



Urteil vom 17. März 2011

Besetzung

Richter Vito Valenti (Vorsitz),
Richter Francesco Parrino, Richter Stefan Mesmer,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, Spanien
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenrente (Verfügung vom 9. Dezember 2008).

Sachverhalt:**A.**

Der 1963 geborene, in seiner Heimat Spanien wohnhafte A._____ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) arbeitete in den Jahren 1981 bis 1990 in der Schweiz und entrichtete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Am 20. Dezember 2007 meldete er sich zum Bezug von IV-Leistungen an; der vom spanischen Sozialversicherungsträger weitergeleitete Antrag ging – nachdem dem Versicherte ab 5. Mai 2008 eine heimatstaatliche Rente zugesprochen worden war – am 16. Mai 2008 zusammen mit weiteren Formularen bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) ein (vorinstanzliche Akten [*im Folgenden: act.*] 1 bis 4, 34). Nach Vorliegen eines Teils der für die Beurteilung des Leistungsgesuches massgeblichen Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht (*act.* 8, 9, 11 bis 33) gab Dr. med. B._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom medizinischen Dienst der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*) am 18. September 2008 eine Stellungnahme ab (*act.* 35). Nachdem die IVSTA gestützt darauf am 10. Oktober 2008 einen Einkommensvergleich vorgenommen hatte (*act.* 36), wurde dem Versicherten mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2008 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt (*act.* 37).

B.

B.a Gegen diesen Vorbescheid vom 21. Oktober 2008 brachte der Versicherte – unter Beilage zweier Arztberichte der Dres. med. C._____ und D._____ vom 17. Resp. 20. November 2008 – am 21. November 2008 seine Einwendungen vor (*act.* 41). Daraufhin bekräftigte Dr. med. B._____ am 6. Dezember 2008 seine frühere Beurteilung (*act.* 43).

B.b In der Folge erliess die IVSTA am 9. Dezember 2008 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (*act.* 44).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 30. Dezember 2008 Beschwerde und beantragte (sinngemäss) die Aufhebung der Verfügung vom 9. Dezember 2008. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, er sei nicht in der Lage, irgendwelche Tätigkeiten auszuüben, was die

beiliegenden ärztlichen Bestätigungen bescheinigten. Ab dem 25. Januar (2009) werde er weitere solche nachreichen, da zusätzliche Untersuchungen stattfänden (Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: B-act.*] 1).

D.

In ihrer fristgerecht eingereichten Vernehmlassung vom 23. Juni 2009 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Zur Begründung verwies sie auf den Bericht des medizinischen Dienstes vom 7. Juni 2009, verfasst von Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeinmedizin (B-act. 7).

E.

Mit Zwischenverfügung vom 1. Juli 2009 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 8); dieser Aufforderung wurde nachgekommen (B-act. 10 bis 15).

F.

In seiner am 17. August 2009 beim Bundesverwaltungsgericht eingegangenen Replik hielt der Beschwerdeführer an seinem Rechtsbegehren fest und machte – unter Beilage von zwei Berichten der Dres. med. F._____, G._____ vom 24. und 28. Juli 2009 – weitere Ausführungen zu seinem Gesundheitszustand (B-act. 10).

G.

In ihrer Duplik vom 1. Oktober 2009 hielt die Vorinstanz an ihren Anträgen fest und verwies zur Begründung auf die zweite Stellungnahme von Dr. med. E._____ vom 25. September 2009 (B-act. 18).

H.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. Oktober 2009 wurde der Schriftenwechsel geschlossen (B-act. 19).

I.

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]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

1.2. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 9. Dezember 2008 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Verfahrenskostenvorschuss geleistet worden ist (vgl. Bst. E. hiervor), ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

1.3. 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 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (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).

1.4. Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 9. Dezember 2008 (act. 44), mit welcher das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist.

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 anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1. Der Beschwerdeführer besitzt die spanische Staatsbürgerschaft und wohnt in Spanien (act. 1), 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).

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), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund 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 substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [*im Folgenden*: BGer] 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (vgl. auch 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 9. Dezember 2008 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs 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]).

2.3. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein

medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7).

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

2.4. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 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 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).

2.5. Nach Art. 48 IVG (mit Wirkung ab 1. Januar 2008 durch Ziff. I des IVG vom 6. Oktober 2006 aufgehoben [5. IV-Revision; AS 2007 5129]) erlischt der Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war (Abs. 1). Meldet sich jedoch ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs zum Leistungsbezug, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme vornimmt (Abs. 2).

Vorliegend ist demnach zu prüfen, ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer seit dem 20. Dezember 2006, das heisst zwölf Monate vor der Anmeldung zum Leistungsbezug (act. 1), Anspruch auf IV-Leistungen hatte oder ob ein solcher Anspruch danach bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (9. Dezember 2008; act. 44) entstanden bzw. wieder weggefallen ist.

2.6. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich

somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

3.

Die IVSTA stützte sich im Rahmen der angefochtenen Verfügung vom 9. Dezember 2008 (act. 44) in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Stellungnahmen der Dres. med. B._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und E._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 18. September (act. 35) und 6. Dezember 2008 (act. 43) sowie vom 7. Juni (act. 50) und 25.

September 2009 (B-act. 18). Diese Berichte sind nachfolgend teilweise zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

3.1. Dr. med. B._____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 18. September 2008 zur Hauptsache eine Hämophilie A und mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Hepatitis C. Er attestierte dem Versicherten in seiner angestammten Tätigkeit ab 12. Juni 2006 eine 30%ige und ab 17. September 2007 eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit und führte weiter aus, ab dem 12. Oktober 2006 bestehe in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Die medizinischen Akten zeigten zwei Probleme des Versicherten. Das erste sei eine leichte Hämophilie A mit einem Blutungsrisiko. Ausserdem habe eine Perikardtamponade vorgelegen. Aktuell bestünden betreffend dieser keine Konsequenzen mehr. Allerdings sei von mit grosser Anstrengung verbundenen Tätigkeiten wegen der Hämophilie, an welcher er seit Geburt leidet, die aber bis heute kein grösseres Problem dargestellt habe, abzuraten. Dieses Leiden sei mit einer adaptierten leichten Verweisungstätigkeit, bei der kein Risiko auf Blessuren bestehe, vereinbar. Das zweite Problem sei eine seit 1992 bekannte Hepatitis C, welche zwar eine leichte Müdigkeit bewirke, aber zu keinen, mit einer leichten Tätigkeit unvereinbaren funktionellen Beeinträchtigungen führe. Die anderen angegebenen Beeinträchtigungen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit (act. 35).

Nachdem Dr. med. B._____ Kenntnis der Berichte der Dres. med. C._____ und D._____ vom 17. und 20. November 2008 hatte (act. 38 und 39), hielt er am 6. Dezember 2008 dafür, dass im Bericht vom 20. November 2008 die bekannten Diagnosen bestätigt würden. Es existiere kein neues Element hinsichtlich funktioneller Einschränkung in einer leichten Tätigkeit. Der Bericht vom 17. November 2008 führe zu keinem anderen Ergebnis. Die bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen seien mit einer schweren Tätigkeit nicht vereinbar; eine leichte adaptierte berufliche Tätigkeit sei jedoch möglich, weshalb er seine frühere Stellungnahme bekräftige (act. 43).

Nach Kenntnis weiterer, im Rahmen der Beschwerde vom 30. Dezember 2008 eingereichter Unterlagen erwähnte Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2009, das Dokument betreffend Bildgebung des Brustkastens stamme vom 31. Mai 2006 und somit aus einer Zeit, als der Versicherte einen blutigen Herzbeutelerguss gehabt habe (Perikardtamponade). Das andere Dokument vom 11. Januar 2009 nehme umfassend Stellung zu den Gesundheitsschäden (Hämophilie, Leberaffektion, Brustfellaffektion [Zustand nach Perikardtemponade], Hüftleiden und Fussbeschwerden sowie Hörschaden). Hinsichtlich Leberaffektion werde aufgrund einer Spezialuntersuchung vom 13. März 2008 eine Leber-zirrhose vermutet; eine sichere Diagnose gebe es nicht. Ob eine Leber-zirrhose oder eine Hepatitis C vorliege, spiele solange keine Rolle, als die Leberfunktion gemessen an den Laborparametern

noch genügend sei und keine portale Hypertension bestehe. Dies habe Dr. med. B._____ diskutiert. In Bezug auf die Brustfellaffektion bzw. den Zustand nach der Perikardtamponade und den Hörschaden ergäben sich im Vergleich zur Stellungnahme von Dr. med. B._____ keine neuen Aspekte. Zum linksseitigen Hüftleiden, welches eine banale Arthrose sei, gäbe es auch keine neuen Erkenntnisse. Es handle sich nicht um eine Arthropathie bei einer Hämophilie. Die offenbar neu monierten Leiden (Hohlfuss/Krallenzehen) hätten keine Einschränkungen in leichten Arbeiten zur Folge, da sie durch Einlagen kompensierbar seien. Betreffend die Höhe der Arbeitsunfähigkeit führte Dr. med. E._____ weiter aus, der Arbeitsunterbruch sei wegen einer Komplikation seiner Hämophilie im Mai 2006 – der Perikardtamponade, die innert weniger Tage erfolgreich behandelt worden und ohne Folgen geblieben sei – erfolgt. Es gäbe hier keinen Grund, deswegen eine längere Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Sowohl die Hepatitis als auch die Leberzirrhose selbst habe, wie von Dr. med. B._____ erwähnt, aktuell keinen negativen Einfluss auf Verweisungstätigkeiten. Die Nebenwirkungen der aktuellen Therapie würden mit dem Tag ihres Abbruchs verschwinden, und die Hüftarthrose und die Fussbeschwerden störten auch nicht. Er stimme Dr. med. B._____ darin zu, dass als Beginn der langdauernden Arbeitsunfähigkeit der letzte Arbeitstag (16. September 2006) anzunehmen sei. Dieselbe Annahme könnte auch für die Verweisungsarbeiten gelten, da nach der Tamponade keine über dieses Datum hinausgehende Arbeitsunfähigkeit nachweisbar sei. Als Fazit gab Dr. med. E._____ an, der Versicherte leide an einer leichten Form der Hämophilie, die ihm bis vor kurzem eine mittelschwere Arbeit auf dem Lande erlaubt habe. Diese Arbeit sei einige Monate nach einer einfach therapierbaren Komplikation im Zusammenhang mit Nebenwirkungen einer Therapie eines vermutlich ebenfalls wegen der Grundkrankheit iatrogen vor Jahren importierten Leberleidens und anderem aufgegeben. Es seien heute keine typischen Spätfolgen dieses Leidens (Gelenkleiden) nachweisbar. Dem erhöhten Blutungsrisiko werde Rechnung getragen. Das langjährige Leberleiden habe zu einer heute fortgeschrittenen Leberkrankheit – aktuell ohne wesentliche Störung der Leberfunktion – geführt. Die heute offenbar durchgeführte mehrmonatige Behandlung mit Interferon sei bekannt für die beschriebenen, natürlich reversiblen Nebenwirkungen. Die neuen Akten belegten gegenüber dem Statement von Dr. med. B._____ keine Änderung bezüglich der langdauernden Arbeitsunfähigkeit (act. 50).

In seiner zweiten Stellungnahme vom 25. September 2009 hielt Dr. med. E._____ dafür, dass die neu im Beschwerdeverfahren eingereichten Akten (B-act. 10) keine neuen Informationen enthielten. Alle in seiner letzten Stellungnahme erwähnten Diagnosen seien leichte bis höchstens mittelschwere Befunde, die die Funktionalität bei leichten bis gelegentlich mittelschweren Arbeiten nicht störten und bis vor zwei Jahren mit einer Tätigkeit als Landarbeiter vereinbar gewesen seien. Wenn alle diese Diagnosen in Spanien zu einer generellen Arbeitsunfähigkeit führten, beruhe das vermutlich auf einer starken Gewichtung und Aufsummierung aller Befunde (B-act. 18).

3.2. Bei den – der Vorinstanz als Entscheidungsgrundlagen dienende und vorstehend zusammengefasst wiedergegebenen – Berichten der Dres. med. B._____ und E._____ handelt es sich um solche von resp. im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG (vgl. auch aArt. 49 Abs. 3 IVV), deren Funktion darin besteht, den medizinischen Sachverhalt

zusammenzufassen und zu würdigen. Dazu gehört auch, bei sich widersprechenden medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. 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).

3.3. Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.6 hiavor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte grundsätzlich über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

3.3.1. Vorab ist festzustellen, dass die vorliegend nach dem massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses (9. Dezember 2008) verfassten medizinischen Dokumente insoweit zu berücksichtigen sind, als sie sich auf den im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden gesundheitlichen Zustand beziehen, somit mit dem Streitgegenstand in engem sachlichen Zusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Verfügungszeitpunkt zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen).

3.3.2. Zwar verfügen die Dres. med. B._____ und E._____ nicht über einen Facharztstitel auf den Gebieten der Radiologie und der Inneren Medizin (mit Schwerpunkt Hämatologie, Kardiologie und/oder Gastroenterologie). Mit Blick auf die beim Beschwerdeführer im somatischen Bereich vorliegenden, nicht überaus komplexen Gesundheitsbeeinträchtigungen kann dennoch auf deren Stellungnahmen abgestellt werden. Auf das Einholen von Berichten entsprechend fachlich ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzte konnte insbesondere auch deshalb verzichtet werden, weil den Dres. med. B._____ und E._____ zahlreiche ausländische fachärztliche Berichte (Fachrichtungen: Innere Medizin [act. 13 und 14], Kardiologie [act. 16 und 29], Traumatologie [act. 17 bis 19, 26], Hämatologie [act. 24 und 38], Radiologie [act. 27 und 28] und Gastroenterologie [act. 20 bis 23, 25, 30, 33, 39]) zur Verfügung standen. Unter diesen Umständen waren sie als Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Allgemeinmedizin durchaus in der Lage,

die Leiden des Beschwerdeführers resp. deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit beurteilen zu können.

3.3.3. Dr. med. B._____ schlug in seiner Stellungnahme vom 18. September 2008 (act. 35) vor, in der angestammten Tätigkeit sei ab dem 12. Juni 2006 von einer 30%igen und ab dem 17. September 2007 von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen.

Der Beschwerdeführer musste wegen einer Komplikation seiner Hämophilie – der Perikardtamponade – vom 16. bis 19. Mai 2006 hospitalisiert werden (act. 13 und 14). Dass der Beschwerdeführer im Anschluss an diesen kurzen stationären Aufenthalt seine angestammte Arbeitstätigkeit unmittelbar wieder aufgenommen hatte, ergibt sich aus seinen eigenen Äusserungen im Fragebogen für die versicherte Person vom 28. August 2008, wonach er seine berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen erst ab dem 12. Juni 2006 bis 24. Mai 2007 habe unterbrechen müssen (act. 9). Unter diesen Umständen lässt sich nicht beanstanden, dass Dr. med. B._____ den Beginn der 30%igen Arbeitsunfähigkeit auf den 12. Juni 2006 festgelegt hat. Indem Dr. med. B._____ dem Beschwerdeführer ab 12. Oktober 2006 eine volle Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit zugemutet hatte, ist – zu Gunsten des Beschwerdeführers – davon auszugehen, dass auch in einer solchen Tätigkeit ab 12. Juni 2006 bis und mit 11. Oktober 2006 eine 30%ige Leistungseinschränkung bestanden hatte.

3.3.4. Zusammenfassend ergibt sich als Zwischenergebnis, dass die aus der Perikardtamponade sowie den anderen hauptsächlichen Leiden resultierende Verminderung der Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit ab dem 12. Juni 2006 keine Eröffnung der Wartezeit nach Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG (in der bis Ende Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung; Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) auslöste. Denn aufgrund der überzeugenden und schlüssigen und folglich beweiskräftigen Stellungnahmen der Dres. med. B._____ und E._____ vom 18. September 2008 und 7. Juni 2009 sowie den Ausführungen des Beschwerdeführers, er habe seine Arbeit vom 12. Juni 2006 bis 24. Mai 2007 aus gesundheitlichen Gründen unterbrechen müssen (act. 9), ist erstellt, dass ab 12. Juni 2006 bis zum 24. Mai 2007 *nicht während eines Jahres* ohne wesentlichen Unterbruch eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vorgelegen hat. Hinsichtlich des Rentenanspruchs nichts wesentlich anderes ergäbe sich, wenn als Beginn des einjährigen gesetzlichen Wartejahres der Eintritt ins Spital am 16. Mai 2006 zu gelten hätte. Unter diesen Umständen wäre der Beschwerdeführer mit Blick auf den 24. Mai 2007 zwar während eines

Jahres arbeitsunfähig gewesen, jedoch nicht im erforderlichen Ausmass von *durchschnittlich mindestens 40 %*.

3.3.5. Anders präsentierte sich die Situation ab Spätsommer 2007. Am 17. September 2007 hatte der Versicherte seine Arbeit aus gesundheitlichen Gründen definitiv aufgegeben. Aufgrund der schlüssigen und überzeugenden Berichte der Dres. med. B._____ und E._____ können dem Beschwerdeführer aufgrund der Hämophilie ab diesem Zeitpunkt mit grosser Anstrengung verbundene Tätigkeiten wie die angestammte nur noch teilweise zugemutet werden. Weiter führte auch das langjährige, seit 1992 bestehende Leberleiden zu einer im Beurteilungszeitpunkt von Dr. med. E._____ fortgeschrittenen Leberkrankheit – aktuell ohne wesentliche Störung der Leberfunktion. Zusammenfassend lässt sich demnach nicht beanstanden, dass dem Beschwerdeführer insbesondere aufgrund der Hämophilie und des Leberleidens die angestammte Tätigkeit ab dem 17. September 2007 nur noch in einem Ausmass von höchstens 30 % zumutbar gewesen war bzw. ist.

Hingegen haben diese sowie die übrigen beim Beschwerdeführer vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen bereits ab dem 12. Oktober 2006 (vgl. E. 3.3.3.) keinen nennenswerten resp. rentenrelevanten Einfluss auf die Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweisungstätigkeit mehr gehabt. Die diesbezüglichen übereinstimmenden Ausführungen der Dres. med. B._____ und E._____, wonach die Hepatitis C und die Hämophilie eine leidensadaptierte, mit den nötigen Sicherheitsvorkehrungen versehene Verweisungstätigkeit zulasse, sind überzeugend. Das gilt ebenso für die Beurteilung, dass die anderen Beeinträchtigungen (Hüftleiden, Hörschaden, Hohlfuss und Krallenzehen, Nebenwirkungen der Interferontherapie) seit dem 12. Oktober 2006 keinen negativen Einfluss auf solche Tätigkeiten haben.

Dass Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2009 ausführte, er stimme mit Dr. med. B._____ überein, den Beginn der langdauernden Arbeitsunfähigkeit auf den letzten Arbeitstag, den 16. September 2006, zu legen, ergibt hinsichtlich des Beginns keinen Widerspruch, denn es ist offensichtlich, dass es sich bei der Jahreszahl um einen Verschreiber gehandelt haben muss. Weiter beinhalten die Ausführungen von Dr. med. E._____ ("Verweisarbeiten könnten auf das gleiche Datum genommen werden"), dass der Beginn der einjährigen gesetzlichen Wartezeit nicht auf Mai/Juni 2006 (vgl. E. 3.3.3. und 3.3.4), sondern erst auf den 17. September 2007 fällt. Dies ergibt sich insbesondere daraus, dass Dr. med. E._____ explizit auch vom *Beginn der langdauernden Arbeitsunfähigkeit* spricht. Mit Blick auf diese Aspekte ergibt sich denn auch kein Widerspruch zu den von Dr. med. B._____ gemachten Ausführungen.

3.3.6. An der vollen Beweiskraft der Stellungnahmen der Dres. med. B._____ und E._____ vom 18. September 2008 und 7. Juni 2009 vermögen auch die übrigen Berichte aus der Heimat des Versicherten nichts zu ändern. Auf die Beurteilung im Formular E 213 (act. 32), wonach der Beschwerdeführer nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit eine vollständige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit aufweisen soll, kann mangels rechtsgenügender Begründung nicht abgestellt werden. Mangels fehlender resp. nicht rechtsgenügender Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit kann auf die übrigen Berichte aus Spanien ebenfalls nicht abgestellt werden (act. 11 bis 31, 33). Betreffend die Berichte der Dres. med. C._____ und D._____ vom 17. und 20. November 2008 (act. 38 und 39) erläuterte Dr. med. B._____ am 6. Dezember 2008 in nachvollziehbarer Weise, weshalb diese Berichte an seiner früheren Beurteilung nichts zu ändern vermögen. Hinsichtlich des beschwerdeweise eingereichten Berichts von Dr. med. H._____ vom 11. Januar 2009 (B-act. 1) ist festzustellen, dass sich Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2009 ausführlich mit diesem medizinischen Dokument beschäftigt hat resp. dieses von ihm umfassend, schlüssig und somit rechtsgenügend gewürdigt worden ist. Schliesslich vermögen auch die weiteren, am 17. August 2009 beim Bundesverwaltungsgericht eingegangenen Arztberichte (B-act. 10) am Ergebnis nichts zu ändern. Dr. med. E._____ führte in seiner zweiten Stellungnahme vom 25. September 2009 nachvollziehbar aus, dass die den Beschwerdeführer betreffenden Diagnosen leichte bis höchstens mittelschwere Befunde darstellten, die die Funktionalität bei leichten bis gelegentlich mittelschweren Arbeiten nicht stören würden und bis vor zwei Jahren auch mit einer Tätigkeit als Landarbeiter vereinbar gewesen wären (B-act. 18).

4.

Betreffend die Bemessung der Invalidität ergibt sich unter den gegebenen Umständen Folgendes:

4.1. 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, sind die Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss den Tabellenlöhnen der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (AHI 1999 S. 240 E. 3b; Entscheid I 517/02 des EVG vom 30. Oktober 2002, E. 1.2). 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).

4.2. Die Vorinstanz ging im Rahmen des am 10. Oktober 2008 durchgeführten Einkommensvergleichs von einem hypothetischen Valideneinkommen gemäss LSE 2006 von monatlich Fr. 4'447.- aus (act. 36). Dies lässt sich mit Blick auf die zuletzt vom Beschwerdeführer während Jahren ausgeübte Tätigkeit in der Landwirtschaft grundsätzlich nicht beanstanden. Da der frühestmögliche hypothetische Rentenbeginn nach dem vorstehend Dargelegten (vgl. E. 2.4. und 3.3.5. hiervor) im September 2008 ist, ist der Einkommensvergleich jedoch auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1).

Der von der Vorinstanz verwendete, dem Grundsatz nach nicht zu beanstandende Tabellenlohn von monatlich Fr. 4'447.- im Jahre 2006 stieg im Jahre 2008 auf Fr. 4'667.- pro Monat (LSE 2008, Tabelle TA1, Wirtschaftszweig 01, Anforderungsniveau 3; abrufbar unter www.bfs.admin.ch > Themen > Löhne, Erwerbseinkommen > detaillierte Daten > nationale Ebene > Bruttolohntabelle). Unter Umrechnung des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 4'667.- auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42.6 Stunden im Jahr 2008 (Webseite BfS > Themen > Arbeit, Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > detaillierte Daten > Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit > Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche 1990-2008, Abschnitt A [Landwirtschaft etc.], Ziff. 01) resultiert demnach ein jährliches hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 59'644.-. Davon ist vorliegend auszugehen.

4.3. Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung ebenfalls

Tabellenlöhne gemäss den 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).

Das hypothetische Invalideneinkommen ist vorliegend mit Blick auf die gesamten Umstände in erwerblicher Hinsicht bzw. die vorstehend erwähnte höchstrichterliche Rechtsprechung ebenfalls anhand der Tabellenlöhne der LSE 2008 zu bestimmen. Mit Blick auf die schlüssige sowie überzeugende und damit beweiskräftigen Beurteilung der Dres. med. B. _____ und E. _____ lässt sich das von der Vorinstanz ermittelte Durchschnittseinkommen zu Gunsten des Beschwerdeführers aus zwei Wirtschaftszweigen der LSE (Detailhandel und Reparatur [Zeile 52] sowie sonstige öffentliche und persönliche Dienstleistungen [Zeilen 90-93] nur insofern beanstanden, als dass die entsprechenden Werte auf der LSE 2006 basieren. Unter Verwendung der entsprechenden Werte der LSE 2008 (Zeile 52: Fr. 4'436.-, Zeilen 90-93: Fr. 4'291.-) und unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahre 2008 von 41.6 Stunden (Webseite BfS > Themen > Arbeit, Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > detaillierte Daten > Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit > Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche 1990-2008, Abschnitte A-O [Total], Ziff. 01-93) resultiert demnach als Zwischenergebnis ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 54'456.-.

Aufgrund des – von der Vorinstanz vorgenommenen und in der Höhe nicht zu beanstandenden – behinderungsbedingten Abzugs (vgl. hierzu BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc sowie E. 6, 124 V 321 E. 3b bb; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b; SVR 2007 IV Nr. 11 S. 41 E. 3.2; RKUV 2003 U 494 S. 390 E. 4.2.3) von 10 % resultiert schliesslich ein jährliches hypothetisches Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 51'733.-.

4.4. Aus der Gegenüberstellung eines hypothetischen jährlichen Valideneinkommens von Fr. 59'644.- und eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 51'733.- ergibt sich bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 7'911.- ein Invaliditätsgrad von 13 % (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3), was keinen Anspruch auf eine IV-Rente ergibt.

5.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass sich die angefochtene Verfügung vom 9. Dezember 2008 im Ergebnis als korrekt erweist, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 30. Dezember 2008 abzuweisen ist.

6.

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

6.1. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG).

Diese werden auf Fr. 400.- festgesetzt und sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen.

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 obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). 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 (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Vito Valenti

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 Rechtschrift 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: