

BVGer C-210/2019 vom 30. September 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-210_2019

FR: TAF C-210/2019 du 30 septembre 2020

IT: TAF C-210/2019 del 30 settembre 2020

Regeste

Eingliederungsmassnahmen

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss für beide Verfahren C-210/2019 und C-433/2019 rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichten Beschwerden einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern ist die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer war Grenzgänger und hatte seine letzte Arbeitsstelle im Kanton E._____ (act. 12.5). Er wohnt zudem noch in (...), Frankreich, im benachbarten Grenzgebiet. Somit hat er sich zu Recht bei der IV-Stelle E._____ zum Leistungsbezug angemeldet und hat diese die Abklärungen zum Leistungsgesuch vorgenommen. Gemäss den Ausführungen in E. 2.1 ist auch der Erlass der Rentenverfügung durch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland bzw. die Eröffnung durch sie nicht zu beanstanden.

E. 3

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger und wohnt in (...), Frankreich. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten

Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 4.1

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. 4.2

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

E. 5.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügungen vom 26. November 2018 und 15. Januar 2019 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 5.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 26. November 2018 und 15. Januar 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 6.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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).

E. 6.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 6.3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (nach Art. 29 Abs. 1 ATSG), jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

E. 6.4

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 6.5

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein

subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 6.6

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 6.7

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 7.1

Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (Art. 17 Abs.

1 ATSG; BGE 133 V 263 E. 6.1 m.H.). Dabei ist der Zeitpunkt der Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV (SR 831.201) festzusetzen (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd m.H.). Nach dieser Norm kann eine Rente herabgesetzt oder aufgehoben werden, nachdem die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit drei Monate ohne wesentliche Unterbrechung angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; Urteil des BGer 8C_871/2008 vom 24. März 2009 E. 2.2.1 m.H.; vgl. auch BGE 133 V 108). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C_724/2011 vom 24. Juli 2012 E. 2.2 m.H.).

E. 7.2

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.). Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 m.H.). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.).

E. 7.3

Wird gleichzeitig eine Rente zugesprochen und diese revisionsweise, in sinngemässer Anwendung von Art. 41 IVG und Art. 88a IVV, herauf- oder herabgesetzt oder aufgehoben, liegt ein zwar komplexes, im Wesentlichen jedoch einzig durch die Höhe der Leistung und die Anspruchsperioden definiertes Rechtsverhältnis vor. Der Umstand allein, dass Umfang und allenfalls Dauer des Rentenanspruchs über den verfügungsweise geregelten Zeitraum hinweg variieren, ist unter anfechtungs- und streitgegenständlichem Gesichtspunkt belanglos. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d m.H.). Nach BGE 125 V 413 liegt materiell somit ein einziges Rechtsverhältnis vor, wenn eine Leistung rückwirkend zugesprochen, diese aber gleichzeitig befristet, herauf- oder herabgesetzt wird. Zusprechung und (rückwirkende) Revision der Rente sind Gegenstand ein und derselben Verfügung. Für die gerichtliche Überprüfbarkeit kann es deshalb keinen Unterschied machen, ob die IV-Stelle eine oder mehrere Verfügungen redigiert und eröffnet. Denn am Verfügungsinhalt ändert sich nichts (BGE 131 V 164 E. 2.3.2). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht ist es damit irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten

Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 E. 2.3.4).

E. 8.1

Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer mit vorinstanzlicher Verfügung vom 25. Januar 2019 rückwirkend eine ganze Invalidenrente sowie Kinderrente für die Zeit vom 1. November 2016 bis 30. November 2018 zugesprochen (act. 59). Die Vorinstanz berechnete für den frühestmöglichen Entstehungszeitpunkt des Rentenanspruches im November 2016 (Anmeldung am 12. Mai 2016) einen Invaliditätsgrad von 100%. Die mit Verfügung vom gleichen Datum per 1. Dezember 2018 aufgehobene Rente stützte die Vorinstanz auf die Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV, da sie für die Zeit ab 1. September 2018 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging und einen Invaliditätsgrad von 8% berechnete.

E. 8.2

Der Beschwerdeführer war unbestrittenermassen ab seinem Arbeitsunfall am 23. Oktober 2015 vollständig arbeitsunfähig. Die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG lief damit am 22. Oktober 2016 ab. Die entsprechende Berechnung der Vorinstanz für den Rentenbeginn ist korrekt. Die für den vorliegenden Sachverhalt massgebenden Vergleichszeitpunkte sind somit der 1. November 2016 (Rentenbeginn) sowie der 30. November 2018 (Rentenaufhebung).

E. 9.1

Der Beschwerdeführer macht in seiner Beschwerde vom 11. Januar 2019 geltend, dass die Verfügung vom 26. November 2018 aufzuheben sei und ihm berufliche Massnahmen zu gewähren seien. Als Begründung führt er aus, die Vorinstanz stütze sich darauf, dass keine 20%-ige Arbeitsunfähigkeit vorliege und damit sei die Voraussetzung für einen Anspruch auf berufliche Massnahmen nicht gegeben. Der medizinische Endzustand sei jedoch noch nicht erreicht und es könne keine verlässliche Prognose gemacht werden. Mit Beschwerde vom 23. Januar 2019 beantragt der Beschwerdeführer, die Verfügung sei aufzuheben mit der Begründung, es handle sich um einen Rentenentscheid, der vor dem rechtskräftigen Entscheid über die Gewährung beruflicher Massnahmen sowie dem noch nicht erfolgten Fallabschluss durch die Suva verfrüht sei (B-act. 1; doc. 1). Sinngemäss macht er damit geltend, dass eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit per 26. August 2018 nicht ausgewiesen sei.

E. 9.2

Die Vorinstanz verweist in ihrer Stellungnahme vom 14. Februar 2019 auf die angefochtenen Verfügungen. In der Verfügung vom 26. November 2018 hält sie fest, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Baumaler seit Oktober 2015 nicht mehr ausüben könne und ab August 2018 eine angepasste leichte körperliche Tätigkeit in einem Vollzeitpensum wieder möglich sei. Dies ergebe sich aus den medizinischen Unterlagen. Der IV-Grad betrage unter 20% (act. 57). In der Verfügung vom 15. Januar 2019 hält sie fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit vom 1. November 2016 bis 30. November 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Ab August 2018 betrage der Invaliditätsgrad entsprechend dem allgemeinen Einkommensvergleich noch 8%. Die Rente sei deshalb unter Berücksichtigung von Art. 88 a Abs. 1 IVV per 30. November 2018 zu befristen (act. 59).

E. 10

Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Sachverhalt im vorliegend relevanten Zeitraum in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

E. 10.1

Die Vorinstanz stützte sich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insbesondere auf die medizinische Stellungnahme von Dr. med. H._____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, des regionalärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. Oktober 2018. Darin hält diese fest, dass gemäss Bericht des Kreisarztes der Suva, Dr. med. D._____ vom 12. September 2018 (act. 48.5), wie auch gemäss Arztbericht der Handchirurgie des Universitätsspitals F._____ vom 9. Oktober 2018 von Prof. Dr. Dr. K._____ (act. 50) dem Beschwerdeführer eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit zumutbar sei unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (act. 51).

E. 10.1.1

Dem Arztbericht von Dr. med. D._____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 12. September 2018 lässt sich sodann entnehmen, dass seit der Beurteilung vom 12. Juli 2018 keine neuen medizinisch relevanten Berichterstattungen, Bildgebungen und Befunde im Dossier zu finden seien. Tätigkeiten im Rahmen des gegebenen Zumutbarkeitsprofils seien dem Versicherten deshalb ganztags zumutbar, die angestammte Tätigkeit auf der Baustelle sei nicht zumutbar (act. 48.5; 49.3). Mit Beurteilung vom 12. Juli 2018 hält Dr. med. D._____ wiederum fest, dass aufgrund der Verletzungsfolgen am rechten Kniegelenk und an beiden Handgelenken dem Beschwerdeführer eine angestammte Tätigkeit auf der Baustelle nicht mehr zumutbar sei. Zumutbar seien ganztags leichte Tätigkeiten bei einer Wechselbelastung. Als Einschränkungen hält er fest: Kein Klettern auf Leitern und Gerüsten, keine Arbeiten in unebenem Gelände. Arbeiten in der Hocke und im Knien nur ausnahmsweise und kurzzeitig, nicht repetitiv und andauernd. Treppensteigen nur gelegentlich. Keine Arbeiten im sicherheitsrelevanten Bereich, bei denen ein festes Zugreifen mit den Händen erforderlich ist. Von einer Kreisarztuntersuchung sei kein neuer Erkenntnisgewinn zu erwarten (act. 49.15; 38.5).

E. 10.1.2

Im Sprechstundenbericht von Prof. Dr. Dr. K._____, Handchirurgie des Universitätsspitals F._____, vom 9. Oktober 2018, auf den sich Dr. med. H._____ des RAD ebenfalls stützt, werden als Diagnosen festgehalten: - SLAC-Wrist Grad III (Scapholunate Advanced Collapse = Posttraumatischer karpaler Kollaps) Handgelenk links nach Gerüststurz-2002 mit o Status nach (St. n.) Scaphoidektomie (Kahnbeinentfernung) und kapitolunärer Arthrodese (Gelenksversteifung) am 21. März (recte: Juli) 2016 o TFCC-Läsion (Läsion an einer Zwischengelenksscheibe) Handgelenk links mit o St. n. diagnostischer Arthroskopie ulnocarpal links sowie offener PSU-Resektion (Teilweise Entfernung des Processus styloideus ulnae) und Entfernung eines freien Ossikels sowie Reinsertion des TFCC am 19. Januar 2017 o St. n. Arthrotomie (Operative Eröffnung eines Gelenks) und unter Bildwandler frustraner Suche nach freiem Ossikel mit Débridement (Wundtoilette) und Gelenkstoilette ulnokarpales Handgelenk links sowie Arthrolyse (chirurgisch-orthopädisches Verfahren, um die Beweglichkeit eines Gelenks wiederherzustellen) am 18. Januar 2018 - SL-Bandinstabilität (Scapho-lunäre

Bandinstabilität) Handgelenk rechts (CIND = Nicht-dissoziative karpale Instabilität) bei o St. n. distaler Radiusfraktur vor über 10 Jahren mit o St. n. diagnostischer Arthroskopie und arthroskopischer SL-Bandrekonstruktion Handgelenk rechts am 1. Juni 2017 o verspäteter Spickdrahtentfernung am 24. Juli 2017 nach Spickdrahtbruch Für leichte Arbeit sei der Beschwerdeführer zu 100% qualifiziert. Für schwerere Arbeit, wie vor dem Trauma, sei der Beschwerdeführer nicht mehr qualifiziert (act. 50).

E. 10.2

Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung lagen ausserdem im Wesentlichen folgende medizinischen Akten mit einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor (chronologische Zitierung): In der kreisärztlichen Untersuchung vom 4. Mai 2016 hält Dr. med. D._____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva, als Diagnosen fest: - Status nach Leitersturz am 23. Oktober 2015 mit Reruptur des rechten vorderen Kreuzbandes, multiple Prellungen, Traumatisierung einer Scaphoidpseudarthrose links, Distorsion rechtes OSG - Ligamentoplastik des vorderen Kreuzbandes am rechten Kniegelenk am 11. Januar 2016 Aktuell gebe es belastungsinduzierte Beschwerden am rechten Kniegelenk, der linken Hand, im Nackenbereich mit Ausstrahlung in den linken Arm und am rechten Sprunggelenk, eine Bakerzyste rechts. Die Arbeitsfähigkeit als Baumaler sei medizinisch ausgewiesen aktuell nicht gegeben. Da es sich um deutliche Einschränkungen an den unteren und oberen Extremitäten handle, sei die Zumutbarkeit auch entsprechend eingeschränkt. Dem Beschwerdeführer seien nur leichte, streng selbstbestimmt wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar, für die linke Hand nur leichteste Tätigkeiten. Kein Klettern auf Leitern und Gerüsten, keine Zwangshaltungen in der Hocke oder im Knien, keine repetitiven Tätigkeiten mit der linken Hand (act. 9.18; 7.3). Im Arztbericht von Dr. med. L._____, Universitätsspital F._____, vom 18. Oktober 2016 werden folgende Diagnose festgehalten: - Mediale Meniskusläsion bei ausgeprägter Degeneration beider Meniski und hochgradigem V.a. auf VKB-Partialruptur Knie rechts bei o St.n. VKB-Re-Rekonstruktion vom 16. Januar 2016 nach VKB-Reruptur bei Leitersturz vom 23. Oktober 2015 o St.n. VKB-Plastik von 1990 - SNAC-Wrist Grad III nach Scaphoidfraktur Handgelenk rechts vermutlich 2002 im Rahmen eines Motorradunfalles - St.n. diagnostischer Arthroskopie, offene Scaphoidektomie und capito-lunärer Arthrodese am 21.07.2016 Es liege eine komplexe Problematik am Kniegelenk mit erneuter Partialruptur bei St. n. zweimaliger VKB-Rekonstruktion und gleichzeitigen Meniskusläsionen mit vor allem medial bei bereits vorbestehenden degenerativen Veränderungen am Kniegelenk vor. In Anbetracht der Handgelenks- und Knieverletzungen sei der volle Wiedereinstieg in die bisherige Arbeitstätigkeit als Maler nicht mehr realistisch (act. 27.34). Im Austrittsbericht von Dr. med. M._____, Universitätsspital F._____, vom 21. Oktober 2016 werden als Diagnosen festgehalten: - Mediale Meniskusläsion bei ausgeprägter Degeneration beider Meniski und hochgradiger VKB-Partialruptur Knie rechts bei o St. n. VKB-Re-Rekonstruktion vom 16. Januar 2016 nach VKB-Reruptur bei Leitersturz vom 23. Oktober 2015 o St. n. VKB-Plastik von 1990 Als Nebendiagnosen werden genannt: - SNAC-Wrist Grad III nach Scaphoidfraktur Handgelenk rechts vermutlich 2002 im Rahmen eines Motorradunfalles - St. n. diagnostischer Arthroskopie, offene Scaphoidektomie und capitulunärer Arthrodese am 21. Juli 2016 - V. a. Sehnenscheidenganglion Peroneus brevis, DD: Calcaneocuboidalgelenksganglion Fuss rechts Die Arbeitsunfähigkeit betrage bei Austritt bis auf weiteres 100% (act. 27.22; 12.3). Im Austrittsbericht von Prof. Dr. N._____, Universitätsspital F._____, vom 20. Januar

2017 werden als Diagnosen genannt: - SLAC-Wrist Grad III nach Scaphoidfraktur Handgelenk links, vermutlich 2002 im Rahmen eines Motorradunfalles o St. n. diagnostischer Arthroskopie, offener Scaphoidektomie und capitulär Arthrodese am 21. Juli 2016 o V. a. ulnocarpales Impingement bei PSU-Pseudarthrose - V. a. SLAC-Wrist Grad 1-11 Handgelenk rechts - SL- Dissoziation dynamisch Handgelenk rechts (CIND) Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 6 Wochen ab 19. Januar 2017 (act. 17.4). Im Austrittsbericht von Prof. Dr. N._____, Universitätsspital F._____, vom 2. Juni 2017 werden als Diagnosen festgehalten: - SLAC-Wrist Grad III nach Scaphoidfraktur Handgelenk links, vermutlich 2002 im Rahmen eines Gerüststurzes mit o diagnostischer Arthroskopie und offener Scaphoidektomie mit capitulärer Arthrodese am 21. Juli 2016 und: o diagnostischer Arthroskopie ulnocarpal links sowie offene PSU-Resektion und Entfernung eines freien Ossikels sowie Re-Insertion des TFCC offen am 19. Januar 2017 - SL-Bandinstabilität Handgelenk rechts (CIND) bei: o St. n. Rekonstruktion vor langer Zeit Es bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Juni 2017 für sechs Wochen (act. 22.10). Im Austrittsbericht von Prof. Dr. O._____, Privatklinik G._____, vom 1. Mai 2018 werden als Diagnosen festgestellt: Posttraumatische Pangonarthrose rechts mit chronischem Schmerzsyndrom bei: - St.n. ASK (Arthroskopie) Knie rechts mit TME (Teilmenishektomie) medial, Resektion mechanisch irritierender Anteile der ehemaligen VKB-Rekonstruktion 10/2016 - St.n. ASK Knie rechts mit TME medial, Shaving (anamnestisch) - St.n. VKB-Re-Rekonstruktion 01/2016 bei VKB-Re-Ruptur im Rahmen 23. Oktober 2015 - St.n. VKB-Ersatzplastik 1990 Es bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 26. April bis 15. Juni 2018 (act. 33 S. 3; 31.3) Im Sprechstundenbericht von Dr. P._____, vom 6. Juni 2018 werden als Diagnosen festgestellt: - Osteosynthesematerialentfernung Kniegelenk rechts sowie Implantation zementierte Knie-Totalprothese am 26. April 2018 bei: o Posttraumatische Pangonarthrose rechts mit chronischem Schmerzsyndrom o St.n. ASK Knie rechts mit TME medial, Resektion mechanisch irritierender Anteile der ehemaligen VKB-Rekonstruktion 10/2016 o St.n. ASK Knie rechts mit TME medial, Shaving (anamnestisch) o St.n. VKB-Re-Rekonstruktion 1/2016 bei VKB-Re-Ruptur im Rahmen 23. Oktober 2015 o St.n. VKB-Ersatzplastik 1990 Es bestehe voraussichtlich eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 24. Juni 2018 (act. 36.10; 33). Im Sprechstundenbericht von Prof. Dr. Dr. med. O._____, Leiter Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Q._____, Center, vom 21. Juni 2018 werden als Diagnose genannt: - Osteosynthesematerialentfernung Kniegelenk rechts sowie Implantation zementierte Knie-Totalprothese am 26. April 2018 mit/bei: o posttraumatischer Pangonarthrose rechts mit chronischem Schmerzsyndrom o St. n. ASK Knie rechts mit TME medial, Resektion mechanisch irritierender Anteile der ehemaligen VKB-Rekonstruktion 10/2016 o St. n. ASK Knie rechts mit TME medial, Shaving (anamnestisch) o St. n. VKB-Re-Rekonstruktion 01/2016 bei VKB-Re-Ruptur im Rahmen 23. Oktober 2015 o St. n. VKB-Ersatzplastik 1990 Aufgrund der Restbeschwerden werde für den schwer körperlichen Beruf eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit zu 100% bis Ende Juli 2018 vorgesehen. Ab 1. August 2018 sei die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit vorgesehen (act. 36.9). Aus dem Arztbericht von Dr. med. H._____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, RAD, vom 11. Juli 2018 ergibt sich, dass eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe. Als Diagnosen führt sie aus: - St.n. Knie-Totalprothese rechts am 26. April 2018 bei posttraumatischer Pangonarthrose rechts mit chronischen Schmerzsyndrom - Status nach Leitersturz am 23. Oktober 2015 mit

Reruptur des rechten vorderen Kreuzbandes, multiplen Prellungen, Traumatisierung einer Scaphoidpseudarthrose links, Distorsion rechtes OSG - Ligamentoplastik des vorderen Kreuzbandes am rechten Kniegelenk am 11. Januar 2016 - St.n. Knie-Arthroskopie, mediale Teilmeniskektomie, Dèbridement rechts (20. Oktober 2016) bei: o Mediale Meniskusläsion bei ausgeprägter Degeneration beider Meniski und hochgradiger VKB-Partialruptur Knie rechts bei - St. n. VKB-Re-Rekonstruktion vom 16. Januar 2016 nach VKB-Reruptur bei Leitersturz vom 23. Oktober 2015 - St. n. VKB-Plastik von 1990 - Chondrale Läsion Patella rechts Aktuell gebe es belastungsinduzierte Beschwerden am rechten Kniegelenk, der linken Hand, im Nackenbereich mit Ausstrahlung in den linken Arm und am rechten Sprunggelenk, Bakerzyste rechts. Halswirbelsäule (HWS): - Deutliche Spondylose und Unkovertebralarthrose HWK 5/6 und HWK 6/7 - Ossär bedingte Einengung der Neuroforamen links auf Höhe HWK 5/6 und weniger ausgeprägt HWK 6/7 mit möglicher Irritation der Wurzel 06 und 07 links Hand: Pseudoarthrose- Scaphoid bei nicht konsolidierter Fraktur mit deutlichen sekundären Degenerationen radiokarpal aber auch interkarpal. Zudem interkarpale Gefügestörung mit verkürztem Lunatum, St.n. Ulnastyloid-Abriss Fuss: Knöcherner Anbauten dorsal am MT (Metatarsale) 1 - Köpfchen (DD: Hallux rigidis). Ansonsten keine wesentlichen Auffälligkeiten am linken Fuss. In einer sehr leichten bis leichten (5-10kg) wechselbelastenden Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer ein volles Arbeitspensum zumutbar, dies allerdings erst 3-4 Monate nach Knieprothesen-Implantation. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, repetitives Treppensteigen, Gehen auf unebenem Boden und das Besteigen von Leitern und Gerüsten. Die Möglichkeit, wechselnde Positionen einnehmen zu können, sollte gegeben sein. Bezüglich der Hand seien nur sehr leichte Tätigkeiten möglich (1 bis max. 5kg), ohne vermehrte Supination-Pronation mit Gewicht. Das Besteigen von Leitern und Gerüste sei zu vermeiden (act. 35). Aus dem Sprechstundenbericht von Dr. med. Dr. phil. O._____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 31. August 2018 ergeben sich folgende Diagnosen: - Osteosynthesematerialentfernung Kniegelenk rechts sowie Implantation zementierte Kniegelenktotalprothese am 26. April 2018 mit/bei: o Posttraumatische Pangenarthrose rechts mit chronischem Schmerzsyndrom o St.n. ASK Knie rechts mit TME medial, Resektion mechanisch irritierender Anteile der ehemaligen VKB-Rekonstruktion 10/2016 o St.n. ASK Knie rechts mit TME medial, Shaving (anamnestisch) o St.n. VKB-Re-Rekonstruktion 1/2016 bei VKB-Re-Ruptur im Rahmen 23. Oktober 2015 o St.n. VKB-Ersatzplastik 1990 Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit vom 31. August bis 30. September 2018 zu 100% (act. 49.2). Aus dem Sprechstundenbericht von Prof. Dr. Dr. O._____, Q._____ Center, vom 17. Oktober 2018 lassen sich identische Diagnosen entnehmen und wird zur Arbeitsfähigkeit festgehalten, dass bis 9. November 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für die Tätigkeit als Gipser bestehe (Suva-act. 168) Im Sprechstundenbericht von Prof. Dr. Dr. O._____, Q._____ Center, vom 9. November 2018 hält dieser identische Diagnosen fest und zur Arbeitsunfähigkeit hält er fest, dass diese rein theoretisch im November 50% betrage. In der angestammten Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit bis 31. Dezember 2018 100%. Ab dem 1. Januar 2019 betrage die Arbeitsunfähigkeit 0% (Suva-act. 169). Gemäss Austrittsbericht der Rehaklinik I._____ von Dr. med. J._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 27. Dezember 2018 werden als Diagnosen festgehalten: A. Unfall vom 23. Oktober 2015: Beim Streichen des Vordaches von der Leiter gestürzt: A1 Vordere Kreuzband-Reruptur rechtes Kniegelenk o St. n. VKB-Ersatzplastik 1990 o St. n. ASK Knie rechts mit TME medial. Shaving (anamnestisch) o 27. November 2015 MRI rechtes

Kniegelenk: Knorpelläsionen an der Patella aussen. Ruptur des vorderen Kreuzbandes, Menishektomie am Innenmeniskus o 11. Januar 2016 Ligamentplastik arthroskopisch rechtes Kniegelenk bei medialer Meniskusläsion und ausgeprägter Degeneration beider Menisci o Therapieversagen nach zweiter VKB-Rekonstruktion o 20. Oktober 2016 diagnostische Arthroskopie, Gelenktoilette, mediale Teilmenishektomie und Resektion mechanisch irritierender synthetischer Anteile der VKB-Re-Rekonstruktion o 7. Februar 2018 MRI rechtes Kniegelenk: Im Vergleich zu Mai 2017 stationäre Arthrose. Vorbestehend ausgeprägter Substanzverlust Meniscus medialis mit ausgeprägter mukoider Degeneration. Vorbestehende Partialruptur Hinterhornwurzel Meniskus lateralis. Vorbestehende Ruptur vordere Kreuzbandplastik, keine Vernarbung. Vorbestehend mässiggradiger Gelenkerguss und Bakerzyste o Posttraumatische Pangenarthrose rechts mit chronischem Schmerzsyndrom o 26. April 2018 Osteosynthesematerialentfernung und zementierte Kniegelenktotalprothese o 7. Dezember 2018 Röntgen Kniegelenk und Patella: Verglichen mit der externen Voruntersuchung vom 9. Februar 2018 zwischenzeitlich Status nach Knie-TEP. Keine Lockerungszeichen A2 Multiple Prellungen, Distorsion rechtes OSG A3 Traumatisierung einer Scaphoidpseudarthrose links B. Unfall von 2002: Gerüststurz B1 Scaphoidfraktur Handgelenk links, SLAC-Wrist Grad III, TFCC-Läsion Handgelenk links o 21. März 2016 Scaphoidektomie und kapitolunärer Arthrodesse mittels 3.0 CCS o 19. Januar 2017 Diagnostische Arthroskopie ulnokarpal links sowie offener PSU-Resektion und Entfernung eines freien Ossikels sowie Reinsertion des TFCC o 18. Januar 2018 Arthrotomie und unter Bildwandler frustrane Suche nach freiem Ossikel mit Débridement und Gelenkstoilette ulnokarpales Handgelenk links sowie Arthrolyse o 7. Dezember 2018 Röntgen Handgelenk: Verglichen mit der externen Voruntersuchung vom 27. August 2018 stationäre Stellungsverhältnisse bei Schraubenosteosynthese zwischen Os capitatum und lunatum mit partieller Durchbauung. Status nach Scaphoidresektion. Degenerative Veränderungen mit Osteophyten am Os trapezium/ trapezoideum, am distalen Radius und der distalen Ulna C. Unfall von 1991: Luxation transscapholunär Hand links 22. April 1991: Reposition und Osteosynthese Scaphoid D. Unfall vor mehr als 10 Jahren D1 Distale Radiusfraktur rechts D2 SL-Bandinstabilität Handgelenk rechts (CIND), TFCC-Läsion Typ 1C Handgelenk rechts o Rekonstruktion mittels Mini Mitek vor langer Zeit o 1. Juni 2017 diagnostische arthroskopische und arthroskopisch assistierte SL-Bandrekonstruktion Handgelenk rechts, temporäre Transfixation o 24. Juli 2017 verspätete Spickdrahtentfernung nach Spickdrahtbruch, partielle OSME Handgelenk rechts o 4. August 2017 CT Handgelenk rechts: Ca. 15 mm langes Fragment des scapholunären Spickdrahtes, welches den SL-Gelenkspalt übergreift und jeweils anteilig im Os scaphoideum und Os lunatum liegt. Keine ossäre Durchbauung o 10. August 2017 Rest-OSME mediokarpal Handgelenk rechts o 27. August 2018 Röntgen Handgelenk rechts: Regelrechte Stellungsverhältnisse im Bereich des Radiokarpalgelenkes mit beginnenden degenerativen Veränderungen und etwas vermehrter Sklerosierung des Os scaphoideum. Beginnende STT-Arthrose (scapho-trapezio-trapezoidales Gelenk). E. V. a. Sehnenscheidenganglion Peroneus brevis, DD Calcanocuboidalgelenkganglion Fuss rechts F. Gemäss Angaben aus den Akten Divertikulitis G. Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21) Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hält Dr. med. J. _____ fest, dass die festgestellte psychische Störung aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründe. Die Tätigkeit in der angestammten Tätigkeit als Baualer oder Gipser sei nicht zumutbar. Für andere leichte bis mittelschwere Arbeit bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung spezieller Einschränkungen (Suva-act. 193).

E. 11.1

Die Diagnosen gemäss Sprechstundenbericht von Prof. Dr. Dr. K. _____, Handchirurgie des Universitätsspitals F. _____, vom 9. Oktober 2018 bezüglich des linken Handgelenks stimmen mit den Akten überein (vgl. E. 10.1 mit act. 11.2; 11.3; 27.25; 12.6; 27.34; 27.22; 17.4; 17.5; 27.19; 22.10; 22.9; 22.5; 22.4; 22.3; 27.5; 26.3; 29.4; 49.17 in chronologischer Reihenfolge). Hinsichtlich des rechten Handgelenks werden die in den Akten vorkommenden Diagnosen SLAC-Wrist Grad I sowie die TFCC Läsion weder bei Dr. med. H. _____ noch bei Prof. Dr. Dr. K. _____ genannt (vgl. E. 10.1.2 mit act. 17.4; 27.19; 22.9).

E. 11.2

Bezüglich des rechten Knies findet sich bei Dr. med. D. _____ weder in seinem Bericht vom 12. Juli noch vom 12. September 2018 eine Erwähnung der gestellten Diagnosen, sondern lediglich eine Aufführung des aktenmässig medizinischen Verlaufs.

E. 11.3

Des Weiteren lassen sich den Akten Beschwerden an der Halswirbelsäule (act. 9.32), ein Verdacht auf ein Sehnenscheidenganglion am rechten Fuss (act. act. 27.22; 27.5; Suva-act. 193), eine Divertikulitis (Erkrankung Dickdarm) sowie eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (Suva-act. 193) entnehmen.

E. 11.4

Hinsichtlich des Beginns der Arbeitsfähigkeit hält die Vorinstanz in den angefochtenen Verfügungen fest, dass seit August 2018 eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit vorliege. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV könne eine Rente herabgesetzt oder aufgehoben werden, nachdem die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit drei Monate ohne wesentliche Unterbrechung angedauert habe. Der Beschwerdeführer macht hingegen geltend, dass die Annahme einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit seit August 2018 verfrüht sei. Den Akten lässt sich diesbezüglich entnehmen, dass gemäss Sprechstundenbericht von Dr. med. Dr. phil. O. _____ eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 31. August bis 30. September 2018 bescheinigt worden ist (act. 49.2). Danach bestand bis 9. November 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% in der angestammten Tätigkeit als Gipser (Suva-act. 168) und im Sprechstundenbericht von Prof. Dr. Dr. O. _____ vom 9. November 2018 hält dieser eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit fest (Suva-act. 169). Im Austrittsbericht der Rehaklinik I. _____ vom 27. Dezember 2018 wird hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit festgestellt, dass für die angestammte Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit und für eine angepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit unter Berücksichtigung spezieller Einschränkungen eine 100%-ige Tätigkeit vorliegt (Suva-act. 193).

E. 11.5

Die Vorinstanz ist aufgrund der vorliegenden Akten somit zu Unrecht davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer bereits ab August 2018 zu 100% in einer angepassten Tätigkeit hätte arbeiten können. Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen lag noch keine dreimonatige Verbesserung des Gesundheitszustandes vor, welche eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente gerechtfertigt hätte.

E. 11.6

Die Vorinstanz stützt sich in medizinischer Hinsicht auf den Bericht von Dr. med. H._____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, des regionalärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. Oktober 2018, welche sich wiederum auf zwei Arztberichte stützt, deren aufgelisteten Diagnosen sich als unvollständig erweisen. Im Arztbericht von Dr. med. H._____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, RAD, vom 11. Juli 2018 werden belastungsinduzierte Beschwerden am rechten Kniegelenk, der linken Hand, im Nackenbereich mit Ausstrahlung in den linken Arm und am rechten Sprunggelenk, Bakerzyste rechts, genannt. Es findet diesbezüglich jedoch keine weitere Würdigung statt. Insbesondere ergibt sich aus den Akten über die Problematik der rechten Knie- und beidseitigen Handproblematik hinaus somit auch, dass beim Beschwerdeführer gesundheitliche Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule, des linken Armes wie auch des rechten Fusses vorliegen und eine Divertikulitis vorliegen soll. Insbesondere ist nicht klar, inwiefern die Beschwerden in Wechselwirkung (rechtes Knie, beide Handgelenke, Halswirbelsäule, linker Arm sowie rechtes Sprunggelenk) die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei der Ausübung einer angepassten Tätigkeit beeinträchtigen.

E. 11.7

Die im Rehabericht I._____, erstmalig erwähnte Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion wird als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beschrieben. Die vom Bundesgericht notwendig erachtete Indikatorenprüfung zur Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund von Schmerzstörungen und psychischen Erkrankungen ist vorliegend nicht weiter zu beachten, da eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung verneint wird (vgl. Urteile des BGer 9C_120/2017 vom 13. März 2018 E.3.2, 9C_49/2017 vom 5. März 2018 E. 3.2 und 9C_563/2017 vom 23. Februar 2018 E. 8.1). Auch bezüglich der Divertikulitis bestehen keine Anhaltspunkte in den Akten, dass diese einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. Aufgrund des Obgenannten (vgl. E. 11.1 ff.) ist ein bidisziplinäres Gutachten (Orthopädie, Neurologie) in der Schweiz einzuholen. Dabei ist insbesondere abzuklären, inwiefern die nicht erwähnten/gewürdigten Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben und die anerkannten Einschränkungen (beide Handgelenke, rechtes Knie, rechter Fuss) sich in Wechselwirkung auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Dabei ist unter anderem zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nach dem hier zu beurteilenden Zeitraum erneut operiert worden ist und dazu weitere medizinische Berichte vorliegen (vgl. Suva-act. 119 f.). Ob weitere Spezialisten beizuziehen sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt (vgl. Urteil des BVer C-1810/2017 vom 14. Juni 2018, E. 6.4.4).

E. 11.8

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass den vorinstanzlichen Verfügungen vom 26. November 2018 und 15. Januar 2019 ein verfrühter (vgl. E. 11.5) und auch in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt (vgl. E. 6.6 und 11.7 f.) zugrunde liegt, weshalb hier über den streitigen Rentenanspruch und der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann und die genannten Verfügungen aufzuheben sind.

E. 11.9

Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten in medizinischer Hinsicht sowie zur anschliessenden

Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung zur weiteren Abklärung ist hier rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4) ausnahmsweise möglich, da relevante Fragen bzw. Aspekte bisher vollständig ungeklärt blieben. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht (vgl. Urteil des BVGer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.4).

E. 11.10

Da der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. November 2016 bis 30. November 2018 von der Vorinstanz nicht in Frage gestellt wurde, droht mit der Rückweisung zu weiteren Abklärungen für den Zeitraum ab 26. August 2018 (vgl. Bst. D.m) keine Gefahr einer reformatio in peius. Diese Rente ist als ausgewiesen und begründet zu betrachten (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4).

E. 12.1

Aufgrund des Gesagten (E. 11.8) muss im jetzigen Zeitpunkt offenbleiben, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Umschulung oder weitere Eingliederungsmassnahmen hat. Dies hat nach den erfolgten medizinischen Abklärungen und der neuen Verfügung von der Vorinstanz erneut geprüft zu werden, wobei für einen diesbezüglichen Anspruch (aufgrund des Wohnsitzes im Ausland) die Voraussetzungen gemäss BGE 145 V 266 E. 4.2 und E. 5 zu beachten sind.

E. 12.2

Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 15. Januar 2019, mit welcher dem Beschwerdeführer eine ganze Rente vom 1. November 2016 bis 30. November 2018 zugesprochen wurde, bestätigt wird. Soweit sein Leistungsanspruch ab 1. Dezember 2018 abgewiesen wurde, wird die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen ergänzende Abklärungen und eine Neubeurteilung des Leistungsanspruchs vornimmt. Die Verfügung vom 26. November 2018 wird aufgehoben und der Anspruch auf Umschulung oder weitere Eingliederungsmassnahmen hat nach den erfolgten medizinischen Abklärungen erneut zu erfolgen (vgl. E. 12.1).

E. 13

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 13.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 1'600 für die Verfahren C-210/2019 und C-433/2019 nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 13.2

Der obsiegenden Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 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 Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands (vorliegend rudimentäre materielle Begründung der Beschwerde insb. zu C-433/2019, einfacher Schriftenwechsel), der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

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