

BVGer B-6520/2011 vom 4. Februar 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-02-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-6520_2011

FR: TAF B-6520/2011 du 4 février 2013

IT: TAF B-6520/2011 del 4 febbraio 2013

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

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

E. 1.1

Im Streit liegt die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Vorinstanz) vom 1. November 2011. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

E. 1.3

Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren VwVG; SR 172.021) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

E. 2.1

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 1. November 2011) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 130 V 329). Vorliegend ist damit grundsätzlich das per 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG anwendbar sowie die materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV, welche am 1. Januar 2008 in Kraft traten (5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet das am 1.

Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

E. 2.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 2.3

Der Beschwerdeführer ist kroatischer Staatsangehöriger. Nach Art. 4 des Abkommens vom 9. April 1996 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.291.1) stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 2 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist (vgl. Art. 29 Abs. 4 IVG, siehe unten E. 4.3.4). Bestimmungen, die hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente von dem in Art. 4 des Abkommens aufgestellten Grundsatz der Gleichstellung der jeweiligen Staatsangehörigen abweichen, finden sich weder im Abkommen selbst noch in den seither getroffenen schweizerisch-kroatischen Vereinbarungen. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich demnach allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften. Für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs sind daher die Feststellungen des ausländischen Versicherungsträgers bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996 S. 177 E. 1).

E. 2.4

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

E. 2.5

Im Sozialversicherungsprozess gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz findet jedoch sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen 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).

E. 3

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug einer Invalidenrente verneint hat.

E. 3.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinn des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall mindestens während dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, so dass die Voraussetzung für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente zweifellos erfüllt ist. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer invalid im Sinne des Gesetzes (geworden) ist.

E. 3.2

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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). Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung). Hiernach haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Bst. c). Die 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. 2 IVG). Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 Prozent entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft, denen bei einem Invaliditätsgrad ab 40 Prozent eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft Wohnsitz haben. 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 in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 aIVG bzw. Art. 28a Abs. 1 IVG). 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).

E. 3.3

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). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund 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).

E. 3.4

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 im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

E. 4

Die Vorinstanz ging in der angefochtenen Verfügung vom 1. November 2011 davon aus, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Maurer zwar vollständig arbeitsunfähig. Die Ausübung einer leichteren, dem Gesundheitszustand besser

angepassten, gewinnbringenden Tätigkeit, wie zum Beispiel leichte Tätigkeiten in Vollzeit mit abwechselnder Arbeitsposition, der Vermeidung des Tragens von schweren Lasten (maximal 5 Kilogramm) sei ihm indessen zu 100 % zumutbar, was mit einer Erwerbseinbusse von lediglich 23 % einhergehe. Der Beschwerdeführer demgegenüber erachtet sich für jede Art von Tätigkeit als vollzeitig arbeitsunfähig.

E. 4.1

Wie bereits eingangs ausgeführt, erlitt der Versicherte am 8. Dezember 2004 in X. _____ einen Arbeitsunfall, bei dem er von einem Baugerüst rund 5 Meter in die Tiefe stürzte. Er wurde in der Folge in die neurochirurgische Poliklinik der Universität (...) eingeliefert, wo er bis am 16. Dezember 2004 stationär behandelt und operiert wurde. Anschliessend wurde er für einen stationären Aufenthalt ins Krankenhaus (...) mit Standort in X. _____ überwiesen. Den Akten ist zu entnehmen, dass der Versicherte später im Jahr 2005 wieder nach Kroatien zurückkehrte und sich dort im privaten poliklinischen Zentrum in K. _____ behandeln liess. Im September 2009 kehrte er für eine Verlaufskontrolle zurück nach Deutschland ins (...) Institut für Neuroradiologie.

E. 4.2

Aus den wichtigsten der in den Akten befindlichen, zahlreichen medizinischen Berichten ergibt sich Folgendes:

E. 4.2.1

Im Austrittsbericht der neurochirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität (...) vom 20. Dezember 2004 berichteten Priv. Doz. Dr. med. U. _____, Oberarzt der Klinik, Prof. Dr. med. T. _____, (...) sowie M. _____, (...), der Versicherte habe sich anlässlich der Befundaufnahme beim Eintritt in die Klinik in einem wachen, dreifach orientierten Zustand befunden. Es habe sich rechts eine dezente sowie links eine grössere Anisokorie gezeigt. Am rechten Unter- und Oberlid habe sich ausserdem ein ausgeprägtes Hämatom (respektive ein Monokelhämatom) befunden. Subjektiv sei das Sehen auf beiden Augen uneingeschränkt sowie die Okulomotorik unauffällig gewesen. In der Verlaufsuntersuchung habe sich am Schädel sowie an der Halswirbelsäule ein beidseitiger Pneumocephalus gezeigt. Ebenfalls habe der Versicherte diverse Frakturen auf der Schädelbasis, der rechten unteren Orbitalbegrenzung, an der vorderen und mittleren Kieferhöhlenwand, der Nasenpyramide, am linken Schenkelhals und am rechten Arm aufgewiesen. Der Versicherte sei noch am Abend des Eintrittstags operiert worden, wobei in der Folge sämtliche verletzten Gliedmassen geschient worden seien.

E. 4.2.2

Gemäss Arztbericht des privaten poliklinischen medizinischen Zentrums K. _____ vom 10. August 2005 bemerkte der Neurologe Dr. med. S. _____ eine Hypästhesie sowie Parästhesie in der distalen Seite des rechten Nervus medianus. In Zusammenfassung seiner Befunde stellte er eine posttraumatische Verletzung der distalen Seite des Nervus medianus (Mittelarmnervs) rechts in der Region der Handwurzel in bedeutendem Ausmass fest und verordnete eine Kontrolle bei einem Orthopäden sowie eine physische Behandlung.

E. 4.2.3

Im Arztbericht vom 26. September 2007 stellten Dr. med. R. _____, Facharzt für diagnostische Radiologie und Neuroradiologie, und Dr. med. U. _____, Fachärztin für Radiologie, des (...) Instituts für Neuroradiologie anlässlich der Verlaufskontrolle fest, nach

der Orbitadachfraktur sei das Orbitadach nur noch weichteilgedeckt. Es zeige sich eine breite knöcherne Dehiszenz. Am Boden beider Kieferhöhlen hätten sich diskret chronisch entzündliche Veränderungen sowie eine Septumdeviation nach rechts mit leichter Belüftungsstörung der Nasenhaupthöhle gezeigt. Ebenfalls hätten leicht chronisch entzündliche Veränderungen der linken Ethmoidalzellen bestanden.

E. 4.2.4

Im Bericht vom 25. Februar 2008 stellte der in Y. _____ praktizierende Orthopäde Dr. C. _____ eine Schädel- und Augenverletzung fest sowie einen einfachen Bruch der linken Hüfte, einen mehrfachen Bruch des rechten Daumenknochens, den Kraftverlust in den Armen und im linken Bein sowie Schmerzen in den Nieren. Aufgrund seines asymmetrischen Gangs habe er den Eindruck, das linke Bein des Versicherten sei kürzer als das rechte. Die Muskulatur des linken Schenkels sei überdies hypotroph und das Gelenk im linken Arm in einem leichten Ausmass deformiert.

E. 4.2.5

Im Arztbericht vom 10. März 2008 beschrieb der in Y. _____ praktizierende Facharzt für Allgemeine Chirurgie Prim. Dr. P. _____ eine Beschädigung und Dysfunktion des Gehirns zufolge eines Polytraumas. Gleichfalls vermerkte er den Bruch der knöchernen Augenhöhle, mit der Folge einer Verletzung des Sehnervs auf der rechten Seite, welche wiederum den Sichtverlust des rechten Auges verursacht habe. Es bestehe überdies eine posttraumatische Epilepsie. Ausserdem erkannte er eine Beschädigung der linken Hüfte bei Verkürzung des linken Beins um 1.5 Zentimeter. Nach dem Bruch des rechten Arms sei der Nervus medianus auf der rechten Seite verletzt worden, weshalb feine Bewegungen erschwert und die primäre motorische Kraft im rechten Armgelenk geschwächt seien. Schliesslich sei auch das Gehör auf dem linken Ohr geschwächt. Es bestehe insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 70 %.

E. 4.2.6

In dem zu Händen des kommunalen Zivilgerichts in Y. _____ erstellten Arztbericht vom 22. Dezember 2008 stellten Dr. med. T. _____, Neurologe und Rechtsmediziner, und Dr. med. V. _____, Chirurg und Rechtsmediziner, den Bruch des rechten Daumenknochens, ein Hirntrauma, den Bruch des Augenhöhlendachs sowie des oberen Teils des linken Schenkelknochens fest. Ebenfalls bestätigten sie die vorbekannte Verletzung des Sehnervs rechts bei Erblindung des rechten Auges. Nach Beendigung der Behandlung des Röhrenknochenbruchs in der Klinik in P. _____ am 16. Dezember 2004 seien als definitive Folgen des Schädelbruchs eine Prellung respektive Quetschung des Gehirns sowie eine Verletzung der Hirnumgebung auszumachen, was zu Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Konzentrationsstörungen geführt habe. In der Folge bezifferten sie die gesundheitlich bedingten Einschränkungen auf insgesamt 90 %, zusammensetzend aus 40 % Einschränkung zufolge der Erblindung rechts, 20 bis 25 % Einschränkung wegen der psychischen Störungen, 20 % Einschränkung aufgrund des Daumenbruchs auf der rechten Seite und der reduzierten Gelenkbeweglichkeit, 5 % Einschränkung wegen der Zerquetschung des Brustkörpers und der Lungen sowie der vertebrealen Beschädigung des Gehirnfelds und 5 % Einschränkung aufgrund der Hörschwäche beider Ohren.

E. 4.2.7

Am 30. Oktober 2009 erging das in der Folge durch die Vorinstanz angeforderte Gutachten des Psychiaters Dr. med. sc. H. _____ der psychiatrischen Klinik in V. _____

(Y. _____). Diesem zufolge zeige sich beim Versicherten das klinische Bild einer tiefen Psychoorganizität. Ebenfalls sei der Versicherte offensichtlich nicht in der Lage, Berufstätigkeiten jeder Art nachzugehen. Es handle sich hierbei um eine unheilbare psychische Störung, weshalb er dem Versicherten eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 100 % bescheinigte. Der Versicherte sei nicht mehr in der Lage, komplexe Zusammenhänge zu verstehen, er weise eine geistige Verwirrung auf und äussere sich in einem ausschweifenden, desorientierten Ausdruck.

E. 4.2.8

Im Bericht vom 3. März 2010 stellte Prof. Dr. sc. V. _____, Neurologe des Spitals D. _____ (Y. _____), eine subjektive Verschlimmerung der Beschwerden, Gleichgewichtsstörungen sowie eine Erstarrung des Ellenervs fest. Der Versicherte sei nach einem Schwindelanfall hingefallen und habe therapiebedingt einen erhöhten arteriellen Druck. Er stellte die nachfolgenden Diagnosen: · Prellung des Kopfs mit Quetschung und Erschütterung des Gehirns · posttraumatische Enzephalopathie · Status nach Bruch des obersten Punkts des linken Oberschenkelknochens und des rechten Unterarms · Status nach Prellung und Verrenkung des linken Oberarmknochens · Ungenügen der Wirbel mit posttraumatischen Schwindelanfällen

E. 4.2.9

Im Rapport vom 11. Mai 2010 berichtete der Neurologe Dr. med. A. _____, er habe die Anzeichen einer schweren, chronischen Neuralverletzung im linken Hypothenarmuskel gefunden sowie die Anzeichen einer mittelschweren Neuralverletzung im rechten Hypothenarmuskel, den Unterarmen und der linken Schulter. Die Nerventransmission im Ellenerv sei im Unterarm verringert. Ebenfalls habe er eine schwere, chronische Radikulopathie (Wurzelneuritis) links auf der Höhe C8, Th1 sowie eine chronische, mittelschwere Radikulopathie links auf der Höhe C5, beidseitig auf der Höhe C7 und C8 sowie rechts auf der Höhe Th1 zusammen mit einer kompressiven Verletzung des linken Ellenervs in der Region des Unterarms entdeckt.

E. 4.2.10

Im Arztbericht vom 27. Mai 2010 berichtete Dr. K. _____, Facharzt für Allgemeine Chirurgie, die Elektromyographie habe eine schwere, chronische Radikulopathie links auf der Höhe C8 und Th1, eine chronische Radikulopathie links auf der Höhe C5 sowie beidseitig auf der Höhe C7, C8 und Th1 einhergehend mit einer Verletzung, welche den Ellenerv im Unterarm zusammendrücke, aufgezeigt.

E. 4.2.11

Gemäss dem Arztbericht vom 1. Juni 2010 habe sc. Dr. O. _____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, ein normales Atemgeräusch in den Lungen, eine leichte Verringerung des Pulsgeräusches rechts und ein rhythmisches Herz bei normalem Puls- und Herzschlag beobachtet. Er stellte die folgenden Diagnosen: · Arterielle Überspannung ess. oscil. · posttraumatische Encephalopathia (Gehirnerkrankung) · Status post frac. femoris sin. et capitis

E. 4.2.12

Im Bericht vom 28. Juni 2010 befand die Otorhinolaryngologin Dr. J. _____, es lägen halsbedingte Störungen des unteren Rückenverlaufs vor und diagnostizierte eine beidseitige (perzeptive) Schwerhörigkeit.

E. 4.2.13

Die Neurologin Dr. med. Z._____ erklärte im Arztbericht vom 11. November 2010, die Halsschlagader weise in morphologischer Hinsicht zwei Blutgefässerweiterungen sowie die Wirbelarterie eine mittlere Blutgefässerweiterung auf. Die Hämodynamik sei in beiden Adern adäquat.

E. 4.2.14

Prof. Dr. sc. V._____, Neurologe des Spitals D._____ (Y._____), stellte im Arztbericht vom 29. Dezember 2010 aufgrund einer Blutgefäss-, Kopf- und Halsuntersuchung fest, der neurologische Zustand sei im Wesentlichen unverändert.

E. 4.2.15

Im Arztbericht vom 14. Februar 2011 berichtete die Psychiaterin Dr. med. N._____ des Spitals D._____ (Y._____), der Versicherte beklage sich über Schlaflosigkeit, Nervosität und Anspannung, weshalb sie eine medikamentöse Behandlung mit Dormicum angeordnet habe. Auch leide er unter Albträumen, Kopfschmerzen und depressiven Stimmungen.

E. 4.2.16

Im Bericht vom 7. März 2011 berichtete Prof. E._____, Psychologin des Spitals D._____ (Y._____), der Versicherte sei im persönlichen Kontakt ausreichend orientiert, beantworte Fragen adäquat, sei aber verminderter Stimmung und auf seine Probleme fixiert. Die Untersuchung habe eine leicht unterdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeit, Einschränkungen im strukturierten Denken, Planen sowie auch der Vollständigkeit und Geschwindigkeit des abstrakten Denkens aufgezeigt. Der Profiltest zeige eine vermutliche organische Funktionsstörung. Das Gedächtnis funktioniere leicht unterdurchschnittlich. Es lägen ebenfalls eine Anpassungsstörung, eine Medikamentenabhängigkeit, ein defensives Verhalten sowie allenfalls kognitive Defizite vor. Zusammenfassend sei die neuropsychologische Entwicklung des Versicherten nicht gross, aber es zeige sich eine spezifische Schwäche gewisser Aspekte des Denkens, der Geschwindigkeit und der Fähigkeit, Neues aufzunehmen, was auf eine wahrscheinlich geringere organische Funktionsstörung hindeute. Die Persönlichkeitstests würden schliesslich eine neurotische Störung nahelegen.

E. 4.2.17

Gemäss dem Bericht der Physiatrie-Expertin Dr. I._____ vom 8. März 2011 dominiere beim Versicherten ein polytraumatischer Zustand in Folge eines Sturzes vom Gerüst von 5 Meter Höhe. Er habe sich hierbei am Kopf verletzt, insbesondere eine Orbitalöffnung erlitten. Nach deren Operation sei die Sehkraft des rechten Auges bleibend verloren gegangen und der Versicherte ein traumatischer Epileptiker geworden. Um einen Epilepsieanfall zu verhindern, nehme er regelmässig Antiepileptika. Der Versicherte habe ein chronisches Zervikalsyndrom, leide an einer chronischen Radikulopathie auf der Höhe C7-C8-Th1 und C5 links und weise die Anzeichen eines zerquetschten Ellennervs auf. Ebenfalls liege auf beiden Seiten eine Hörschwäche vor und er leide seit einigen Monaten an einem arteriellen Überdruck, weshalb er sich einer antihypertonischen Behandlung unterziehe. Aus psychiatrischer Sicht habe der Versicherte kein grösseres Problem. Psychiatrische Sitzungen besuche er nicht regelmässig. Die letzten psychologischen Tests hätten das Bild einer neurotischen Person gezeigt, was dem psychosomatischen Typ einer

Angstreaktion entspreche. Es sei ebenfalls eine leichte organische Funktionsstörung auszumachen. Der Versicherte könne seine Arbeit als Maurer nicht mehr ausüben, ebensowenig wie andere schwierige Arbeiten in der Höhe oder unter ungünstigen klimatischen Verhältnissen, die eine gute Augensicht erfordern, geistig anspruchsvoll seien oder dem Versicherten eine Verantwortung übertragen würden. Die Arbeitsfähigkeit stufte Dr. I. _____ auf 60 bis 70 % ein.

E. 4.2.18

Im zusammenfassenden Gutachten der kroatischen Rentenanstalt zu Händen der schweizerischen Invalidenversicherung vom 28. März 2011 wurde einleitend ausgeführt, der Versicherte sei seit Februar 2008 nicht mehr hospitalisiert gewesen. Manchmal habe er Schwindelanfälle und falle in Ohnmacht. So habe er sich im Januar 2010 bei einem Sturz die linke Schulter geprellt und verrenkt. Er nehme regelmässig Antikonvulsiva und besuche keine Psychotherapie. Nach der Durchführung verschiedener Untersuchungen wurden die nachfolgenden Diagnosen gestellt: · postpolitraumatischer Status (12/2004) · Status post fracturam ossis frontalis et orbitalis lat. dex. · amaurosis oc. dex. posttraumatica · Status post fracturam radii dex. opera male sanata · Status post osteotomiam correctivae radii dex. Sec. Campell (9/2005) · Status post fracturam colli femoris sin. operata et sanata · sy. cervicale chr. · Radiculopathie chr. C7-C8-Th1 beidseitig und C5 lat. sin. · laccio nervus ulnaris lat. sin. compressiva (EMG 5/2010) · hypertonio arterialis oscilat · sy. psychoorganicum gr. laevis · Anpassungsstörungen · beidseitige (perzeptive) Schwerhörigkeit

E. 4.2.19

Mit Stellungnahme vom 17. Mai 2011 erklärte RAD-Arzt Dr. med. D. _____, SIM-zertifizierter Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, auch unter Berücksichtigung des Berichts von Dr. I. _____ sei davon auszugehen, dass der Versicherte keine grösseren psychischen Probleme habe. Dies erlaube in Kombination mit der neuropsychologischen Bilanz, eine psychische Störung im Sinne der schweizerischen Invalidenversicherung auszuschliessen. Das Vorhandensein depressiver und kleinerer anxio-depressiver Syndrome, definiert durch CIM-10, könne zwar nicht ausgeschlossen werden, es lägen aber keine Symptome mit Bedeutung für die schweizerische Invalidenversicherung vor.

E. 4.3

Gestützt auf diese sowie diverse weitere medizinische Akten stellte der RAD-Arzt Dr. med. L. _____ in der Folge in seinem Schlussbericht vom 20. Mai 2011 folgende Diagnose: · Hauptdiagnose: o organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07.9) · Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: o posttraumatische Erblindung rechts (ICD-10 S05.9) o Coxarthrose links posttraumatisch (ICD-10 M16.5) o Verletzung des mittleren Nervs rechts posttraumatisch (ICD-10 G56.1) · Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: o posttraumatische Epilepsie o Schwerhörigkeit links o Herzrhythmusstörung mit FA Episode o arterieller Überdruck, anxio-depressives Syndrom Er schloss auf eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab dem 8. Dezember 2004. In einer adaptierten Tätigkeit liege demgegenüber keine Arbeitsunfähigkeit vor. Es seien jedoch die nachfolgenden funktionellen Einschränkungen zu berücksichtigen: · Vollzeitige Arbeit mit Pausen · maximal 10 Kilogramm Traglast, ohne schwere Arbeiten · geringes Erfordernis des Zufussgehens · wenig Selbstverantwortung und

Stress in der Ausführung · fehlendes Erfordernis der Bedienung von potentiell gefährlichen Maschinen wegen der nur einseitigen Augensicht und der beidseitigen Schwerhörigkeit

E. 4.4

Den vorliegenden, umfangreichen Medizinalakten ist zusammenfassend zu entnehmen, dass der Versicherte an einem sehr vielschichtigen Beschwerdebild leidet. Offenbar hatte er aufgrund des Sturzes im Jahr 2004 diverse Brüche und Verletzungen erlitten. Weitere Verletzungen kamen aufgrund der diesbezüglichen Operationen und Therapien dazu. Andere gesundheitliche Folgen des Unfalls traten erst zu einem späteren Zeitpunkt auf oder wurden erst zu einem späteren Zeitpunkt entdeckt. So ist aus dem ersten Arztbericht der neurochirurgischen Poliklinik der Universität München-Grosshadern ersichtlich, dass beide Augen des Versicherten kurz nach dessen Sturz intakt waren, wobei er diverse Frakturen auf der Schädelbasis, an Nase, Kiefer sowie an den Beinen und Armen aufwies. Erst nach den ersten Notoperationen wurde offenbar der rechte Sehnerv beschädigt und damit die Erblindung des rechten Auges verursacht. Ebenfalls wurden erst in späteren Untersuchungen respektive nach teilweiser Genesung der diversen Frakturen weitere innere Verletzungen als Spätfolgen des Sturzes aufgefunden. So wurde erst über ein halbes Jahr nach dem Unfall eine allgemeine Empfindlichkeit des Mittelarmnervs entdeckt. Im Jahr 2007 folgte die Skizzierung von entzündlichen Veränderungen im Kieferbereich sowie von Problemen der Atemfunktion aufgrund einer Nasenscheidewandverkrümmung. Im Jahr 2008 war (in den vorliegenden Medizinalakten) erstmals die Rede von posttraumatischen Gehirndysfunktionen respektive einem Hirntrauma sowie der mit den Hüftfrakturen oder einer Arthrose einhergehenden Verkürzung des linken Beins um 1.5 Zentimeter. Zu gleichem Zeitpunkt wurde ein Kräfteschwund im rechten Armgelenk beschrieben respektive ein allgemeiner Kräfteschwund in den oberen Körpergliedern aufgrund der Beschädigung des Mittelarmnervs. Im Weiteren war die Rede von einem deformierten Gelenk im rechten Arm sowie unterernährter Muskulatur im linken Oberschenkel. Alsdann wurde dem Beschwerdeführer eine posttraumatische Epilepsie diagnostiziert und die ständige Einnahme von Antiepileptika verordnet. Schliesslich wurde bei ihm ausserdem eine Schwerhörigkeit konstatiert, vorerst hinsichtlich des linken Ohrs, später hinsichtlich beider Ohren. Im Jahr 2009 wurde eine Psychoorganizität (das heisst eine wahnhaft, zumeist paranoide Störung) beschrieben. Im Jahr 2010 zeigten sich neue Beschwerdeaspekte des arteriellen Überdrucks und der chronischen neuralen Verletzung in den Hypothenarmuskeln beider Hände, der Unterarmen sowie der linken Schulter. In dem Zeitpunkt wurde auch erstmals die Diagnose der posttraumatischen Enzephalopathie genannt. Hinzu kamen Mitte Jahr 2010 mehrere Arztberichte, welche ein Herzflimmern sowie eine Herzrhythmusstörung belegen.

E. 4.5

Der Vertrauensarzt des RAD der Vorinstanz, Dr. med. L. _____, hat sich im Laufe des vorinstanzlichen Verfahrens mehrmalig zu den nach und nach zusammengetragenen Arztberichten geäussert. Hierbei hat er die Diagnosen einer (nicht weiter spezifizierten) organischen Persönlichkeitsstörung, der Erblindung auf dem rechten Auge, der posttraumatischen Coxarthrose links, der Verletzung des Mittelarmnervs (sowie des damit einhergehenden Schwächeschwunds bezüglich der oberen Körpergliedmassen), der posttraumatischen Epilepsie, der Schwerhörigkeit, vorerst links dann beidseitig, der Herzrhythmusstörung, des arteriellen Überdrucks und eines anxio-depressiven Syndroms anerkannt. Eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestätigte

er demgegenüber lediglich in Bezug auf die Diagnosen der Erblindung des rechten Auges, der Coxarthrose sowie der Verletzung des Mittelarmnervs. Ein besonderer Schwerpunkt in den RAD-ärztlichen Stellungnahmen fand die Frage, ob beim Versicherten eine psychische Einschränkung vorläge. In der Stellungnahme vom 8. Januar 2010 hat Dr. med. L. _____ gestützt auf das Gutachten von Dr. med. sc. H. _____ grundsätzlich zugestanden, dass beim Versicherten sowohl somatische als auch psychische Gesundheitsbeschwerden vorlägen. Gleichzeitig vertrat er indessen stets die Ansicht, für einen schweren psycho-organischen Schaden lägen keine objektiven Anzeichen vor. Vorliegend von Interesse ist insbesondere, dass Dr. med. L. _____ in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten davon auszugehen schien, dass die Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit einzig durch die Frage, ob beim Versicherten eine invalidisierende psychische Einschränkung vorliege, bestimmt würde. So schrieb er in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2011, aufgrund der ausgewiesenen somatischen Gesundheitsbeschwerden sei die bisherige Tätigkeit unzumutbar. Es stelle sich aber die Frage, ob die psychische Störung die Wiederaufnahme einer adaptierten Tätigkeit zulasse. In der Folge verneinte der durch Dr. med. L. _____ beigezogene weitere RAD-Arzt Dr. med. D. _____ das Vorliegen einer psychischen Störung im Sinne der schweizerischen Invalidenversicherung, weshalb Dr. med. L. _____ den Versicherten in einer Verweisungstätigkeit für 100 % arbeitsfähig erklärte, unter Berücksichtigung gewisser somatischer und psychischer Einschränkungen.

E. 4.6

In der Folge kam die Vorinstanz zum Schluss, der Versicherte sei zwar in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maurer zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine leichtere, besser dem Gesundheitszustand angepasste, gewinnbringende Tätigkeit, wie zum Beispiel leichte Tätigkeiten in Vollzeit mit abwechselnder Arbeitsposition, der Vermeidung des Tragens von schweren Lasten (von über 5 Kilogramm) und der Einschränkung von Stress und Verantwortung bestehe jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, wobei die Erwerbseinbusse und damit der Invaliditätsgrad 23 % betrage. Diese Beurteilung ist angesichts des überaus massiven Unfalls des Versicherten und des noch immer vorhandenen, vielfältigen Beschwerdebildes nicht nachvollziehbar. Auch wenn die dargelegten, weitgehend unbestrittenen und belegten körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen des Versicherten je für sich allein eine angepasste Erwerbstätigkeit nicht ausschliessen mögen, muss berücksichtigt werden, dass dem Versicherten nur eine Tätigkeit zugemutet werden könnte, die gleichzeitig alle seine zahlreichen Beeinträchtigungen gebührend berücksichtigt und die aufgrund seiner körperlichen, geistigen und bildungsmässigen Ressourcen überhaupt möglich ist. Dass die Vorinstanz eine derartige Prüfung vorgenommen hat, kann aufgrund ihrer mehr denn knappen Ausführungen nicht nachvollzogen werden. Ihre nicht weiter substantiierte Annahme, dass die auch durch den RAD-Arzt anerkannten Leiden der Coxarthrose, des verletzten Mittelarmnervs sowie des damit einhergehenden Kräfteschwunds in den oberen Gliedmassen, der eingeschränkten Nutzung der beiden Hände, Unterarmen und der linken Schulter, der Erblindung des rechten Auges, der beidseitigen Schwerhörigkeit, allenfalls auch der Epilepsie sowie der organischen Persönlichkeitsstörung in ihrer Gesamtheit keine rentenrelevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit zur Folge hätten, erscheint nicht als derart offensichtlich, als dass eine seriöse diesbezügliche Abklärung entbehrlich wäre. Die Vorinstanz hätte vielmehr zur Beurteilung der Frage, inwiefern der Versicherte in seinen körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist, ein

polydisziplinäres Gutachten der erforderlichen Fachärzte und einer beruflichen Abklärungsstelle einholen müssen.

E. 5

Zusammenfassend ergibt sich somit, dass die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt ungenügend festgestellt und gewürdigt hat. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn aufgrund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten bzw. andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d). Vorliegend fehlt in den vorinstanzlichen Akten eine rechtsgenügeliche Abklärung der dem Beschwerdeführer mit Blick auf seine sämtlichen gesundheitlichen Einschränkungen noch möglichen beruflichen Tätigkeiten. Eine Rückweisung an die Vorinstanz erscheint daher gerechtfertigt - dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass dem Beschwerdeführer der doppelte Instanzenzug gewahrt bleibt (vgl. BGE 137 V 210, E. 3.4). Die angefochtene Verfügung vom 1. November 2011 ist daher aufzuheben und die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese ein polydisziplinäres Gutachten unter Einbezug einer beruflichen Abklärungsstelle einhole, das sich namentlich zur Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit Blick auf sämtliche somatischen und psychischen Leiden äussert, und anschliessend erneut über das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers entscheide.

E. 6

Im Ergebnis erweist sich die Beschwerde somit als begründet. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache ist zu weiteren Abklärungen im dargelegten Sinn und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

E. 7

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG, Art. 65 Abs. 1 VwVG).

E. 8

Der durch einen nichtjuristischen Berater vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da er keine Kostennote eingereicht hat, ist die ihm zuzusprechende Parteientschädigung nach Ermessen und aufgrund der Akten auf Fr. 1'500.-- (inklusive Auslagen) festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Nicht zu entschädigen ist die Mehrwertsteuer (Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009; MWSTG SR 641.20).

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