



Abteilung III
C-6209/2008/
{T 0/2}

Urteil vom 6. Oktober 2010

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Elena Avenati-Carpani,
Richterin Madeleine Hirsig,
Gerichtsschreiberin Susanne Flückiger.

Parteien

A._____, **Z.**_____
(Deutschland),
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jörg Prinz,
Y._____
(Deutschland),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
X._____,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenrente; Verfügung der IVSTA
vom 1. September 2008.

Sachverhalt:**A.**

A._____, geboren 1949, deutscher Staatsangehöriger (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer), arbeitete seit Oktober 2002 bei der B._____ AG in W._____ als gelernter Schreiner und Allrounder und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. Ab dem 23. April 2005 war er aufgrund eines Bandscheibenvorfalles C3/4 bei Facettensyndrom LWS sowie eines Impingement-Syndroms der rechten Schulter bei gleichzeitig bestehender Coxarthrose [Hüftarthrose] (vgl. act. IV/1.2, 1.4, 3.7, 5, 6) zu 100% krank geschrieben und bezog ab dem 30. April 2005 Krankentaggelder. Das Arbeitsverhältnis wurde aufgelöst (act. IV/4).

B.

B.a Am 10. Juni 2007 (Posteingang: 2. Juli 2007, act. IV/1) stellte der Versicherte bei der IV-Stelle T._____ (IV T._____) einen Antrag auf eine Schweizer Invalidenrente.

Die IV T._____ holte Akten des letzten Arbeitgebers und der behandelnden Ärzte ein (act. IV/1.2, 1.4, 3 – 3.10, 5 – 7). Auf Veranlassung des regionalärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD, act. IV/8) holte sie im Spital C._____, V._____, ein Gutachten vom 5./27. Dezember 2007 ein (nachfolgend: GA C._____; act. IV/9).

B.b Gestützt auf dieses Gutachten teilte die IV T._____ dem Versicherten am 23. Januar 2008 mit Vorbescheid mit, aufgrund ihrer Abklärungen sei ihm noch die Ausübung einer wenig belastenden bis mittelschweren Tätigkeit mit Einschränkungen zumutbar. Es ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 27%. Da dieser unter 40% liege, bestehe kein Rentenanspruch, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen werden müsste (act. IV/10).

B.c Mit Eingabe vom 31. Januar 2008 reichte der Versicherte seinen Widerspruch ein (act. IV/11) und liess am 4. April 2008 weiter von Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädie, Unfallmedizin, Chirotherapie/Akupunktur und Notfallmedizin, mitteilen, in der Kürze der Zeit habe der Versicherte keinen Begutachtungstermin an einer dritten unabhängigen Stelle erhalten können, und beantragen, ihn an einer geeigneten Stelle zur Begutachtung vorzuschlagen (act. IV/15).

B.d Die IV T._____ erstellte den Entwurf der Verfügung und übermittelte ihn zuständigkeitshalber an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (Vorinstanz) mit dem Antrag, die Verfügung zu unterschreiben, zu datieren und dem Versicherten zu eröffnen (act. IV/16). Eine Kopie des Verfügungsentwurfs ging an den Versicherten.

Der Versicherte erhob am 6. Mai 2008 – vertreten durch Rechtsanwalt Jörg Prinz, Y._____ – gegen den Bescheid der IV T._____ beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde.

Mit Urteil vom 31. Juli 2008 trat das Bundesverwaltungsgericht infolge fehlenden Anfechtungsgegenstands nicht auf die Beschwerde ein (act. IV/24; Verfahren C-2957/2008, act. 11).

B.e Der Beschwerdeführer reichte am 8. August 2008 beim Bundesverwaltungsgericht ein neues ärztliches Attest ein (act. IV/18 f., welches zuständigkeitshalber an die IV T._____ weitergeleitet wurde (act. IV/20). Am 21. August 2008 nahm der RAD nochmals Stellung (act. IV/22).

B.f Mit Verfügung vom 1. September 2008 lehnte die IVSTA das Leistungsbegehren ab, da bei einem ermittelten IV-Grad von 27% kein Rentenanspruch bestehe (act. IV/25).

C.

C.a Am 29. September 2008 erhob der Beschwerdeführer – wiederum vertreten durch Rechtsanwalt Jörg Prinz – gegen diesen Bescheid beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde (act. 1, 2, act. IV/30). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 1. September 2008 und die Gewährung einer halben Invalidenrente, gestützt auf einen IV-Grad von 50%. Er begründete seine Anträge damit, dass die Ablehnung seines Rentenanspruchs ihn rechtswidrig in seinen Rechten verletze. Aufgrund seiner bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen sei von einer Invalidität von 50% auszugehen, weshalb er Anspruch auf eine halbe Rente habe.

C.b In ihrer Vernehmlassung vom 27. Oktober 2008 beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen. Sie bezog sich dabei auf die Ausführungen der IV T._____ vom 24. Oktober 2008, welche sich vollumfänglich auf das Gutachten des C._____ vom 5./27. Dezember 2007 stützte.

Weiter stellte die IV T._____ fest, bezüglich des Erwerbsvergleichs würden keine Einwendungen vorgebracht (act. 4, 4.1 S. 4 f.).

C.c In seiner Replik vom 2. Dezember 2008 führte der Beschwerdeführer aus, seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen liessen keine vollschichtige Tätigkeit zu, auch nicht in der benannten Verweisungstätigkeit. Das zur Beurteilung herangezogene Gutachten des C._____ vermöge nicht zu überzeugen. Er verwies auf das fachärztliche Attest von Dr. D._____ vom 4. Juni 2006 (act. IV/18 f.) und beantragte weiterhin die Einholung eines Sachverständigengutachtens. Daraus werde hervorgehen, dass die von der Vorinstanz zu Grunde gelegte positive Leistungsbeurteilung nicht vorliege, da der Beschwerdeführer auch nicht in der Verweistätigkeit einzusetzen sei (act. 6, 7).

Der Aufforderung, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.-- zu leisten, kam der Beschwerdeführer fristgemäss nach.

C.d Mit Verfügung vom 6. Januar 2009 erhielt der Beschwerdeführer Akteneinsicht in die Vorakten und wurde aufgefordert, eine allfällige Stellungnahme einzureichen.

Der Beschwerdeführer hielt in seiner Ergänzung zur Replik vom 27. Januar 2009 fest, seine gesundheitliche Beeinträchtigung würde eine vollschichtige Tätigkeit nicht mehr zulassen, weshalb er am Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens festhielt (act. 13).

C.e Mit Verfügung vom 5. Februar 2009 übermittelte das Bundesverwaltungsgericht die Replik der Vorinstanz zur Kenntnis und schloss den Schriftenwechsel ab (act. 14).

C.f Am 12. Februar 2009 reichte der Beschwerdeführer das Fachorthopädische Gutachten von Dr. E._____, Arzt für Orthopädie, U._____, vom 21. Januar 2009 ein. Darauf bezugnehmend stellte er fest, dass seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine weitere Beschäftigung zulassen, weshalb die Beschwerde gutzuheissen sei (act. 15).

C.g Nach Einholung je einer weiteren Stellungnahme des RAD und der IV T._____ hielt die Vorinstanz am 15. April 2009 an ihren Anträgen fest (act. 17, 17.1, 17.2).

C.h Das Bundesverwaltungsgericht liess dem Beschwerdeführer die Duplik inklusive die Stellungnahme der IV T._____ zur Kenntnis zukommen und schloss den Schriftenwechsel am 22. April 2009 ab.

C.i Auf weitere Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 [ATSG, SR 830.1]; entsprechend: Art. 48 Abs. 1 VwVG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert. Er hat mit Vollmacht vom 21. April 2008 Rechtsanwalt Jörg Prinz, Y._____, mit der Vertretung seiner Interessen beauftragt. Die von Rechtsanwalt Jörg Prinz unterzeichnete Beschwerde vom 29. September 2008 ist demnach rechtsgültig.

1.3 Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG) und der Kostenvorschuss innert der auferlegten Frist gemäss Art. 63 Abs. 4 VwVG geleistet wurde, ist darauf einzutreten.

2.

2.1 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVG), soweit das VGG nichts anderes bestimmt.

Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a – 26^{bis} und 28 – 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

2.2 Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger im Tätigkeitsgebiet der IV T. _____ gearbeitet hat, war diese für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 1. September 2008 zu Recht von der IVSTA erlassen.

2.3

2.3.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (nachfolgend: FZA, SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG).

2.3.2 Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1), haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

2.3.3 Soweit das FZA bzw. die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die

Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Allerdings werden die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte gemäss Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (SR 0.831.109.268.11; vgl. auch Art. 51 der Verordnung 574/72) berücksichtigt. Gemäss Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Mitgliedstaates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist.

2.3.4 Demnach bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.210).

2.4 Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, und weil ferner die Gerichte im Bereich der Sozialversicherung bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes, hier der Verfügung vom 1. September 2008, eingetretenen Sachverhalt abstellen (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen), werden im Folgenden die ab 1. Januar 2008 anwendbaren Bestimmungen des ATSG, des IVG (5. IVG-Revision, in Kraft seit 1. Januar 2008, AS 2007 5129) und der IVV zitiert. Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*, vgl. BGE 130 V 445 E. 1).

3.

3.1 Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder

unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

3.2 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

3.2.1 Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

3.2.2 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

4.

Im vorliegenden Verfahren ist in der Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die IV-Stelle dem Beschwerdeführer zu Recht die Zusprechung einer Invalidenrente verweigert hat.

Zunächst sind jedoch die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

4.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinn des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 29 aIVG, Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall mindestens während eines vollen Jahres (Art. 36 Abs. 1

aIVG) bzw. während drei Jahren (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein.

Der Beschwerdeführer hat nachweislich ab Oktober 2002 bis mindestens April 2005 Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung entrichtet und anschliessend Krankentaggelder bezogen (act. IV/4). Dabei hat er während mehr als einem Jahr Beiträge entrichtet. Da der Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung im Juni 2007, vor der Rechtsänderung per 1. Januar 2008, gestellt wurde, erfüllt er damit die gesetzliche Mindestbeitragsdauer von einem Jahr. Zu prüfen bleibt nachfolgend, ob und wenn ja, in welchem Grad er im Sinne des Gesetzes in rentenbegründendem Ausmass invalid geworden ist.

4.2 Meldet sich eine versicherte Person mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden allfällige Leistungen der Invalidenversicherung lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangegangenen Monate ausgerichtet (Art. 48 Abs. 2 aIVG). Massgebend ist die Einreichung des Gesuchs beim Versicherungsträger (hier: 2. Juli 2007, Posteingang, act. IV/1, unter Vorbehalt einer früheren, nicht aktenkundigen Anmeldung für medizinische oder berufliche Massnahmen), weshalb allfällige Leistungen grundsätzlich frühestens ab dem 2. Juli 2006 ausgerichtet werden könnten.

4.3 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 29 Abs. 1 aIVG. Der Rentenanspruch entsteht frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Bst. a: Dauerinvalidität, Art. 7 ATSG) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig war (Bst. b: langdauernde Krankheit, Art. 6 ATSG, vgl. BGE 121 V 264 E. 6).

4.3.1 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei

einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 aIVG, Art. 28 Abs. 2 IVG).

4.3.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

4.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Es sind demnach nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Die – arbeitsmedizinische – Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist.

Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

4.5 Aufgrund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ist ein in seinem bisherigen Tätigkeitsbereich dauernd arbeitsunfähiger Versicherter gehalten, innert nützlicher Frist Arbeit in einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar

erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a, BGE 111 V 239 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer IV-Stelle zu entscheiden, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten kann. Diese sogenannte Verweisungstätigkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.).

4.6 Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Nach der Gerichtspraxis ist für die Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes zu prüfen, ob die verbliebene Arbeitskraft nutzbar wäre, würden die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen (unveröffentlichter Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Mai 1995, E. 5a). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennzeichnet sich durch ein Gleichgewicht zwischen Angebot von Stellen und Nachfrage nach solchen; dabei muss zudem ein Fächer verschiedenartiger Stellen vorliegen, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Fähigkeiten wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (vgl. BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 321 E. 3B, ZAK 1989 322 E. 4a am Ende; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 124, und UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Rz. 26 zu Art. 7, je mit weiteren Hinweisen).

Massgebend ist, inwiefern sich das dem Versicherten verbliebene Leistungsvermögen auf dem für ihn in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt wirtschaftlich verwerten lässt (BGE 110 V 276 E. 4b, ZAK 1991 S. 321 E. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 291 E. 3b).

4.7 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend

und pflichtgemäss zu würdigen.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 E. 2a in fine). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt schliesslich Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b, 122 V 160 E. 1c, 123 V 178 E. 3.4 sowie U_{ELI} KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 43 Rz. 35).

5.

Der Beschwerdeführer beantragt die Zusprache einer halben Invalidenrente. Er stützt sich dabei auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte sowie die durch ihn veranlasste fachorthopädische Begutachtung vom 21. Januar 2009.

In den Akten finden sich ärztliche Atteste und Verlaufsberichte des behandelnden Dr. F._____, Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin

und Akupunktur vom 19. August 2005 – 31. Juli 2007 (act. IV/1.2, 1.4, 3.2 – 3.10), ein Arztbericht von Dr. G._____, Hausarzt, Internist, zu Händen der IV T._____ vom 17. August 2007 (act. IV/3, 3.1), ein Arztbericht zu Händen der IV T._____ von Dr. F._____ vom 12. September 2007 (act. IV/7), zwei Berichte von Dr. H._____, Facharzt für Nuklearmedizin und Radiologie (Kernspintomographien der HWS und LWS vom 14. Juni und 11. Juli 2005, act. IV/5, 6), ein Attest des Hausarztes vom 24. Juli 2008 (act. IV/18.1 bzw. 19.1), ein fachärztliches Attest von Dr. D._____, Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie, Chirotherapie/Akupunktur, Notfallmedizin, vom 4. Juni 2006 (C-2957/2008 act. 4.1), ein Schreiben von Dr. D._____ vom 4. April 2008 (act. IV/15), ein Gutachten des C._____, vom 5./27. Dezember 2007, ein fachorthopädisches Gutachten von Dr. E._____, Arzt für Orthopädie, Sportmedizin – Chirotherapie, U._____, vom 21. Januar 2009 (act. 15.1), sowie Stellungnahmen des RAD, Dr. I._____ (gemäss IV T._____ „RAD-Facharzt für Orthopädie“ vgl. act. 4.1 S. 4, 17.1, act. IV/8, 22, Beschwerdeakte 17.2).

5.1 Dr. I._____ vom RAD stellte am 4. Oktober 2007 zu Händen der IV T._____ fest, die vorhandenen Akten genügten zur Beurteilung des Rentenbegehrens nicht, es sei eine rheumatologische Begutachtung, zum Beispiel des C._____ einzuholen (act. IV/8).

5.2 Die begutachtenden Ärzte des C._____, Dr. J._____ und Dr. K._____, stützten ihr Gutachten vom 5./27. Dezember 2007 (act. IV/9) auf eine ambulante Untersuchung des Exploranden im Spital C._____, V._____, durch den leitenden Arzt am 28. November 2007 sowie auf die überlassenen Arztberichte vom Juni 2005 bis September 2007 und Röntgenbilder bzw. MRI-Befunde von Sommer 2005 (vgl. GA C._____ S. 2 f.).

Anlässlich der Begutachtung gab der Explorand an, er leide an wechselhaften, stark wetterabhängigen Beschwerden der rechten Schultern, des Nackens und von dort ausgehenden Kopfschmerzen sowie Beschwerden des linken Knies und generalisierten Rückenschmerzen. Die Gehstrecke sei nicht eingeschränkt, Velofahren gehe gut. Mit seinen beiden Hunden mache er regelmässige Spaziergänge (S. 3 – 5).

Die Gutachter stellten als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikales und lumbovertebrales

Schmerzsyndrom mit intermittierenden Schmerzexazerbationen, mechanisch degenerativ bedingt und aufgrund multipler degenerativer Veränderungen im Bereich der gesamten Wirbelsäule, eine medikamentös therapierte arterielle Hypertonie mit Status nach hypertensiver Krise 2004/05, klinisch den Verdacht auf Gonarthrose [Kniegelenksarthrose] beidseits, eine radiologisch beginnende Coxarthrose [Hüftarthrose] rechtsseitig sowie einen Verdacht auf obstruktives Schlafapnoesyndrom fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Hyperurikämie [erhöhte Harnwerte im Blut], medikamentös therapiert, Adipositas und eine asymptomatische Umbilikalhernie [Nabelbruch]. Sie hielten fest, zu den Diagnosen anderer Ärzte hätten sich keine divergierenden Diagnosen ergeben.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter fest, der Explo- rand sei in der Durchführung schwerer Arbeiten eingeschränkt. Für leichtere bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitive Arbeiten über Kopf bestehe indes aus rheumatologischer Sicht keine wesentliche Beeinträchtigung. Eine massive körperliche Belastung sei auch aufgrund der Hypertonie (Status nach hypertensiver Krise im Jahr 2005 mit systolischen Blutdruckwerten von bis zu 270 mmHg) zu vermeiden. Auch die beginnende Gonarthrose beidseits könne zu einer verminderten körperlichen Belastbarkeit führen, vor allem bei einer Tätigkeit, welche vorwiegend mit Gehen, Stehen oder häufig mit Treppensteigen verbunden sei, insbesondere mit gleichzeitigem Tragen schwerer Lasten.

Die Gutachter führten weiter aus, im angestammten Beruf mit Transportieren und Heben von Türen bis zu 100 kg bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Für leichtere bis maximal mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitives Heben von Lasten (über 30 kg), ohne Notwendigkeit von repetitiven Überkopfarbeiten, welche nicht vorwiegend mit längerem Gehen, dauerndem Stehen oder häufigem Treppensteigen verbunden seien und welche die Möglichkeit zur Einnahme einer (arbeits-)ergonomisch günstigen Position beinhalten würden, bestehe aus rheumatologischer Sicht keine wesentliche Einschränkung und seien solche Tätigkeiten in vollem Umfang zumutbar. Bezüglich der Angabe des behandelnden Orthopäden, Dr. F._____, der Beschwerdeführer dürfe keine Gewichte oder Lasten heben oder tragen, die Steh- und Sitzdauer sei reduziert und das Arbeitspensum betrage drei Stunden pro Tag, gaben sie an, dessen Beurteilung sei wahrscheinlich speziell im Hinblick auf den damals aktuellen Arbeitsplatz erfolgt. Es

bestehe aber keine generelle Kontraindikation zum Heben und Tragen von Lasten bis maximal 30 kg. Sofern die erwähnten Anforderungen an den Arbeitsplatz erfüllt seien, sei ein volles Arbeitspensum von 8 Stunden pro Tag zumutbar. Dies sei in der im Wesentlichen unauffälligen klinischen Untersuchung begründet.

Die Gutachter empfahlen, es seien Rehabilitationsmassnahmen mit intensiver Physiotherapie und medizinisch-therapeutischem Training, Muskelaufbautraining sowie Muskelstabilisation der gesamten Rückenmuskulatur und Beinmuskulatur sowohl als Allgemeinmassnahme als auch im Sinne eines Work hardening durchzuführen. Betreffend den Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom wurde dem Versicherten eine entsprechende Abklärung und gegebenenfalls Behandlung empfohlen.

5.3 Dr. I._____, RAD, stellte in seiner weiteren Stellungnahme vom 21. August 2008 (act. IV/22) fest, im neu eingereichten Diagnosenblatt des Hausarztes vom 24. Juli 2008 (act. 19.1) werde nicht aufgeschlüsselt, welche der aufgelisteten Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit hätten. Es liege jedoch keine Diagnose vor, welche nicht schon differenzierter im Gutachten C._____ aufgeführt worden sei, welches angebe, welche Diagnosen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Aus den neuen medizinischen Akten seien keine Erkenntnisse ersichtlich, welche im Gutachten nicht gewürdigt worden seien. Im Übrigen sei eine Hypercholesterinämie kein Grund für eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit.

5.4 Nach Abschluss des Schriftenwechsels reichte der Beschwerdeführer ein von Dr. E._____, Arzt für Orthopädie, Sportmedizin und Chirotherapie, U._____, verfasstes fachorthopädisches Privatgutachten vom 21. Januar 2009 ein (act. 15.1). Dr. E._____ stützte sein Gutachten auf eine persönliche, klinische und röntgenologische Untersuchung des Beschwerdeführers am 12. Januar 2009 (Erstellung von neuen Röntgenbildern des rechten Knies, der Hals- und Lendenwirbelsäule, je in mehreren Ebenen) sowie das Studium der vorgelegten Aktenlage, v. a. die Stellungnahme der Invalidenversicherung bezüglich des Invaliditätsgrades.

Das Gutachten vom 21. Januar 2009 gibt indes den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers per 12. Januar 2009 – knapp fünf Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung – wieder und ist

deshalb für das vorliegende Verfahren aus dem Recht zu weisen (vgl. zum relevanten Prüfzeitpunkt: E. 2.4). Die Begutachtung wäre deshalb allenfalls im Rahmen eines neuen Revisionsgesuches zu berücksichtigen.

6.

Die Vorinstanz stützte ihre Beurteilung des Invaliditätsgrads im Januar 2008 (vgl. act. 9, 10) vollumfänglich auf das Gutachten C._____. Der Beschwerdeführer rügt, das Gutachten vermöge nicht zu überzeugen, ohne dies indessen weiter zu begründen. Er gab einzig an, er sei auch nicht in einer Verweistätigkeit einzusetzen (vgl. act. 7), es sei ihm keine vollschichtige Tätigkeit mehr zumutbar (act. 13) und eine weitere Beschäftigung, wie sie die Vorinstanz annehme, würden die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in keinsten Weise zulassen (act. 15).

6.1 Das elfseitige Gutachten C._____ vom 5./27. Dezember 2007 (act. IV/9) enthält neben einer Anamnese (jetziges Leiden inkl. subjektive Beeinträchtigung, Sozial-, Familien-, Berufs- und medizinische Anamnese und Zukunftsvorstellung, Selbsteinschätzung des Exploranden, S. 3 – 5) Ergebnisse internistischer, ansatzweise neurologischer und rheumatologischer Untersuchungen (S. 6 – 7), Diagnosen (S. 8) und Schlussfolgerungen (S. 9 – 11), insbesondere bezüglich der Arbeitsfähigkeit. Wie die Gutachter zutreffend festhalten, ergeben sich aus den verschiedenen Arztberichten keine divergierenden Diagnosen.

6.2 Die Gutachter stellten anlässlich der Untersuchung und der vorhandenen MRI vom Sommer 2005 die Diagnose eines chronischen zervikalen und lumbovertebralen Schmerzsyndroms mit intermittierenden Schmerzexazerbationen aufgrund festgestellter multipler, degenerativer Veränderungen an der Wirbelsäule (LWS und HWS), indes ohne festgestellte relevante Einschränkung des Bewegungsumfangs und ohne radikuläre Ausfälle (S. 6 f.). Auch bezüglich der Schultern stellten sie keine Einschränkung des Bewegungsausmasses fest. Die klinisch festgestellte Gonarthrose beidseits und die beginnende Coxarthrose rechtsseitig wurde in der Beurteilung der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt.

6.3 Ergänzend stellten die Gutachter des C._____ in internistischer Sicht fest, aufgrund der arteriellen Hypertonie (St. n. hypertensiver Krise 04/05) könne eine massive körperliche Belastung zu einer Exazerbation [akute Verschlimmerung] der Hypertonie führen

und sollte deshalb vermieden werden. Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass die arterielle Hypertonie medikamentös behandelt wird (S. 5). Bezüglich des festgestellten Verdachts auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom empfahlen sie dem Exploranden, dieses abklären und gegebenenfalls behandeln zu lassen (S. 9).

6.4 Die Beurteilung der Gutachter aus orthopädischer Sicht, welche auf einer eingehenden Untersuchung des Exploranden beruht und auch die Beurteilungen und Atteste der behandelnden Ärzte berücksichtigt, ist entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers detailliert und in seinen Schlussfolgerungen nachvollziehbar ausgefallen. Es wird klar festgehalten, dass der Beschwerdeführer mit den vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. Indessen wurde ausführlich dargelegt, weshalb ihm leichtere bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitives Heben von Lasten (über 30 kg), ohne repetitive Arbeiten über Kopf im Rahmen eines vollen Pensums von 8 Stunden pro Tag zumutbar seien, solange diese nicht mit überwiegendem Gehen, Stehen oder häufig mit Treppesteigen (vor allem nicht mit gleichzeitigem Tragen von schweren Lasten) verbunden seien und die Möglichkeit der Einnahme einer arbeitsergonomisch günstigen Position bestehe. Allerdings empfahlen die Gutachter, Rehabilitationsmassnahmen zur Stärkung der Rücken- und Beinmuskulatur durchzuführen.

An dieser Beurteilung ändern auch die divergierenden Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit durch die behandelnden Orthopäden Dr. F._____ und Dr. D._____ nichts. Dr. F._____ definierte am 12. September 2007 eine noch zumutbare (Verweis-)Tätigkeit von unter drei Stunden pro Tag, mit unüblichen Pausen, ohne jegliches Heben und Tragen von Gewichten und bei reduzierter Steh- und Sitzdauer in Verweistätigkeiten (act. IV/7 S. 4). Dr. D._____ gab in seinem Bericht vom 4. Juni 2006 aufgrund der festgestellten Einschränkungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, der Coxarthrose beider Hüftgelenke und einem fixierten Rundrücken mit entsprechenden degenerativen Veränderungen eine fachorthopädisch festgesetzte Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 40% an (C-2957/2008 act. 4.1). Die Angaben der beiden Ärzte sind hinsichtlich der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers deutlich weniger eingehend begründet als die Beurteilungen der Gutachter des C._____, weshalb auf letztere abzustellen ist. Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass Dr. F._____ den Beschwerdeführer seit dem Jahr 2005 behandelte, weshalb

dessen Angaben nur bedingt berücksichtigt werden können (vgl. zur Stellung der behandelnden Ärzte, oben E. 4.5). Differenzen zu den weiteren aktenkundigen Beurteilungen der behandelnden Ärzte sind den Akten im Übrigen nicht zu entnehmen. Die ausführlich dargelegte Beurteilung der Ärzte des C._____ geht deshalb vor. Darauf ist – wie dies die Vorinstanz zu Recht beurteilt hat – vollumfänglich abzustützen.

Aus der Tatsache, dass die (auf Rheumatologie spezialisierten) Gutachter das Schlafapnoesyndrom als behandelbar betrachten und sich in den weiteren Akten der behandelnden Ärzte keine Hinweise auf ein Schlafapnoesyndrom finden, ist zu schliessen, dass vorliegend nicht von einer schwerwiegenden Erkrankung mit dauerhaftem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen ist. Dasselbe gilt für die medikamentös eingestellte Hypertonie, zu welcher auch der Hausarzt feststellte, diese habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IV/3).

Unter diesen Umständen ist dem Beschwerdeführer eine wechselbelastende Tätigkeit im Sinne der von den Gutachtern C._____ gemachten Ausführungen und genannten Einschränkungen im Rahmen eines vollen Pensums zumutbar. Damit steht ihm ein breites Spektrum an Tätigkeiten im Rahmen des ausgeglichenen Arbeitsmarkts offen (oben E. 4.6), wie die Vorinstanz zu Recht festgestellt hat.

6.5 Bei dieser Sachlage besteht somit auch kein Anlass, weitere Abklärungen vorzunehmen, weshalb der Antrag auf Erstellung eines Sachverständigengutachtens in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. E. 3.2.2) abzuweisen ist.

6.6 Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob die IV T._____ aufgrund des von ihr vorgenommenen Einkommensvergleichs zu Recht auf einen Invaliditätsgrad von 27% geschlossen hat, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente ergibt.

6.6.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung grundsätzlich die gesamtschweizerischen

Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (nachfolgend: BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen heranzuziehen (vgl. das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 75/03 vom 12. Oktober 2006 mit weiteren Hinweisen). Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich die für die Invaliditätsbemessung massgebenden Vergleichseinkommen eines im Ausland wohnenden Versicherten auf den gleichen Arbeitsmarkt beziehen müssen, weil es die Unterschiede in den Lohnniveaus und den Lebenshaltungskosten zwischen den Ländern nicht gestatten, einen objektiven Vergleich der in Frage stehenden Einkommen vorzunehmen (BGE 110 V 273 E. 4b, Urteil des Bundesgerichts I 817/05 vom 5. Februar 2007 E. 8.1, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 262/02 vom 8. April 2003 E. 4.4).

6.6.2 Bei der Festsetzung des Valideneinkommens ist vom letzten, vollständig geleisteten Jahreseinkommen 2004 von Fr. 64'998.-- bzw. Fr. 5'416.50 pro Monat auszugehen, welches gemäss dem jeweiligen Index der Nominallöhne der Männer von 1975 im Jahr 2004 auf den Index von 2092 im Jahr 2008 (Basis: 1939 = 100, vgl. BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne 1976 – 2009) zu indexieren ist, was für das Jahr 2008 ein monatliches Einkommen von Fr. 5'737.38 ergibt.

6.6.3 Der Berechnung des Invalideneinkommens sind für den Beschwerdeführer als gelernten Schreiner aufgrund seiner Behinderung im Rahmen der Be- und Verarbeitung von Holz einerseits noch einfache und repetitive Tätigkeiten, bei Verweisungstätigkeiten im Bereich von öffentlichen und privaten Dienstleistungen aufgrund fehlender diesbezüglicher Ausbildung und Praxis, je Tabellenlöhne des Jahres 2008 des BFS gemäss Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten; Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, des Arbeitsplatzes und Geschlecht, Privater Sektor; vgl. BGE 126 V 75 E. 3b/bb) zu Grunde zu legen. In Anwendung der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/02 vom 16. Juli 2003 kann vom Durchschnitt dieser Werte ausgegangen werden.

6.6.4 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 Be-

schäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei erlaubt ein Abzug vom statistischen Lohn von insgesamt höchstens 25%, den verschiedenen Merkmalen, die das Erwerbseinkommen zu beeinflussen vermögen, Rechnung zu tragen. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75).

Die Vorinstanz hat unter Berücksichtigung einer invaliditätsrelevanten Beeinträchtigung des Beschwerdeführers einen Leidensabzug von 15% vorgenommen. Dieser Abzug ist – unter Berücksichtigung dessen, dass der Versicherte zusätzlich zur körperlichen Einschränkung seit Mai 2005 nicht mehr gearbeitet hat und im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 59 Jahre alt war, eher knapp angesetzt worden. Es ist jedoch vorliegend nicht in das Ermessen der Vorinstanz einzugreifen, zumal eine Ermessensüberschreitung/-unterschreitung oder ein Ermessensmissbrauch nicht festzustellen ist und sich auch bei einem leidensbedingten Abzug von 20% kein IV-Grad von mindestens 40% ergeben würde (s. unten).

6.6.5 Indexiert auf das Jahr 2008 (Verfügung vom 1. September 2008) und unter Festlegung von dem Beschwerdeführer zumutbaren Lohnkategorien wird das Invalideneinkommen wie folgt berechnet: Tabellenlöhne 2008, Männer, Kategorie 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten): Be- und Verarbeitung von Holz: Fr. 4'806.--, Detailhandel und Reparatur: Fr. 4'436.--, Dienstleistungen für Unternehmen: Fr. 4'591.--; Durchschnittswert: 4'611.--. Diese Tabellenlöhne beziehen sich auf eine 40-Stundenwoche. Die übliche mittlere Wochenarbeitszeit bei einer 100%-Beschäftigung betrug im Jahr 2008 für die Be- und Verarbeitung von Holz: 42.2 Std./Wo., für Detailhandel und Reparatur: 41.7 Std./Wo. und für Dienstleistungen für Unternehmen: 41.6 Std./Wo. (vgl. BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche, 2006 – 2009). Somit ergibt sich eine durchschnittliche Arbeitszeit für die oben berücksichtigten Tätigkeiten von 41.8 Std./Wo., und vorliegend einen Durchschnittslohn von Fr. 4'818.50. Abzüglich des Leidensabzugs von 15% beträgt das Invalideneinkommen für ein ganzes Pensum im Jahr 2008 Fr. 4'095.73 (4'818.50 – 15%). In Anwendung dieser Werte ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 29% ($\frac{5'737.38 - 4'095.73}{5'737.38} \times 100 = 28.61\%$). Unter Be-

rücksichtigung eines Leidensabzugs von 20% ergäbe sich im Übrigen ein IV-Grad von gerundet 33% ($4'818.50 - 20\% = 3'854.80$ bzw. $\{(5'737.38 - 3'854.80) \times 100 / 5'737.38\} = 32.81\%$).

6.7 Da demnach kein Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht, hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen und die Verfügung vom 1. September 2008 zu bestätigen.

7.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

7.1 Die Verfahrenskosten werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.-- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Sie sind von der unterliegenden Partei zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG) und mit dem am 16. Dezember 2008 geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen.

7.2 Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 400.-- verrechnet.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Susanne Flückiger

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. 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 die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (vgl. Art. 42 BGG).

Versand: