



Urteil vom 25. April 2012

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Francesco Parrino, Richter Stefan Mesmer,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, Österreich,
vertreten durch Rainer Braun, Rechtsanwalt,
Oberdorfstrasse 6, 8887 Mels,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Rentengesuch.

Sachverhalt:**A.**

Der 1955 geborene, in seiner Heimat Österreich wohnhafte A._____ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) arbeitete zuletzt als selbstständiger Monteur. Er leistete in den Jahren 1981, 1986 bis 1990 und 2005 Beiträge an die obligatorische Alter-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten [*im Folgenden: act.*] der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*] 41). Am 30. März 2008 erlitt er beim Skifahren einen Nichtbetriebsunfall; der erstbehandelnde Arzt Dr. med. B._____ diagnostizierte eine Prellung am linken Ellenbogen. Am 29. Januar 2010 erliess die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt [*im Folgenden: Suva*] eine Verfügung, mit welcher dem Versicherten mitgeteilt wurde, dass kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der festgestellten Aortendissektion bestehe, weshalb die Suva nicht leistungspflichtig sei. Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Rainer Braun, Einsprache erheben (*act. der Suva; act. im Beschwerdeverfahren [im Folgenden: B-act.] 1 Beilage 7 und 8*).

B.

Am 2. Januar 2008 liess sich der Versicherte mit Hilfe von Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, bei der IVSTA anmelden; das Leistungsgesuch wurde am 26. Januar 2009 zuständigkeitshalber der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (*im Folgenden: IV-Stelle SG*) übermittelt (*act. 1 bis 12*). Nach Vorliegen eines Teils der für die Beurteilung der Leistungsansprüche massgeblichen Unterlagen (*act. 15 und 16, 18 bis 21, 23 bis 26, 28 bis 31*) gab Dr. med. C._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (*im Folgenden: RAD*) – nach einem Gespräch mit Dr. med. B._____ – am 3. März 2009 eine erste Stellungnahme ab (*act. 34 und 35*). In Kenntnis weiterer Unterlagen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht (*act. 37, 40 und 42*) und des Triage-Protokolls vom 25. März 2009 (*act. 43; vgl. auch 44*) wurde dem Versicherten am 26. März 2009 mitgeteilt, dass Abklärungen bezüglich der Möglichkeiten einer beruflichen Eingliederung notwendig seien (*act. 45*). In der Folge wünschte dieser die Rentenprüfung, da er sich subjektiv nicht als arbeitsfähig erachtete (*act. 47 und 48*). Nachdem ihm am 20. Mai 2009 der Abschluss der Arbeitsvermittlung mitgeteilt worden war (*act. 51*) und die IV-Stelle SG Kenntnis von weiteren medizinischen Dokumenten erlangt hatte (*act. 52 und 55*), nahm Dr. med. C._____ am 1. Oktober 2009 erneut Stellung (*act. 56*). Nach durchgeführtem Einkommensvergleich, welcher einen In-

validitätsgrad (*im Folgenden auch: IV-Grad*) von 8.06 % ergeben hatte (act. 58), wurde dem Versicherten mit Vorbescheid vom 8. Januar 2010 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht gestellt (act. 61). Hiergegen liess dieser durch seinen Rechtsanwalt am 5. Februar 2010 seine Einwendungen vorbringen (act. 62 bis 65). Nach einer weiteren Berichterstattung durch Dr. med. C._____ am 11. Februar 2010 (act. 66) wurde am 5. März 2010 ein neuer Einkommensvergleich (act. 68) und gleichentags eine Verfügung erstellt; diese Verfügung, mit welcher das Rentenbegehren bei einem IV-Grad von 23 % abgewiesen wurde, erliess zuständigshalber die IVSTA am 11. März 2010 (act. 69 und 70; vgl. auch 71).

C.

Hiergegen liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 28. April 2010 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung der IVSTA vom 11. März 2010 sei aufzuheben und es sei ihm eine IV-Rente zuzusprechen; eventualiter sei der Anspruch auf berufliche Massnahmen zu prüfen – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (B-act. 1).

Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, die Aktenbeurteilung durch Dr. med. C._____ sei bei mehreren Diagnosen und einem komplexen Beschwerdebild ungenügend. Die Einschätzung des RAD weiche von derjenigen der behandelnden Ärzte ab. So habe Dr. med. D._____ vom Landeskrankenhaus E._____ zumindest keine Angaben darüber gemacht, in welchem zeitlichen Rahmen und mit welcher Leistungsfähigkeit dem Beschwerdeführer eine adaptierte Tätigkeit zuzumuten sei. Weiter stehe die RAD-Beurteilung im Widerspruch zur gefässchirurgischen Begutachtung an der Universitätsklinik F._____. Dabei sei der Dauerinvaliditätsgrad durch die Aortendissektion auf 50 % festgelegt worden. Schliesslich sei die Beurteilung des RAD auch nicht vollständig. So würden lediglich die Auswirkungen der Aortendissektion beurteilt. Daneben bestünden aber noch andere Krankheiten. Aus Sicht des behandelnden Arztes sei von einer Arbeit dringend abzuraten. Auch eine adaptierte und leichte Tätigkeit komme nicht in Frage. Nicht ausser Acht zu lassen sei die psychische Komponente der schweren Krankheit, welche durch den unglücklichen Skiunfall ausgelöst worden sei. Nur durch äusserstes Schonen des Körpers, leichte Bewegungstherapie, Diätkost, regelmässiges Einnehmen von Arzneimitteln und regelmässige Psychotherapie sei ein Fortschreiten der Krankheit aufzuhalten. Der Beschwerdeführer werde von Dr. med. B._____ in regelmässigen Abständen betreut und psy-

chotherapeutisch begleitet. Entgegen der Annahme des RAD bestehe damit in einer adaptierten Tätigkeit keine volle Leistungsfähigkeit. Dies ergebe sich auch aus dem Bescheid der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft. Weiter werde beim Invalideneinkommen ein Leidensabzug von lediglich 10 % vorgenommen. Dies werde den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auf keinen Fall gerecht. Auch wenn ein Rentenanspruch verneint werden müsste, wäre der Anspruch auf berufliche Massnahmen zu prüfen.

D.

In ihrer Vernehmlassung vom 22. Juni 2010 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die von der IV-Stelle SG ausgearbeitete Stellungnahme vom 10. Juni 2010 (B-act. 3).

Darin wurde zusammengefasst ausgeführt, der RAD habe ohne weiteres aufgrund der vorhandenen Akten entscheiden dürfen. Der medizinische Sachverhalt sei hinlänglich abgeklärt worden. Dr. med. D._____ habe den Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit als vollständig arbeitsfähig erachtet. Dasselbe gelte auch für Dr. med. G._____. Selbst Dr. med. B._____ habe den Beschwerdeführer anlässlich des Gesprächs vom 3. März 2009 in leichten Tätigkeiten für vollständig arbeitsfähig gehalten. Was seinen diametralen Meinungswechsel ausgelöst habe, sei nicht nachvollziehbar. Auf dessen widersprüchliche Angaben im Bericht vom 17. August 2008 könne nicht abgestellt werden. Vorliegend sei auf die nachvollziehbaren Einschätzungen der Dres. med. C._____, D._____ und G._____ abzustellen. Der Beschwerdeführer sei in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig zu betrachten; dieser könne aus dem gefässchirurgischen Gutachten, welches zur Frage nach der angepassten Arbeitsfähigkeit keinen Aufschluss gebe, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Der Dauerinvaliditätsgrad nach Gliedertaxe sei wohl am ehesten mit der Integritätsentschädigung zu vergleichen. Weiter seien die arterielle Hypertonie, die Hyperlipidämie, der Nikotinabusus, der Diabetes und die Adipositas nicht invalidisierend. Der Hausarzt Dr. med. B._____ sei fachlich nicht qualifiziert, psychotherapeutische Behandlungen durchzuführen. Gemäss den vorliegenden Unterlagen bestünden zudem keine psychischen Beschwerden. Es sei vielmehr so, dass dieser Arzt selber festgehalten habe, der Beschwerdeführer fühle sich gut und er sei psychisch unauffällig. Auch aus dem Entscheid der Sozialversicherungsanstalt könne der Beschwerdeführer nichts für sich ableiten. Auch ein leidensbedingter Abzug von 10 % sei in Anbetracht der Beschwerden

als grosszügig zu betrachten. Der Anspruch auf berufliche Massnahmen sei geprüft und abgelehnt worden.

E.

Mit Zwischenverfügung vom 30. Juni 2010 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 4); dieser Aufforderung wurde nachgekommen (B-act. 6).

F.

In seiner Replik vom 11. August 2010 liess der Beschwerdeführer weitere Ausführungen zu den Äusserungen der IV-Stelle SG in deren Stellungnahme vom 10. Juni 2010 machen und an seinen Rechtsbegehren festhalten (B-act. 7).

G.

In ihrer Duplik vom 13. September 2010 verwies die Vorinstanz auf die Stellungnahme der IV-Stelle SG vom 31. August 2010 und beantragte weiterhin die Abweisung der Beschwerde (B-act. 9).

H.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

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] und Art. 40 Abs. 2 [3. Satz] sowie Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 832.201]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

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. d^{bis} 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 die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es 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).

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 11. März 2010 (act. 69 bis 71) 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 war, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.4. Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 11. März 2010 (act. 69 bis 71), mit welcher das Rentenbegehren des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 23 % abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Versicherten und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

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).

2.

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

2.1. Der Beschwerdeführer besitzt die österreichische Staatsbürgerschaft und wohnt in Österreich (vgl. Bst. A. hiervor), so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, *im Folgenden*: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) haben die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als „Mitgliedstaat“ zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

Die neuen, ab dem 1. April 2012 in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten geltenden EU-Verordnungen Nr. 883/2004 und 987/2009, welche die Verordnungen Nr. 1408/71 und 574/72 ersetzen, und der – seit demselben Datum in Kraft stehende – revidierte Anhang II zum FZA sind vorliegend noch nicht anwendbar.

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 – vorbehältlich 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 bis zum 31. Dezember 2007 auf-

grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; BGE 130 V 445).

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine 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 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. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens am 31. Dezember 2008 – eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]).

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 11. März 2010 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, 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]).

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. 41), 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.

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. 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).

2.5. Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG [4. IV-Revision]). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als

relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

2.6. 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 Dreiviertelrente, 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 Viertelrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1^{ter} 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 gilt – wie vorliegend – seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). 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).

2.7. Die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) ist 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 ab-

gestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil 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).

3.

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der Verfügung vom 11. März 2010 in erster Linie auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 1. Oktober 2009 (act. 56), 11. Februar 2010 (act. 66) und 26. Mai 2010 (act. 74). Die entsprechenden Berichte sind nebst weiteren nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben resp. einer Würdigung zu unterziehen und es ist zu prüfen, ob sich aufgrund dieser Beweismittel der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als rechtsgenügend abgeklärt erweist. In diesem Zusammenhang ist im Sinne einer Ergänzung darauf hinzuweisen, dass der letzte Bericht von Dr. med. C._____ – obwohl er nach

dem massgeblichen Verfügungszeitpunkt verfasst wurde – vorliegend Berücksichtigung findet (vgl. hierzu BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen).

3.1. Am 1. Oktober 2009 berichtete Dr. med. C._____, es liege zurzeit ein völlig stabiler Gesundheitszustand vor. Die Arbeitsfähigkeit betrage in der angestammten Tätigkeit (Bauarbeiter, Rohrleitungsmonteur) 0 % und in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit 100 %. Da der Versicherte aufgrund der bestehenden Unterlagen weder eine psychische Störung noch ein kognitives Defizit aufweise, sei die Arbeitsfähigkeit vollschichtig zu verwerten.

Am 11. Februar 2010 äusserte sich Dr. med. C._____ dahingehend, die durch die Aortendissektion bedingte Einschränkung werde auch vom RAD bestätigt; dem Versicherten werde in seiner angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Wie Dr. med. D._____, Gefässchirurgie vom Landeskrankenhaus E._____, attestiere der RAD lediglich eine Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Da der Versicherte weder eine psychische Störung noch kognitive Defizite erkennen lasse, könne er in einer adaptierten Tätigkeit eine vollschichtige Leistung erbringen. Das gefässchirurgische Gutachten könne als umfassend und widerspruchsfrei bezeichnet werden. Mit dem erwähnten Dauerinvaliditätsgrad werde ein Begriff verwendet, der offenbar insbesondere über den Funktionsverlust des verletzten Organs etwas aussage. Dieser Begriff komme indessen in der versicherungsmedizinischen Terminologie der Schweiz in dieser Bedeutung nicht vor und sei mit dem Invaliditätsbegriff der IV nicht kompatibel. Es würden im Gutachten keine neuen Beschwerden oder Befunde genannt, aufgrund derer man gezwungen wäre, die adaptierte Arbeitsfähigkeit anders zu beurteilen. Es gebe aus medizinischer Sicht keinen Grund, von der RAD-Stellungnahme vom 1. Oktober 2010 abzuweichen.

Am 26. Mai 2010 führte Dr. med. C._____ weiter aus, als einzig wirklich neuer Gesichtspunkt nenne der Rechtsvertreter die Tatsache, dass der Versicherte einer regelmässigen psychotherapeutischen Begleitung bedürfe. Dies habe Dr. med. B._____ am 17. März 2010 berichtet, der diese Psychotherapie, obwohl psychiatrisch nicht ausgebildet, offenbar gleich selber durchführe. Derselbe habe den Versicherten im Bericht vom 17. August 2009 als „psychisch unauffällig“ bezeichnet, wobei er damals gleichzeitig mitgeteilt habe, „die körperliche Belastbarkeit nicht genau beurteilen zu können“. Da der Versicherte weder fachpsychiatrisch noch

psychopharmakologisch behandelt werde, sei davon auszugehen, dass seine psychische Störung nicht so stark ausgeprägt sei, dass sie sich auf die Arbeitsfähigkeit in wesentlicher Weise auswirken würde. Es sei nochmals daran zu erinnern, dass der Hausarzt im Gesprächsprotokoll vom 3. März 2009, welches er am 6. März 2010 (recte: 2009) gegengezeichnet habe, die Meinung, wonach der Versicherte in einer körperlich leichten, ideal adaptierten Tätigkeit über eine volle Arbeitsfähigkeit verfüge, ebenfalls vertreten habe. Somit könne an der bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festgehalten werden.

3.2.

3.2.1. Bei den Stellungnahmen von Dr. med. C. _____ handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG. Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (vgl. Urteil 9C_323/2009 des BGER vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGER vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

3.2.2. Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass

sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

Obwohl Dr. med. C._____ als Facharzt Allgemeine Innere Medizin nicht über einen Facharztstitel insbesondere auf dem Gebiet der Chirurgie mit Schwerpunkt Gefässchirurgie verfügt, kommt seinen Stellungnahmen aufgrund der beim Beschwerdeführer zwar zahlreich vorhandenen, aber nicht überaus schwerwiegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen Gewicht zu resp. sind dessen Berichte als beweiskräftig zu qualifizieren. Da Dr. med. C._____ insbesondere der ausführliche ärztliche Bericht von Dr. med. G._____ vom 8. Oktober 2008 (act. 16), der im Zusammenhang mit der beruflichen Integration/Rente eingeholt, undatierte Bericht des Landeskrankenhauses E._____ (act. 52) resp. weitere Berichte dieses Spitals sowie das gefässchirurgische Gutachten vom 9. Juli 2009 (act. 65) zur Verfügung gestanden hatten, konnte im Rahmen des vorliegend zu beurteilenden Falles auf das Einholen von weiteren Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und –ärzte verzichtet werden.

Das gilt auch im Zusammenhang mit der von Dr. med. B._____ in dessen Bericht vom 17. März 2010 (act. 73 S. 41) erwähnten psychischen Komponente resp. der psychotherapeutischen Begleitung. Dass Dr. med. B._____ kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist bzw. der Versicherte weder fachpsychiatrisch noch psychopharmakologisch behandelt wird, lässt ohne weiteres den Schluss zu, dass – falls überhaupt vorhanden – die psychische Störung nicht dermassen stark ausgeprägt ist, dass sie sich wesentlich auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirken könnte. Hinzu kommt, dass Dr. med. B._____ in seinem Bericht vom 17. August 2009 selber noch von einem psychisch unauffälligen Gesundheitszustand berichtet hat (act. 55). Schlüssige und überzeugende Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht in der Zeit zwischen August 2009 und März 2010 nennenswert verschlechtert hätte, sind den Akten nicht zu entnehmen. Vielmehr ist erstellt, dass weder eine schwerwiegende, rentenrelevante psychische Erkrankung noch kognitive Störungen auszumachen sind. Da sich nach dem Dargelegten in den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte für ein psychisches Leiden mit Krankheitswert finden, konnte auf eine psychiatrische Begutachtung im Rahmen von Abklärungsmassnahmen verzichtet werden (vgl. hierzu Urteil I 316/99 des EVG

vom 28. August 2000 mit weiteren Hinweisen). Aus diesen Gründen war Dr. med. C. _____ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin durchaus in der Lage, die Leiden des Beschwerdeführers resp. deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit rechtsgenügend zu beurteilen.

3.2.3. Dr. med. C. _____ attestierte dem Beschwerdeführer zufolge der bei diesem vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen keine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Bauarbeiter, Rohrleitungsmonteur) und eine 100%ige, vollschichtige Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit. Diese Beurteilung ist mit Blick auf die gesamten gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers nachvollziehbar, und es ist – aufgrund der objektiven Festlegung der IV-rechtlich massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. E. 2.7 und insb. E. 3.2.1. hiervor; vgl. auch Urteil des BGer 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011) – von einem genügend detaillierten und somit rechtsgenügenden Zumutbarkeitsprofil auszugehen. Diese Beurteilung findet ihre Stütze auch in weiteren medizinischen Akten.

Dr. med. G. _____ führte in seinem Bericht vom 8. Oktober 2008 aus, der Beschwerdeführer könne seine letzte Tätigkeit als Schlosser nicht mehr vollschichtig verrichten. Zuzufolge des aktuellen Gesundheitszustandes seien lediglich leichte körperliche Tätigkeiten möglich. Das Heben und Tragen von schwereren Lasten verbiete sich wegen der Grunderkrankung. Einschränkungen bezüglich Gehen, Stehen und Sitzen seien nicht gegeben. Arbeiten könnten im Freien und bei geschlossenen Räumen durchgeführt werden. Es seien nicht mehr als die üblichen Unterbrechungen notwendig. Vermieden werden sollten auch stressbehaftete Arbeitssituationen (act. 16).

Auch war der behandelnde Arzt Dr. med. B. _____ am 6. März 2009 mit der Beurteilung des RAD-Arzt Dr. med. C. _____ vom 3. März 2009, wonach der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter vor allem beim Heben und Tragen schwerer Lasten eingeschränkt sei resp. seit dem 29. März 2008 eine Arbeitsunfähigkeit vorliege und leichte Tätigkeiten vollschichtig zumutbar seien, anfänglich einverstanden. Der diametrale Meinungswechsel von Dr. med. B. _____ in seinem späteren Bericht vom 17. März 2010 lässt sich – mit Blick auf die gesamten Akten und in Übereinstimmung mit der IV-Stelle SG – weder nachvollziehen noch ist dieser einleuchtend begründet. Auch nicht widerspruchsfrei nachvollziehbar ist, dass Dr. med. B. _____ im Bericht vom 17. August 2009 (act. 55) einerseits ausführte, die körperliche Belastbarkeit sei nicht

genau zu beurteilen und es liege eine 70 bis 80%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit vor, und er andererseits im Zusammenhang mit dem auf dem entsprechenden Formular angebrachten Vermerk "falls nicht ganztags zumutbar, Anzahl Stunden pro Tag" keine Angaben machte, was zweifelsfrei für die Zumutbarkeit einer leidensadaptierten Verweistätigkeit spräche.

Dr. med. D._____ vom Landeskrankenhaus E._____ gab in seinem undatierten Bericht, welcher am 18. Juni 2009 bei der IV-Stelle SG eingegangen war, eine Reihe von möglichen Tätigkeiten an. In der diesbezüglichen Tabelle brachte er im Zusammenhang mit dem oben erwähnten Vermerk keine Bemerkungen an, weshalb ohne weiteres davon auszugehen ist, dass Dr. med. D._____ den Beschwerdeführer ebenfalls als vollständig arbeits- und leistungsfähig in einer den Behinderungen angepassten Tätigkeit erachtet hat.

In Bezug auf das gefässchirurgische Gutachten vom 9. Juli 2009 ist schliesslich festzustellen, dass dieses – wie von Dr. med. C._____ dargelegt – umfassend und schlüssig ist und der Beschwerdeführer aus dem attestierten Dauerinvaliditätsgrad von 50 % nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Dies insbesondere deshalb, weil dieser Begriff in der versicherungsmedizinischen Terminologie der Schweiz in dieser Bedeutung nicht vorkommt und mit dem IV-Grad nach schweizerischem Recht – welcher sich aus der Gegenüberstellung des hypothetischen Valideneinkommens und des hypothetischen Invalideneinkommens ergibt – keineswegs identisch ist (vgl. zur Regelung des Integritätsschadens in der Schweiz Art. 24 und 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] und Art. 36 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV, SR 832.202] sowie Anhang 3 UVV; vgl. dazu auch BGE 124 V 29 E. 1c; RKUV 1989 Nr. U 76 S. 311 E. 4a).

Abschliessend ist festzustellen, dass die diagnostizierte arterielle Hypertonie, die Hyperlipidämie, der Nikotinabusus, der Diabetes sowie die Adipositas (vgl. hierzu Entscheid des BGer 8C_74/2008 vom 22. August 2008 E. 2.2 mit Hinweisen) keinen relevanten Einfluss auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit haben und somit nicht rentenrelevant sind.

Aufgrund der schlüssigen und voll beweiskräftigen Berichte des Dr. med. C._____ ist zusammenfassend festzustellen, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte, zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schloss-

ser/Rohrleitungsmonteur seit seinem Unfall vom 30. März 2008 nicht mehr zumutbar ist. Nach Ablauf der einjährigen gesetzlichen Wartezeit ist gemäss den schlüssigen und überzeugenden Stellungnahmen von Dr. med. C._____ jedoch erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer leistungsadaptierten Verweistätigkeit vollzeitlich arbeits- und leistungsfähig ist. Davon ist bei der nachfolgenden Bemessung der Invalidität auszugehen.

4.

4.1. 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. Insofern die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 135 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2; RKUV 1989 U 69 S. 176 E. 1). Für eine korrekte Invaliditätsbemessung nach der Einkommensvergleichsmethode ist unabdingbar, dass die dafür notwendigen Einkommens- oder Prozentzahlen konkret und sorgfältig ermittelt und die massgebenden Zahlen in den Akten festgehalten werden, damit die versicherte Person in Erfahrung bringen kann, aufgrund welcher erwerblicher Annahmen die Verwaltung auf einen bestimmten Invaliditätsgrad erkannt hat (BGE 114 V 310 E. 3a; AHI 1998 S. 253 E. 3a). Weder die Einführung des ATSG noch die 4. IV-Revision haben daran etwas geändert (BGE 130 V 343 E. 3.4.2; RKUV 2004 U 529 S. 574 E. 1.2; statt vieler: Entscheid I 117/06 des EVG vom 23. Mai 2006, E. 2). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222, 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1). Bezüglich der Anpassung an die Lohnentwicklung ist nach Geschlechtern zu differenzieren, d.h. es ist auf den Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen (BGE 129 V 408).

4.2.

4.2.1. Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1, 129 V 222 E. 4.3.1; RKUV 2006 U 568 S. 66 E. 2). Für die Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens ist nicht nur eine teuerungsbedingte Lohnanpassung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise vorzunehmen. Vielmehr ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Löhne erfahrungsgemäss in den meisten Berufssparten, wenn auch in unterschiedlichem Masse, über die allgemeine Teuerung hinaus erhöht werden. Es ist deshalb mit der teuerungsbedingten Lohnanpassung auch die Reallohnentwicklung zu berücksichtigen (SVR 1999 IV Nr. 24 S. 73 E. 5; ZAK 1991 S. 320 E. 3a).

4.2.2. Wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 4.1), sind für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des (mutmasslichen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend – somit vorliegend mit Blick auf das Unfalldatum (30. März 2008) das Jahr 2009. Die IV-Stelle SG ging von einem jährlichen hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 69'913.- aus (act. 68), was von den Parteien nicht bestritten wurde und zu keinen Beanstandungen Anlass gibt.

4.3.

Hinsichtlich des jährlichen hypothetischen Invalideneinkommens ergibt sich Folgendes:

4.3.1. Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b aa). Im Rahmen der Invaliditätsbemessung darf bei der Bestimmung des trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbaren Einkommens nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Von der versicherten Person können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a; ZAK 1989 S. 321 E. 4a).

Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b bb; RKUV 1999 U 343 S. 412 E. 4b aa). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4 des Arbeitsplatzes) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 E. 3c cc). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b bb; SVR 2007 IV Nr. 11 S. 41 E. 3.2; RKUV 2003 U 494 S. 390 E. 4.2.3). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b).

4.3.2. Mit Blick auf das schlüssige, überzeugende und voll beweiskräftige Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. C. _____ und weiterer Ärzte und des Umstands, dass der Versicherte bis zum massgeblichen Verfügungszeitpunkt vom 11. März 2010 keine leidensadaptierte Verweistätigkeit aufgenommen hat, ist das hypothetische Invalideneinkommen unter Beizug der Tabellenlöhne gemäss den LSE zu bestimmen. Gemäss LSE 2008, Tabelle TA1, belief sich der Totalwert für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigten Männer im privaten Sektor (Anforderungsniveau 4) auf monatlich brutto Fr. 4'806.- bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von

40 Stunden und inkl. 13. Monatslohn (abrufbar unter www.bfs.admin.ch > Themen > Arbeit, Erwerb > Publikationen > die schweizerische Lohnstrukturhebung 2008, Tabelle TA1, S. 26; zuletzt besucht am 13. März 2012). Unter Umrechnung dieses Einkommens auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden im Jahr 2009 (abrufbar unter www.bfs.admin.ch > Themen > Arbeit, Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > detaillierte Daten > Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit > Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche 1990-2008, Total; zuletzt besucht am 13. März 2012) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2008 bis 2009 abrufbar unter www.bfs.admin.ch > Themen > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen > detaillierte Daten > schweizerischer Lohnindex nach Branche, Tabelle T1.93, Total, Wert 2008: 120.9; Wert 2009: 123.4; zuletzt besucht am 13. März 2012) resultiert demnach als Zwischenergebnis ein hypothetisches Invalideneinkommen von jährlich 61'219.-. Da der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit zu 100 % leistungsfähig ist, reduziert sich dieses hypothetische Invalideneinkommen nicht weiter.

4.3.3. Hinsichtlich des leidensbedingten Abzugs ist vorab festzuhalten, dass das Bundesverwaltungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf; jenes muss sich auf Gegebenheiten stützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (vgl. hierzu BGE 126 V 353 E. 5d S. 362, 123 V 150 E. 2 S. 152; Urteil C 43/06 vom 19. April 2006, E. 1.2). Die Vorinstanz resp. die IV-Stelle SG gingen in der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2010 von der Auffassung aus, dass sich aufgrund der gesamten Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 10 % rechtfertige, was der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zu Unrecht monierte.

4.3.3.1 Der Beschwerdeführer war von 1991 bis 2008 selbstständig erwerbend und im Anschluss an diese Zeit temporär angestellt (act. 43); der letzte Temporäreinsatz dauerte nur elf Tage (act. 42 und 48). Dem Aspekt der Dienstjahre kommt unter diesen Umständen keine relevante Bedeutung zu. Weiter ist zu berücksichtigen, dass sich – nach Aufgabe der Selbstständigkeit – das Anfangseinkommen in einer neuen Firma in der Regel nicht isoliert nach der Anzahl Dienstjahre, sondern u.a. auch aufgrund der mitgebrachten Berufserfahrungen bestimmt hätte resp. bestimmt. Vor allem aber bleibt zu beachten, dass die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungs-

profil ist (vgl. Urteil des BGer 8C_223/2007 vom 2. November 2007 mit weiteren Hinweisen).

4.3.3.2 Da der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit voll arbeits- resp. leistungsfähig ist, ist die statistisch erhärtete Tatsache der Lohneinbusse von teilzeitarbeitenden Männern vorliegend nicht zu berücksichtigen (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_617/2010 vom 10. Februar 2011 E. 4.3). Es steht fest, dass dem Beschwerdeführer bei der Annahme eines konjunkturell ausgeglichenen Arbeitsmarktes ein recht weites Betätigungsfeld mit zahlreichen Stellen als Hilfsarbeiter in der Produktion oder im Dienstleistungssektor offen gestanden hätte. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt hätte somit für den Beschwerdeführer trotz seiner Behinderung und den damit verbundenen Einschränkungen noch viele zumutbare Beschäftigungsmöglichkeiten etwa im gewerblichen oder industriellen Bereich offengehalten. Auch einfache und repetitive Arbeiten hätten leidensadaptiert ausgeführt werden können. Bei dieser Sachlage wäre das Finden einer leidensangepassten Anstellung bei dem so verstandenen Arbeitsmarkt und bei einer entsprechenden motivierten Arbeitshaltung des Beschwerdeführers nicht von vornherein ausgeschlossen gewesen. Allfällige Einbussen, welche sich infolge der Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers lohnmässig hätten auswirken können, sind jedoch beim leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen zu berücksichtigen. Mit Blick auf den Umstand, dass die vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schlosser/Rohrleitungsmonteur mittelschwer bis schwer zu qualifizieren ist und weil das von Dr. med. C._____ und weiteren Fachärzten umschriebene Anforderungsprofil verschiedene Limitierungen enthält, rechtfertigt sich auch diesbezüglich ein leidensbedingter Abzug.

4.3.3.3 Es rechtfertigt sich jedoch nicht, für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen und diese zusammenzuzählen, da damit Wechselwirkungen ausgeblendet werden (vgl. BGE 126 V 75 E. 5b/bb mit Hinweisen). Nach dem vorstehend Dargelegten resp. aufgrund der gesamten Umstände ist kein leidensbedingter Abzug von über 10 % gerechtfertigt, weshalb schliesslich von einem hypothetischen Invalideneinkommen von jährlich Fr. 55'097.- auszugehen ist.

4.3.4. Der Einkommensvergleich ergibt bei einem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 69'913.- pro Jahr und einem massgebenden hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 55'097.- pro Jahr bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 14'816.- einen IV-Grad von 21 % (zur Rundung

vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3), was keinen Anspruch auf eine Rente der IV ergibt.

5.

Hinsichtlich der beantragten Prüfung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer im Mai 2009 weder subjektiv in der Lage sah zu arbeiten noch Unterstützung bei der Stellensuche wünschte (act. 47 und 48). Da die Eingliederungsfähigkeit – die versicherte Person muss objektiv und subjektiv in der Lage sein, berufsbildende Massnahmen zu bestehen – eine Voraussetzung zur Gewährung von beruflichen Massnahmen darstellt (vgl. hierzu Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art [KSBE], gültig ab 1. Januar 2008, Rz. 3010, 4010 und 5009), wurden die entsprechenden Bemühungen seitens der IV-Stelle SG unter den gegebenen Umständen zu Recht eingestellt. Eine Rückweisung der Streitsache zur Abklärung von beruflichen Massnahmen ist daher nicht angezeigt. Es liegt indes am Beschwerdeführer – sollte er in der Zwischenzeit eingliederungsbereit resp. -fähig sein – diesbezüglich ein neues Leistungsgesuch einzureichen.

6.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass sich die angefochtene Verfügung vom 11. März 2010 als rechtmässig erweist, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 28. April 2010 abzuweisen ist.

7.

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

7.1. Die Verfahrenskosten sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache und insbesondere der Art der Prozessführung auf Fr. 400.- festgesetzt (vgl. Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG in Verbindung mit Art. 1, Art. 2 Abs. 1 und 2 sowie Art. 4 des Reglements über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

7.2. Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig

hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: