

BVGer C-1069/2014 vom 25. August 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-08-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1069_2014

FR: TAF C-1069/2014 du 25 août 2015

IT: TAF C-1069/2014 del 25 agosto 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 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] sowie Art. 40 Abs. 2 und Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit es die einzelnen Sozialversicherungsgesetze 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).

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2014 (act. 63) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 27. Januar 2014 (act. 63), mit welcher dem Beschwerdeführer für den Monat Februar 2010 eine befristete ganze IV-Rente zugesprochen worden ist. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Versicherte Anspruch auf eine höhere IV-Rente längerer Dauer hat und ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 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).

E. 2

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

E. 2.1

Der Beschwerdeführer besitzt die italienische Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, 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.

E. 2.2

Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen 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). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (27. Januar 2014) finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die

Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, sofern in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004.

E. 2.3

Im vorliegenden Verfahren finden grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2014 (act. 63) in Kraft standen; weiter aber auch solche, 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 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf das Datum der angefochtenen Verfügung (27. Januar 2014) gelangen ebenfalls die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) zur Anwendung.

E. 2.4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.4 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet (act. 4), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

E. 2.5

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).

E. 2.6

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1, 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

E. 2.7

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden 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. Laut 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 zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend gegeben. 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).

E. 2.8

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a). Den 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. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

E. 3.1

Mit Blick auf die Verfügung der Suva vom 18. März 2013 (act. 41) ist in koordinationsrechtlicher Hinsicht vorab festzuhalten, dass die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem Einzelfall selbstständig vorzunehmen haben. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrads des Unfallversicherers bzw. der IV-Stelle begnügen (BGE 126 V 288 E. 2d). Der koordinationsrechtliche Gesichtspunkt hat sodann dadurch an Bedeutung verloren, dass nach dem Urteil des Bundesgerichts vom 13. Januar 2004 (publiziert in AHI 2004 S. 186) und BGE 131 V 362 die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung entfaltet. Dasselbe gilt auch in umgekehrter Hinsicht (BGE 133 V 549 E. 6).

E. 3.2

Aufgrund der vorstehend zusammengefasst wiedergegebenen Rechtsprechung war die Vorinstanz beim Erlass der Verfügung vom 27. Januar 2014 grundsätzlich nicht an die durch die Suva vorgenommene Invaliditätsbemessung gebunden. Da die Invaliditätseinschätzung der Suva lediglich die natürlich und adäquat kausalen gesundheitlichen und erwerblichen Unfallfolgen berücksichtigt hatte, ist im Folgenden mit Blick auf den finalen Charakter der IV insbesondere auch zu prüfen, ob beim

Beschwerdeführer zusätzliche krankheitsbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen und ob bzw. in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt die Gesamtheit der gesundheitlichen Einschränkungen allenfalls zu einer rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeit geführt haben.

E. 4.1

Als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht dienen der Vorinstanz insbesondere die Expertisen der Dres. med. E._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. und 15. Oktober 2013 (act. 53 und 54) sowie die Stellungnahme des Arbeitsmediziners Dr. med. D._____ vom RAD vom 22. Oktober 2013 (act. 56). Diese medizinischen Dokumente sowie weitere fachärztliche Berichte resp. Gutachten sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 4.1.1

Dr. med. E._____ diagnostizierte mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikovertebrales Syndrom mit derzeit spondylogener Ausstrahlung links (mit/bei einem Status nach radikulärem sensomotorischem Ausfall- und Reizsyndrom C6 links bei einem Status nach einem Sturz und HWS-Kontusion/Distorsion am 1. Februar 2009, einer medianen Diskushernie C4/5 links, einer mediolateralen Diskushernie C6/7 und einer derzeit lediglich spondylogenen Ausstrahlung ohne radikuläre Reizung), ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung rechts (mit/bei degenerativen Veränderungen [mediolateral linksseitige Protrusion L2/3, mediolateral linksseitige Diskushernie L5/S1]) sowie eine Periarthropathia humeroscapularis links (mit/bei einer Supraspinatussehnen-Ruptur, klinisch ohne relevante Atrophie). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte Dr. med. E._____ eine arterielle Hypertonie. Weiter führte er aus, zusammenfassend fänden sich multiple Diskrepanzen und keine Atrophien. Es bestünden keine Hinweise mehr auf eine radikuläre Reizsymptomatik. In der körperlich schweren Tätigkeit eines Hafenarbeiters sei der Versicherte seit dem 12. Februar 2009 nicht mehr arbeitsfähig. Für eine angepasste Tätigkeit, welche die genannten Restriktionen berücksichtige, bestehe ab dem 18. März 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Es sei möglich, dass es durch die Exazerbation der Beschwerden lumbal im Mai 2012 vorübergehend während einiger Wochen zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit gekommen sei, wobei dies in den Akten nicht genau dokumentiert sei. In der Regel klinge eine derartige lumbale Schmerzepisode innerhalb von sechs Wochen ab. Eine genauere Stellungnahme für diesen Zeitraum sei jedoch nicht möglich. Schliesslich nahm Dr. med. E._____ Stellung zu den Diskrepanzen zwischen der Aktenlage und der gutachterlichen Beurteilung.

E. 4.1.2

Dr. med. F._____ diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Weiter berichtete er zusammengefasst, das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, hätten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden können, sodass eine gewisse psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Es fänden sich keine Hinweise für eine mittelgradige oder schwere

depressive Störung. Es seien vor allem krankheitsfremde Gründe, die eine erfolgreiche berufliche Reintegration verhindern würden. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, die leichtgradig ausgeprägt sei, bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Die chronische Schmerzstörung begründe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Versicherten zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags bei leicht vermindertem Rendement einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. In der angestammten Tätigkeit und in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Leistungsfähigkeit von 80 %. Aufgrund des ersten Arztberichts des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____ vom 27. Juli 2011 könne ab dem 28. Juli 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert werden.

E. 4.1.3

Die Konsensbesprechung zwischen den Dres. med. E. _____ und F. _____ ergab, dass aus bidisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Hafenarbeiter keine Arbeitsfähigkeit mehr vorliegt. In einer Verweistätigkeit besteht ab dem 18. März 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % und ab dem 28. Juli 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

E. 4.1.4

Dr. med. D. _____ hielt in seiner Beurteilung fest, auf das Gutachten könne abgestellt werden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei im Verlauf nachvollziehbar. Dem Versicherten sei eine vollschichtige Verweistätigkeit mit einer Leistungsfähigkeit von 80 % zumutbar.

E. 4.1.5

Am 13. Januar 2010 erwähnte Dr. med. H. _____, Fachärztin für Neurologie, für den unbefriedigenden Verlauf der seit dem zweiten Unfall (13. Oktober 2009) bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit erachte sie auch die Folgen der HWS-Distorsion mit persistierendem zervikozepalem Schmerzsyndrom und eine im Verlauf aufgetretene depressive Symptomatik für mitverantwortlich (act. 19.10). Mit Datum vom 23. Dezember 2010 diagnostizierte diese Fachärztin eine Anpassungsstörung mit depressiver Entwicklung bei anhaltender Schmerzsymptomatik. Weiter führte sie aus, es zeichne sich eine sehr ungünstige Entwicklung ab, da der Versicherte nach dem Versuch, die "50%ige Arbeitsfähigkeit" unmittelbar auf ein 100%iges Arbeitspensum zu steigern, seit dem 2. Dezember 2010 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Soweit für sie, Dr. med. H. _____, beurteilbar, habe dies wieder zu einer deutlichen Zunahme der vorbestehenden depressiven Symptomatik geführt (IVSTA-act. 13; act. 27.61 bzw. 29.42). Am 3. Februar 2011 berichtete Dr. med. H. _____, der Versicherte nehme in Kürze eine sehr zu empfehlende psychiatrische Behandlung auf (IVSTA-act. 10; act. 27.57 bzw. 29.38).

E. 4.1.6

Am 26. Februar 2010 berichtete der J. _____ (...), es liege beim Versicherten eine depressive Entwicklung, wahrscheinlich als Anpassungsstörung bei anhaltenden Schmerzen, vor (act. 19.5 S. 6).

E. 4.1.7

Im Bericht der K. _____ vom 15. März 2010 wurde der Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion geäußert (act. 19.2 S. 1).

E. 4.1.8

Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 17. Mai 2011 unter anderem die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: 32.1G) sowie einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2G). Weiter erwähnte er, die Kündigung habe zu einer weiteren depressiven Reaktion geführt (IVSTA-act. 8). Am 27. Juli und 21. Dezember 2011 wiederholte er diese Diagnosen (IVSTA-act. 6, act. 27.24). Nachdem er im Schreiben vom 30. Januar 2012 an die Suva ausgeführt hat, der Versicherte befinde sich bereits seit dem 6. November 2009 in seiner neurologisch/psychiatrischen Behandlung, und es lasse sich trotz Pharmakotherapie und Gesprächen keine Besserung erzielen (act. 27.24), berichtete Dr. med. I. _____ am 16. Mai und 10. Dezember 2012 von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1; act. 42 S. 56 und 37 S. 3).

E. 4.1.9

Dr. med. G. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, berichtete in seinem Gutachten vom 10. Januar 2012 von einer depressive Episode mit Somatisierung, stellte die Differentialdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung und diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit Symptomausweitung. Weiter führte er aus, der Versicherte gebe sich sehr von seinem Nicht-mehr-können überzeugt und betone mehrfach seine Schmerzen sowie seine Kraft- und Konditionslosigkeit. Psychiatrischerseits werde eine Depression beschrieben, offenbar aber erst, nachdem der Versicherte die Kündigung erhalten habe. Bei der Untersuchung biete er eine allenfalls mittelgradige depressive Symptomatik, wobei die Differentialdiagnose gegenüber einer somatoformen Schmerzstörung offenbleibe. Für Letzteres spreche auch die Symptomausweitung. Eine schwere depressive oder hirnorganische Symptomatik sei auf jeden Fall auszuschliessen. Von neurologisch-psychiatrischer Seite her sei für alle (übrigen) körperlich leichten bis punktuell mittelschweren Tätigkeiten ein vollschichtiges Leistungsvermögen gegeben (IVSTA-act. 26).

E. 4.1.10

Die Allgemeinmedizinerin Dr. med. L. _____ erwähnte in ihrem Bericht vom 23. Januar 2012, eine den Leiden angepasste Tätigkeit könne zwischen drei bis unter sechs Stunden täglich verrichtet werden (IVSTA-act. 27).

E. 4.1.11

Am 5. April 2012 berichtete Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, von einer mittelschweren depressiven Episode (ICD-10: F32.1) sowie von Anpassungsstörungen (ICD-10: 43.2). Der aktuelle innere Konflikt bestehe darin, dass der Versicherte einerseits seine extrem hohe Leistungsbereitschaft und soziale Anerkennung dringend zur narzisstischen Stabilisierung benötige, dass aber andererseits unter den erhöhten Anforderungen eine völlige Erschöpfung seiner Kräfte, Kontrollverlust und der Zusammenbruch seiner psychischen Abwehr und damit letztlich auch eine Erschütterung der Kohärenz seines Selbst drohe (act. 27.12).

E. 4.1.12

Am 29. August 2012 diagnostizierte der versicherungsmedizinische Gutachter Prof. Dr. med. N. _____ in psychisch-psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine Dysthymie (ICD-10:

F34.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Weiter berichtete er, unter den Voraussetzungen einer gelingenden therapeutischen und beruflichen Integration könne davon ausgegangen werden, dass in etwa 3 bis 4 Monaten die versicherungsmedizinisch hypothetisch zu postulierende Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 50 % zu realisieren sei (act. 38 S. 11 bis 12). Am 23. Januar 2013 ging dieser Experte unter der Voraussetzung einer erfolgten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit weiterhin von einer 50%igen Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus (act. 37 S. 9 bis 10).

E. 4.1.13

Nachdem Dr. med. C. _____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, am 5. Oktober 2009 berichtet hatte, es lägen keine geistigen und psychischen Einschränkungen vor (act. 13 S. 1 bis 4), schrieb sie am 21. März 2013 von einer seit Januar 2010 bestehenden Depression und attestierte dem Versicherten keine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit mehr (act. 42 S. 1 bis 13). In ihrem Bericht vom 19. Februar 2014 erwähnte sie unter anderem eine rezidivierende depressive Störung mittel- bis schwergradig sowie eine Anpassungsstörung und führte weiter aus, der Versicherte sei sowohl physisch als auch psychisch nicht mehr belastbar, weshalb er arbeits- und erwerbsunfähig sei (act. 64).

E. 4.2

Die Expertisen der Dres. med. E. _____ und F. _____ erfüllen grundsätzlich die an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien. Insbesondere sind sie für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Sie sind zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation für die hier interessierenden Fragen einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet, so dass darauf abgestellt werden kann. Unter diesen Umständen ist auch der von Dr. med. D. _____ am 22. Oktober 2013 verfasste Bericht - ein entscheiderelevantes Aktenstück im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. hierzu 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) - dem Grundsatz nach nicht in Zweifel zu ziehen. Da von einer zusätzlichen medizinischen Abklärung keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. BGE 131 I 153 E. 3; SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149 E. 4; Urteil des BGer I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4), lässt sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Zeitpunkt der Urteilsfällung im vorliegenden Beschwerdeverfahren schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.8 hiervor). Es ist demnach erstellt, dass beim Beschwerdeführer aus bidisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Hafenarbeiter keine Arbeitsfähigkeit mehr vorliegt und er in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % aufweist. Betreffend den gutachterlich festgesetzten Beginn der 20%igen Arbeitsunfähigkeit am 28. Juli 2011 ist jedoch festzustellen, dass Dr. med. F. _____ gemäss seinen eigenen Ausführungen den Beginn aufgrund des "ersten" Arztberichts des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____ vom 27. Juli 2011 festgelegt hat. Mit Blick auf diese Beurteilung und den Umstand, dass Dr. med. F. _____ auch der frühere resp. - soweit aus den Akten ersichtlich - erste Bericht von Dr. med. I. _____ vom 17. Mai 2011 vorgelegen hat, ist hinsichtlich des Beginns der Arbeitsunfähigkeit von 20 % insofern korrigierend

einzugreifen, als dieser demnach auf den 17. Mai 2011 vorzuverlegen ist resp. es sich bei der Angabe von Dr. med. F. _____ betreffend den "ersten" Arztbericht von Dr. med. F. _____ vom 27. Juli 2011 bzw. den Beginn der teilweisen Arbeitsfähigkeit am 28. Juli 2011 um ein blosses Versehen gehandelt hat.

E. 4.2.1

Übereinstimmend mit Dr. med. E. _____ ist festzustellen, dass gemäss Austrittsbericht der O. _____ vom 23. April 2009 praktisch kein Zervikalsyndrom mehr bestand, sondern nur noch eine leichte Pronationsschwäche und Scapula alata sowie sensible Störungen am Daumen (act. 7 S. 7 bis 9). Auch ist dem Bericht des P. _____ vom 30. Juli 2009 zu entnehmen, dass die HWS frei beweglich sei und eine deutliche Besserungstendenz vorliege (act. 13 S. 9 bis 10). Im Bericht desselben Spitals vom 21. September 2009 wurde erneut die freie Beweglichkeit erwähnt und weiter ausgeführt, bei weiterer Verbesserung des Befundes könne ein konservatives Vorgehen die Beschwerdesymptomatik vollständig heilen (act. 12 S. 2 bis 4). Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht vom 1. Oktober 2009 (act. 13 S. 6 bis 7). Auch anlässlich der neurologischen Beurteilung vom 23. Oktober 2009 wurde berichtet, wie bei Bandscheibenfällen üblich, seien im Rahmen der konservativen Therapie und im Verlauf der Zeit die Beschwerden rückläufig; laut Befund vom 29. September 2009 bestehe keine Parese mehr (act. 18.1 S. 14 bis 16). Da die Neurologin Dr. med. H. _____ am 13. Januar 2010 ausführte, praktisch unverändert zu den Voruntersuchungen zeige sich neurologisch ein radikuläres Syndrom C6 links, wobei sie ebenfalls eine leichte motorische Beteiligung vermute, ist nicht von gravierenden Befunden auszugehen. Vielmehr sind für unbefriedigenden Verlauf seit dem zweiten Unfall am 13. Oktober 2009 die Folgen der HWS-Distorsion mit persistierendem zervikozephalem Schmerzsyndrom und eine im Verlauf aufgetretene depressive Symptomatik mitverantwortlich (act. 19.10). Die Beurteilung von Dr. med. E. _____ deckt sich auch mit derjenigen der Suva vom 29. Juni 2011, wonach der Vorzustand aufgrund der aus dem Unfallereignis vom 12. Februar 2009 resultierenden vorübergehenden Verschlechterung nach einem Jahr wieder erreicht worden sei, und die aus dem zweiten Unfall vom 13. Oktober 2009 resultierende Verschlechterung 3 Monate angedauert habe (act. 27.43). Vor diesem Hintergrund ist ohne Weiteres nachvollziehbar, dass beim Beschwerdeführer nach dem Klinikaustritt seit dem 18. März 2010 in rein somatisch-neurologischer Hinsicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in leidensadaptierten Verweistätigkeiten besteht. Unter diesen Umständen kann der Beurteilung der Allgemeinmedizinerin Dr. med. L. _____ vom 23. Januar 2012, wonach der Versicherte auch eine leidensadaptierte Tätigkeiten nur noch zwischen 3 und unter 6 Stunden täglich verrichten könne (act. 24.2 S. 76 bis 87), in rein somatisch-neurologischer Hinsicht nicht gefolgt werden. Das gilt auch für die vom Orthopäden Dr. med. Q. _____ am 15. Dezember 2011 abgegebenen Beurteilung (act. 24.2 S. 24 bis 36), denn es liegt keine nachvollziehbare Begründung dafür vor, weshalb Dr. med. Q. _____ derart starke Res-triktionen in einer Verweistätigkeit aufgeführt hat.

E. 4.2.2

In psychisch-psychiatrischer Hinsicht ist vorab festzustellen, dass die Beurteilung von Dr. med. F. _____ hinsichtlich der hier interessierenden Fragen im Wesentlichen auch im Einklang steht mit den Äusserungen von Dr. med. G. _____ in dessen Gutachten vom 10. Januar 2012. Beide Fachärzte stellten übereinstimmend die subjektive Krankheitsüberzeugung resp. die Überzeugung des Beschwerdeführers fest, nicht mehr arbeiten zu können. Im Vergleich zu den Äusserungen von Dr. med. G. _____, wonach in

einer leidensadaptierten Verweistätigkeit ein vollschichtiges Leistungsvermögen gegeben sei, fiel die Beurteilung von Dr. med. F._____ betreffend die zumutbare Leistungsfähigkeit sogar zu Gunsten des Versicherten aus. Schliesslich ist mit Blick auf die von Dr. med. G._____ gestellte Differentialdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung ergänzend zu erwähnen, dass Dr. med. F._____ eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erwähnt und schlüssig und überzeugend dargelegt hat, weshalb diese keine Auswirkungen auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit hat.

E. 4.2.3

Weiter ist festzuhalten, dass auf die Beurteilung der Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von Dr. med. C._____ einerseits nicht abgestellt werden kann, da sie als Allgemeinmedizinerin nicht über einen Facharzttitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Andererseits trägt das Bundesverwaltungsgericht der Erfahrungstatsache Rechnung, dass die behandelnde Ärztin Dr. med. C._____ im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung eher zugunsten des Beschwerdeführers ausgesagt hat (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b cc).

E. 4.2.4

Im weiteren kann der Beurteilung von Dr. med. L._____ vom 23. Januar 2012, wonach der Beschwerdeführer eine den Leiden angepasste Tätigkeit zwischen drei bis unter sechs Stunden täglich verrichten könne, vorliegend keine volle Beweiskraft zukommen, da diese Allgemeinmedizinerin ebenfalls nicht über einen Facharzttitel in der Psychiatrie und Psychotherapie verfügt (vgl. bereits E. 4.2.3 hiervor). Dass ihre Beurteilung in etwa mit derjenigen von Dr. med. N._____ übereinstimmt, vermag auch mit Blick auf die divergierenden Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu keinem anderen Ergebnis zu führen.

E. 4.2.5

Auch den diversen Beurteilungen von Dr. med. I._____ kann keine volle Beweiskraft zukommen. Der Grund dafür liegt insbesondere im Umstand, dass er keine konkrete und schlüssige Stellungnahme zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten abgegeben hat, sondern in seinem Bericht vom 27. Juli 2011 bloss - ohne für das Bundesverwaltungsgericht überzeugend nachvollziehbar - die Berentung als sinnvollste Massnahme empfohlen hat. Keine rechtsgenügenden Beurteilungen zur Restarbeits- und -leistungsfähigkeit finden sich überdies auch in den Berichten der R._____ vom 26. Februar 2010 und der K._____ vom 15. März 2010.

E. 4.2.6

Zwar ergeben sich hinsichtlich der Diagnosestellung und des Ausmasses der diagnostizierten Leiden auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Blick auf die gesamten Akten gewisse Diskrepanzen zwischen dem Experten Dr. med. F._____ und anderen Fachärzten. Dies vermag jedoch an der vollen Beweiskraft der bidisziplinären Expertise der Dres. med. E._____ und F._____ nichts zu ändern. Zwar diagnostizierten - nebst den Dres. med. I._____ und C._____, auf deren Berichte nach dem Dargelegten nicht abgestellt werden kann (vgl. E. 4.2.2 und 4.2.4) - auch die Dres. med. M._____ und N._____ mittelgradige depressive Episoden resp. rezidivierende depressive mittelgradige Störungen, wobei Dr. med. N._____ sogar bloss von einer 50%igen Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit ausgegangen war. Dennoch vermögen diese

Berichte die volle Beweiskraft der Expertise nicht in Zweifel zu ziehen. Einerseits erläuterte Dr. med. F._____ schlüssig und überzeugend, dass der Verlauf depressiver Störungen schwankend ist und weshalb keine langandauernde mittelgradige oder schwere depressive Störung beim Beschwerdeführer vorliegt. Andererseits lassen eine oder mehrere Diagnosen für sich alleine genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen).

E. 4.2.7

Weiter stehen auch die Berichte von Dr. med. H._____ nicht im Widerspruch zu der Beurteilung von Dr. med. F._____. So erachtete sie in ihrem Bericht vom 13. Januar 2010 die im Verlauf aufgetretene depressive Symptomatik - welche auch von Dr. med. F._____ erwähnt worden war - als bloss mitverantwortlich für die damals vorgelegene volle Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf, und auch die Experten gingen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der bis zum Arbeitsunfall vom 12. Februar 2009 ausgeübten Tätigkeit als Umschlagsmitarbeiter im B._____ aus. Kein Widerspruch zur der Einschätzung von Dr. med. F._____ liegt auch im Umstand, dass Dr. med. H._____ in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2010 von einer sehr ungünstigen Entwicklung gesprochen hat, denn diese war seinerzeit insbesondere darauf zurückzuführen, dass der Beschwerdeführer im Anschluss an seinen gescheiterten Versuch der Aufnahme des vollzeitlichen Arbeitspensums in seiner angestammten Erwerbstätigkeit nicht mehr arbeitete und deshalb die vorbestehende depressive Symptomatik deutlich zugenommen hat.

E. 4.3

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer aus bidisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Hafendarbeiter seit dem 12. Februar 2009 keine Arbeitsfähigkeit mehr vorliegt und er in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit ab dem 18. März 2010 eine 100%ige Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit sowie ab dem 17. Mai 2011 eine solche von 80 % aufweist. Davon ist nachfolgend bei der Bemessung der Invalidität auszugehen.

E. 5.1

Im Rahmen der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2014 wurde dem Beschwerdeführer vom 1. bis 28. Februar 2010 eine ordentliche ganze IV-Rente zugesprochen. Da ihm nach Ablauf der gesetzlichen einjährigen Wartefrist im Februar 2010 kein (hypothetisches) Invalideneinkommen zugemutet wurde, kann bis zu diesem Zeitpunkt auf die Durchführung eines bezifferten Einkommensvergleichs verzichtet werden. Für die Zeit ab März 2010 sind die jeweiligen Invaliditätsgrade jedoch anhand eines Einkommensvergleichs zu ermitteln.

E. 5.2

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1; 104 V 135 E. 2b).

E. 5.3.1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person 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 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. 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 (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Entscheid I 517/02 des EVG vom 30. Oktober 2002 E. 1.2).

E. 5.3.2

Im Rahmen der Durchführung des Einkommensvergleichs für die Zeit ab März 2010 ging die Vorinstanz - gemäss den Angaben des früheren Arbeitgebers auf dem Formular "Fragebogen für Arbeitgebende" vom 11. September 2009 (IVSTA-act. 36 S. 3) - von einem Valideneinkommen in der Höhe von jährlich Fr. 63'070.- (2009) aus. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2009 bis 2010 verminderte sich dieses Einkommen auf Fr. 62'988.- (act. 63 S. 10). Diese Berechnung ist nicht zu beanstanden, weshalb vorliegend für das Jahr 2010 von einem hypothetischen Valideneinkommen in dieser Höhe auszugehen ist.

E. 5.3.3

Mit Blick auf die ab Mai 2011 vorliegende 80%ige Erwerbsfähigkeit ist dieses Einkommen zusätzlich der Nominallohnentwicklung von 2009 bis 2011 von 0.87 % anzupassen. Es resultiert somit im Jahre 2011 ein hypothetisches Valideneinkommen von jährlich Fr. 63'619.-. (vgl. IVSTA-act. 47 S. 10).

E. 5.4.1

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn ("Total") für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.3). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne

herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

E. 5.4.2

Die Vorinstanz errechnete gemäss der Tabelle TA1 der LSE 2010 (Anforderungsniveau 4, Männer, Umrechnung von 40 auf 41.6 Wochenstunden) ein hypothetisches Invalideneinkommen von 61'164.-, was zu keinen Beanstandungen Anlass gibt (vgl. www.bfs.admin.ch > Arbeit/Erwerb > zum Nachschlagen > Publikationen > LSE 2010 S. 26). Unter Berücksichtigung einer zumutbaren, leidensadaptierten Erwerbstätigkeit im Rahmen von 100 % (ab März 2010) sowie eines angemessenen leidensbedingten Abzugs in der Höhe von 5 % (vgl. zur Ermessensausübung BGE 126 V 353 E. 5d; 123 V 150 E. 2; Urteil C 43/06 vom 19. April 2006 E. 1.2) ergibt sich demnach das von der Vorinstanz errechnete hypothetische Invalideneinkommen von Fr. 58'106.- pro Jahr.

E. 5.4.3

Mit Blick auf die ab Mai 2011 vorliegende 80%ige Erwerbsfähigkeit und die Nominallohnentwicklung von 2010 auf 2011 reduziert sich dieses hypothetische Invalideneinkommen im Jahre 2011 auf jährlich Fr. 46'945.- (IVSTA-act. 47 S. 10).

E. 5.5

Aus der Gegenüberstellung eines monatlichen hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 62'988.- sowie eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 58'106.- pro Jahr resultiert somit ab März 2010 ein Invaliditätsgrad von (gerundet) 8 %, was keinen Anspruch auf eine Rente der IV ergibt. Ab Mai 2011 steht dem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 63'619.- ein hypothetisches Invalideneinkommen von jährlich Fr. 46'945.- gegenüber. Daraus resultiert nunmehr ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 26 %.

E. 6

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass sich der Rentenanspruch des Beschwerdeführers alleine aufgrund der schweizerischen Bestimmungen bestimmt. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2), und aus dem Ausland stammende Beweismittel unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6398/2009 vom 18. Mai 2012 E. 2.1 mit Hinweis auf Entscheid des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Aus dem Umstand, dass beim Beschwerdeführer vom deutschen Sozialversicherungsträger am 23. März 2012 eine Rente auf Zeit bis 30. September 2014 wegen voller Erwerbsminderung zugesprochen (act. 27.14), kann er im Zusammenhang mit dem Anspruch auf eine schweizerische Rente nichts zu seinen Gunsten ableiten. Im Übrigen ist festzuhalten, dass die Schweizer Invalidenversicherung das Instrument der Integritätsentschädigung nicht kennt. Dies im Gegensatz zur Unfallversicherung, wonach die versicherte Person - wie vorliegend der Beschwerdeführer - Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung hat, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche

Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet (Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]).

E. 7

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass sich die angefochtene Verfügung vom 27. Januar 2014 im Ergebnis als rechtens erweist, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 25. Februar 2014 als unbegründet abzuweisen ist.

E. 8

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

E. 8.1

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 400.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 8.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die 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).

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