die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zur Beurteilung von Beschwerden von Personen im Ausland im Bereich der Invalidenversicherung ist zudem in Art. 69 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ausdrücklich vorgesehen.
 - 1.3 Angefochten ist der Einspracheentscheid der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 8. Mai 2006, der Beschwerdeführer wohnt in Frankreich. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.
2. Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht (wie schon vor der Rekurskommission IV) richtet sich nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz, soweit das Verwaltungsgerichtsgesetz nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG; aArt. 69 Abs. 2 IVG in Verbindung mit aArt. 85bis des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG, SR 831.10]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1).
 - 2.1 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG).
 - 2.2 Als Adressat des seine Einsprache abweisenden Entscheides ist der Beschwerdeführer durch die angefochtene Verfügung berührt und er hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG).
 - 2.3 Der Beschwerdeführer kann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

3. Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheides eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Massgebend ist im vorliegenden Fall somit der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des Einspracheentscheides vom 8. Mai 2005 verwirklicht hat.
4. Zunächst sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen darzulegen.
 - 4.1 Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger eines Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaft, 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 (Abkommen über die Personenfreizügigkeit; APF; SR 0.142.112.681) anzuwenden ist, welches die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft insoweit absetzt, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird, (Art. 20 APF). Soweit das Abkommen, insbesondere dessen Anhang II, der die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit regelt (Art. 8 APF), keine abweichenden Bestimmungen vorsieht, ist mangels einer einschlägigen gemeinschaftsrechtlichen bzw. abkommensrechtlichen Regelung die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich Sache der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 253 E. 2.4). Der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers ist demnach gemäss Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 grundsätzlich nach den für schweizerische Staatsangehörige geltenden Regeln zu beurteilen.
 - 4.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 130 V 329). Deshalb ist hier das per 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit, der Invalidität und der Einkommensvergleichsmethode entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung. Demzufolge haben die von der Rechtsprechung dazu herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG weiterhin Geltung (BGE 130 V 343).
Soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2004 zu prüfen ist, sind weiter die mit der 4. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten.
 - 4.3 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die

Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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).

- 4.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, BGE 128 V 29 E. 1).
- 4.5 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung) hat ein Versicherter 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.
- 4.6 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (Bst. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Bst. b). Art. 29 Abs. 1 Bst. a IVG gelangt nur dort zur Anwendung, wo ein weitgehend stabilisierter, im Wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. BGE 119 V 99 E. 4a mit Hinweisen) und sich der Gesundheitszustand der versicherten Person künftig weder verbessern noch verschlechtern wird (Art. 29 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). In den anderen Fällen entsteht der Rentenanspruch erst nach Ablauf der Wartezeit gemäss Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG.
- 4.7 Anspruch auf eine ordentliche Rente haben gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG die rentenberechtigten Versicherten, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge an die schweizerische Sozialversicherung geleistet haben.
- 4.8 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; AHl 2002 S. 62 E. 4b.cc).

- 4.9 Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. 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, BGE 122 V 157 E. 1c).
5. Nicht bestritten ist, dass der Beschwerdeführer die Mindestbeitragszeit gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt und ein allfälliger Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2004 besteht. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob der massgebende Sachverhalt ausreichend abgeklärt worden ist, die Invaliditätsbemessung mithin auf einer genügenden medizinischen Grundlage beruht, welche es ermöglicht, die dem Beschwerdeführer noch verbliebende Erwerbsfähigkeit zu beurteilen.
- 5.1 Nach Ansicht des Beschwerdeführers hätte die IV-Stelle im Rahmen des Einspracheverfahrens eine neue medizinische Begutachtung veranlassen müssen, weil sich sein Gesundheitszustand seit der Ende 2004 durchgeführten Abklärung weiter verschlechtert habe. Die Weigerung der Verwaltung, die ärztlich empfohlene erneute Überprüfung anzuordnen, stelle eine formelle Rechtsverweigerung und eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes dar (Beschwerdeschrift S. 2 f.). Bereits in seinem Bericht vom 8. Juni 2005 habe Dr. H._____ erklärt, dass eine erneute Überprüfung des Gesundheitszustandes angezeigt sei. Aus dem neuen Bericht von Dr. B._____ vom 16. August 2006 ergäbe sich eine weitere Verschlechterung insbesondere an Gelenken und Muskulatur. Im Übrigen bestreite

der Beschwerdeführer nicht die Ergebnisse des vor Erlass der Verfügung eingeholten Gutachtens, wie die IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung vorbringe (Replik S. 1).

- 5.2 Demgegenüber vertritt die IV-Stelle, die vom Beschwerdeführer während des Einspracheverfahrens neu eingereichten medizinischen Berichte wiesen nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin. Die Berichte der französischen Ärzte bestätigten lediglich die Beurteilung der Gutachter, wonach der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei. Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit machten sie jedoch keine Angaben. Eine Grundlage für die geforderte neue umfassende Abklärung sei nicht gegeben (Einspracheentscheid, S. 2 f.). Auch der mit der Replik eingereichte Bericht von Dr. B._____ bringe keine neuen sachlich-medizinischen Aspekte ein. Die Verschlechterung sei nicht ausgewiesen und eine neue Abklärung werde dadurch nicht begründet (Duplik).

6.

- 6.1 Das polydisziplinäre Administrativgutachten vom 13. Januar 2005 führt folgende (Haupt)Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf: 1. Chronisches Lumbovertebralsyndrom und lumboradikuläres Syndrom rechts, anamnestisch; 2. Chronisches zervikospondylogenes Reflexsyndrom; 3. Aethylische Kardiomyopathie.

Unter Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden aufgeführt: 1. Geringer Nikotinkonsum; 2. Status nach erheblichem Aethylkonsum bis Dezember 2002; 3. Status nach Bursektomie an beiden Kniegelenken.

In ihrem gemeinsamen Schlussbericht halten die Gutachter fest, dass bei dem Versicherten eine komplexe Situation vorliege und die Arbeitsunfähigkeit überwiegend aufgrund der Rückenproblematik bestehe. Aus rheumatologischer Sicht sei ihrer Meinung nach die schwere angestammte Arbeit als Maler nicht mehr zumutbar. Hingegen bestehe in einer adaptierten Tätigkeit (insbesondere mit Wechselbelastung Sitzen/Stehten/Gehen, nicht mehr als zehn Kilogramm heben, mehr Pausen) seit der Stabilisierung des Gesundheitszustandes im Juni 2003 (unklar, ob hier nicht eher Juni 2004 gemeint ist) eine mindestens sechzig prozentige Arbeitsfähigkeit. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Faktoren liege nicht vor. Aus kardiologischer Sicht sei der Versicherte für leichte bis mittelschwere Arbeiten voll einsatzfähig (IV-Akt. 9, S. 10).

- 6.1.1 Das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. E._____ datiert vom 19. Dezember 2004 (und bezieht sich auf die Zuweisung vom 29.1.2004 – der Gutachtensauftrag war aber laut Schlussbericht erst im April 2004 vergeben worden). Die Zuweisung sei insbesondere zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht erfolgt, weil der Versicherte in der Anamnese erwähnt habe, er würde an einer Fibromyalgie leiden (IV-Akt. 9, S. 19). Neben dem Zuweisungsschreiben werden folgende zur Verfügung stehende Akten genannt: Bericht des Kardiologen Dr. med.

F._____; Bericht des Centre L._____, betreffend Hospitalisation vom 16.1. bis 18.1.2003 zwecks Koronarographie; Röntgenberichts-kopie der Aufnahmen der LWS und des Beckens vom 2.1.2003 (Centre M.____).

In seiner Beurteilung weist der Gutachter zunächst darauf hin, dass ihm leider "die Akten von der Spitalbehandlung in Altkirch im Januar 2003, der neuroradiologischen Diagnostik der Lendenwirbelsäule, der angeblich durchgeführten neurologischen Abklärung und Arztberichte über die Krankheitsentwicklung" fehlten (IV-Akt. 9, S. 24). Auslösender Faktor, welcher zur langfristigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe, sei eine Lumboischialgie rechts bei Diskushernie, anamnestisch. In der aktuellen klinischen Untersuchung habe er ein Cervikosyndrom mit ausgedehnten Tendomyosen und eingeschränkter Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie ein mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom gefunden. Hinweise auf eine nicht organische Genese habe er nicht gefunden (Waddell-Zeichen negativ). Radiologisch fänden sich sowohl cervical wie lumbal degenerative Veränderungen, in den Akten werde eine Diskushernie lumbal erwähnt. Obwohl keine Zweifel an einem degenerativen cervicospondylogenen Syndrom und degenerativen Lumbovertebralsyndrom bestehe, seien die massiven Schmerzen cervical und die ausgeprägte Müdigkeit nicht oder nur teilweise erklärbar (IV-Akt. 9, S. 24).

Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht führt er Folgendes aus: Wegen den ausgeprägten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sei dem Versicherten die bisherige Tätigkeit sowohl als Maler und Tapezierer, als auch die in den letzten 20 Jahren ausgeübte Tätigkeit als Bodenleger nicht mehr zumutbar. Eine für die Wirbelsäule adaptierte Tätigkeit mit Wechselbelastung Sitzen/Gehen/Stehen, wo er nicht mehr als 10 kg heben müsse, sei dem Versicherten zu 75%, d.h. sechs Stunden pro Tag (2 mal 3 Stunden pro Tag) zumutbar. Wegen seiner chronischen Schmerzen könne ihm aber nur noch ein langsames Arbeitstempo zugemutet werden und er benötige mehr Pausen. "Deshalb dürfte die Leistungsfähigkeit deutlich, d.h. um zirka 20% eingeschränkt sein." Er komme deshalb auf eine Restarbeitsfähigkeit von 60% (IV-Akt. 9, S. 25). Der Gutachter empfiehlt als medizinische Massnahmen solche zur Schmerzbewältigung und eine adaptierte langfristige aktive Physiotherapie / Trainingstherapie. Zur Prognose führt er aus: "In Anbetracht der Chronifizierung ist die Prognose mit Vorsicht zu stellen." (IV-Akt. 9, S. 25).

- 6.1.2 Der Kardiologe Dr. med. F._____, führt in seinem Bericht vom 2. November 2004 aus, es bestehe eine aethyliche Kardiomyopathie, die jedoch bis zur Diagnosestellung zu keiner relevanten Funktionseinbusse geführt habe. Im kardiologischen Status habe sich ein kardial kompensierter Patient gezeigt, relevante Befunde seien nicht zu erheben. Ob die leicht eingeschränkte Belastbarkeit durch einen Trainingsmangel oder tatsächlich durch die Kardiomyopathie bedingt sei, sei schwierig zu beurteilen, wahrscheinlich dürfte beides zur Symptomatik beitragen. Schwere körperliche Arbeiten dürften dem Patienten zur Zeit (noch) nicht zugemutet werden. Für leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten erachte er ihn aber als voll arbeitsfähig.

Zur Vorgeschichte wird ausgeführt, die medizinische Geschichte des Patienten beginne im Januar 2003, als er wegen einer lumbalen Diskushernie habe hospitalisiert werden müssen. Damals sei die Diagnose einer toxischen Kardiomyopathie gestellt worden. Seither gehe er regelmässig alle sechs Monate zu einem französischen Kardiologen, ein Bericht läge ihm allerdings nicht vor. Welche dieser Informationen vom Patient selber erhoben und welche den Akten entnommen wurden bzw. ob und gegebenenfalls welche Akten dem Experten zur Verfügung standen, geht aus dem Bericht nicht hervor (IV-Akt. 9, S. 26).

- 6.1.3 Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G._____ vom 3. Dezember 2004 werden zunächst die dem Gutachter vorliegenden Akteninformationen, anschliessend die durch die Exploration erhobenen Informationen ausführlich wiedergegeben. In seiner Beurteilung führt der Experte unter anderem aus, das Schmerzsyndrom im zervikalen Bereich und die allgemeine Müdigkeit seien gleichzeitig im Mai/Juni 2003 aufgetreten. Da zu den zervikalen Rückenschmerzen keine Akten aus der somatischen Medizin vorlägen, könne psychiatrischerseits nicht schlüssig Stellung bezogen werden. Es seien aber weder im Zeitpunkt des Auftretens dieser Beschwerden, noch in demjenigen der akuten lumbosakralen Rückenschmerzen psychosoziale Probleme oder emotionale Konflikte zu ermitteln, welche schwerwiegend genug wären, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Schmerzsymptomatik zu stehen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne ausgeschlossen werden. Ebenso könne die Diagnose einer Neurasthenie ausgeschlossen werden, weil abgesehen von der allgemeinen Müdigkeit und der mittlerweile etwas gebesserten Kraft- und Energielosigkeit keine weiteren Symptome vorlägen, welche zur Diagnosestellung notwendig wären. Festzustellen sei ein Alkoholabhängigkeitssyndrom welches aber weder Ursache noch Folge einer krankheitswertigen Gesundheitsbeeinträchtigung sei, zudem bestehe eine Abstinenz seit drei Jahren. Aus psychiatrischer Sicht liege deshalb keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-Akt. 8).
- 6.2 Der Hausarzt Dr. B._____ hatte in seinem ersten, von der IV-Stelle eingeholten, Bericht vom 29. Juni 2004 folgende Angaben zur Arbeitsunfähigkeit gemacht: 100 % vom 7. Januar 2003 bis 4. Januar 2004; 50 % vom 5. Januar 2004 bis 10. Mai 2004; 100 % ab dem 11. Mai 2004. Eine sitzende Tätigkeit erachtete er aber als uneingeschränkt möglich, jedoch keinerlei physisch belastende (auch nicht leichte) Tätigkeiten (IV-Akt. 5). Im Attest vom 7. Juni 2005 bestätigte Dr. B._____ auf Wunsch des Versicherten, dass dessen verschiedene Leiden einer Wiederaufnahme der Arbeit – auch nur halbtags – entgegenstünden (IV-Akt. 20, S. 3). Zu diesem Attest scheint auch ein Schreiben von Dr. I._____ (ohne weitere Angaben) zu gehören, der eine Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit als kaum möglich erachtet (IV-Akt. 20, S. 5). In seinem Bericht vom 16. August 2006 bestätigt Dr. B._____ eine erhebliche Verschlechterung im Bereich Gelenke und Muskulatur, so dass der Patient auch bei alltäglichen Verrichtungen eingeschränkt sei. Zu

denken sei an die Diagnose Fibromyalgie, begleitet von der Myokardiopathie. Es sollte deshalb eine Neu Beurteilung durch die von der Versicherung beauftragten Ärzte erfolgen (Beilage zur Replik).

- 6.3 Dr. H._____, Facharzt für Rehabilitation, erklärt in seinem Bericht vom 8. Juni 2005, der Versicherte werde regelmässig von ihm wegen Lumbalgie behandelt. Trotz verschiedener Behandlungen bestehe nach wie vor eine funktionelle Einschränkung. Der Patient könne keine körperlich schweren Arbeiten mehr verrichten (IV-Akt. 20, S. 4).
- 6.4 Vom regionalen ärztlichen Dienst liegen zwei Stellungnahmen zu den jeweils im Verfahren neu eingereichten medizinischen Attesten vor: Zu den drei im Einspracheverfahren eingereichten Berichten vom Mai/Juni 2005 (von Dr. B._____, Dr. H._____ und Dr. I._____) nahm Dr. med. K._____ im Beschwerdeverfahren am 18. Juli 2006 auf Anfrage der IV-Stelle wie folgt Stellung: Der Bericht von Dr. I._____ (gemeint ist wohl der Bericht von Dr. B._____) sei völlig unspezifisch und begründe nicht, weshalb eine Wiederaufnahme der Arbeit nicht möglich sei. Dr. H._____ erachte nur schwere Arbeit als nicht mehr möglich. Dr. B._____ erachte nur die bisherige Tätigkeit als nicht mehr möglich (gemeint ist wohl der Bericht von Dr. I._____). Zu den Veweistätigkeiten werde in den Berichten nicht Stellung genommen. Bei der kardialen Situation sei sogar eine Verbesserung dokumentiert, während sich die Situation im rheumatologischen Bereich nicht verändert habe (IV-Akt. 25, S. 2).
Zum Attest von Dr. B._____ vom 16. August 2006 hält Dr. med. K._____, Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem Kommentar vom 6. September 2006 fest, weder die Verschlechterung noch die Fibromyalgie werde durch eine Beschreibung der Symptome bzw. neue Befunde untermauert. Die Verdachtsdiagnose einer Fibromyalgie in Verbindung mit der vorbestehenden Cardiomyopathie erscheine zudem reichlich konstruiert. Eine Verschlechterung sei medizinisch nicht ausgewiesen und weitere Abklärungen nicht erforderlich (Beilage zur Duplik).
7. Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten, Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist den im Rahmen des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b, mit weiteren Hinweisen). Zu prüfen ist deshalb zunächst, ob das Administrativgutachten die Anforderungen der Rechtsprechung (siehe oben E. 4.9) erfüllt und die Verwaltung zu Recht darauf abgestellt hat.
- 7.1 Der Beweiswert eines medizinischen Gutachtens hängt zunächst davon ab, ob dieses in Kenntnis der Vorakten – und gegebenenfalls auch in

Auseinandersetzung damit (vgl. ULRICH MEYER-BLASER, Das medizinische Gutachten aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht, in: Adrian M. Siegel/Daniel Fischer [Hrsg.], Die neurologische Begutachtung, Zürich 2004, S. 97) – erstellt worden ist. Diese Anforderung erfüllt das Administrativgutachten vom 13. Januar 2005 offensichtlich nicht. In dem von den vier beteiligten Gutachtern unterzeichneten Bericht wird erwähnt, dass von Seite der IV-Stelle der ärztliche Bericht vom 29. Juni 2004 zur Verfügung stand, der Versicherte habe diverse Berichte in die Sprechstunde mitgebracht. Welches diese Berichte sind, wird nicht aufgeführt, sondern auf die Beilagen zu Händen des medizinischen Dienstes verwiesen (IV-Akt. 9, S. 2 f.). In allen drei Teilgutachten wird jeweils darauf hingewiesen, dass leider gewisse – wesentlich erscheinende – medizinische Berichte nicht vorlagen.

- 7.1.1 Dem Rheumatologen lagen ausser einem Röntgenbericht offenbar überhaupt keine Unterlagen zur Rückenproblematik (im cervikalen oder lumbalen Bereich) vor. Er stellte denn auch in seiner Beurteilung einleitend fest, dass ihm leider "die Akten von der Spitalbehandlung in Altkirch im Januar 2003, der neuroradiologischen Diagnostik der Lendenwirbelsäule, der angeblich durchgeführten neurologischen Abklärung und Arztberichte über die Krankheitsentwicklung" fehlten (IV-Akt. 9, S. 24).
- 7.1.2 Aus dem kardiologischen Gutachten geht weder hervor, welche Unterlagen dem Gutachter zur Verfügung standen, noch welche Informationen er vom Patienten selber und welche aus allfälligen Akten erhoben hat. Hingewiesen wird lediglich auf den nicht vorliegenden Bericht des behandelnden Kardiologen (IV-Akt. 9, S. 26). Die klare Differenzierung zwischen den Angaben des Versicherten einerseits und den aus den Akten erhobenen Informationen andererseits gehört jedoch zu den wesentlichen Anforderungen an ein Gutachten (vgl. MASSIMO PERGOLIS, Medizinische Privat- und Gerichtsgutachten, in: Walter Fellmann/Stephan Weber [Hrsg.], Der Haftpflichtprozess, Zürich/Basel/Genf 2006, S. 130).
- 7.1.3 Stehen die bisherigen medizinischen Unterlagen nicht zur Verfügung, kann sich der Experte nicht darauf beschränken, auf deren Fehlen hinzuweisen. Soweit für die Beurteilung erforderlich, hat er mit dem behandelnden Arzt Rücksprache zu nehmen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 756/05 vom 24. Januar 2006 E. 2.3) oder die fehlenden Berichte über die Verwaltung oder direkt bei den zuständigen Ärzten anzufordern (vgl. HANS RUDOLF STÖCKLI, Der Gutachter im Spannungsfeld der Parteien und der Wissenschaft, in: Siegel/Fischer, a.a.O., S. 130 ff.).
- 7.2 Für die Beweiskraft eines medizinischen Gutachtens ist weiter von Bedeutung, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände, Entwicklungen und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten so begründet sind, dass der Rechtsanwender sie kritisch prüfend nachvollziehen kann (ULRICH MEYER-BLASER, a.a.O., S. 97). Die Begründung der von einem Gutachter aus den verwerteten Vorakten und den von ihm selbst erhobenen Befunden gezogenen Schlussfolgerungen - regelmässig als "Beurteilung" betitelt - ist der essentielle Teil jedes Gutachtens. Hier

hat der Gutachter die Gedankengänge im Einzelnen darzulegen, aufgrund derer er zu seinen Schlussfolgerungen gelangt. Die anschliessende Beantwortung der einzelnen Expertenfragen muss anhand der begründeten Schlussfolgerungen nachvollzogen werden können (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 99/05 vom 10. Juni 2005 E. 2.3 mit Hinweisen auf die Literatur, vgl. auch Urteil U 135/05 vom 7. Juli 2005 E. 4.2).

Gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten erfolgte die Zuweisung "insbesondere zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht, weil der Versicherte in der Anamnese erwähnt hat, das[s] er an einer Fibromyalgie leiden würde" (IV-Akt. 9, S. 19). Zu dieser Verdachtsdiagnose äussert sich das Gutachten jedoch nicht. Unklar bleibt – jedenfalls für medizinische Laien –, ob mit der Aussage des Gutachters, er habe keine Hinweise auf eine nicht organische Genese gefunden (Waddell-Zeichen negativ), die Diagnose einer Fibromyalgie ausgeschlossen wurde. Die soeben zitierte Aussage erscheint auch im Zusammenhang mit den im übernächsten Absatz folgenden Ausführungen nicht ohne weiteres verständlich: "Wenn auch keine Zweifel an einem degenerativen cervicospindylogenen Syndrom und degenerativen Lumbovertebralsyndrom besteht, so kann ich mir aus rein rheumatologischer Sicht die massiven Schmerzen cervical, die den Patienten zur Inaktivität und häufigem Liegen zwingen. Auch die ausgeprägte Müdigkeit ist aus rheumatologischer Sicht nur teilweise im Rahmen der Schmerzchronifizierung erklärbar." (IV-Akt. 9, S. 24). Eine Folgerung aus diesen beiden Feststellungen wird nicht gezogen. Die Beurteilung lässt somit Fragen offen, ohne jedoch die allenfalls nicht auszuräumenden Unsicherheiten oder Unklarheiten so zu benennen, dass für die rechtsanwendenden Behörden nachvollziehbar wird, weshalb sich gewisse Begründungslücken nicht vermeiden liessen.

- 7.3 Gewisse Zweifel an der Richtigkeit beziehungsweise Zuverlässigkeit des Gutachtens entstehen im Übrigen auch aufgrund der relativ häufig falschen Datenangaben, die nur zum Teil korrigiert werden.
- 7.4 Das Gutachten erfüllt somit die Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige Expertise nicht, dies um so mehr, als die Gutachter selbst von einem komplexen gesundheitlichen Problem sprechen. Die Verwaltung hat dem Gutachten zu Unrecht volle Beweiskraft zugemessen und darauf abgestellt. Da auch die übrigen medizinischen Stellungnahmen den Anforderungen zweifellos nicht genügen, ist eine rechtskonforme Beurteilung des Rentenanspruchs nicht möglich.
8. Nach Art. 61 VwVG kann die Beschwerdeinstanz die zu beurteilende Sache, statt selbst zu entscheiden, mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurückweisen. Ein solcher Ausnahmefall ist hier wegen der in entscheidenden Punkten unvollständigen Akten gegeben, weshalb die Sache an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland zurückgewiesen wird, damit sie den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig abkläre. Die Verwaltung wird angewiesen, eine (ergänzende) Begutachtung einzuholen, welche eine zuverlässige Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ermöglicht. Gestützt auf diese Abklärungen hat die Verwaltung sodann den

Rentenanspruch neu zu beurteilen.

9. Da es im vorliegenden Verfahren um die Anerkennung bzw. Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, sind gemäss den bis zum 30. Juni 2006 geltenden Bestimmungen grundsätzlich keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 69 IVG in Verbindung mit Art. 85bis Abs. 3 AHVG und Art. 63 Abs. 5 VwVG in Verbindung mit Art. 4b der Verordnung über Kosten und Entschädigungen im Verwaltungsverfahren vom 10. September 1969 [Kostenverordnung; SR 172.041.0] sowie in Verbindung mit den Übergangsbestimmungen zur Änderung des IVG vom 16. Dezember 2005 [AS 2006 2004]). Der durch einen Rechtsanwalt vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht vom 11. Dezember 2006 (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Diese wird auf Fr. 1'500.- (inkl. Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. Mai 2006 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer innert 30 Tagen ab Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'500.-- auszurichten.
4. Dieses Urteil wird eröffnet (Gerichtsurkunde):
 - dem Beschwerdeführer
 - der Vorinstanz
 - dem Bundesamt für Sozialversicherung

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Johannes Frölicher

Susanne Fankhauser

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann innert 30 Tagen ab Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, angefochten werden (vgl. Art. 42, Art. 48 und Art. 100 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG], SR 173.110).

Versand am: