

BVGer C-273/2008 vom 15. März 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-03-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-273_2008

FR: TAF C-273/2008 du 15 mars 2010

IT: TAF C-273/2008 del 15 marzo 2010

Regeste

Invalidenversicherung (Übriges)

Erwägungen

E. 1.1

Ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und auf eine Beschwerde einzutreten ist, prüft das Bundesverwaltungsgericht von Amtes wegen und mit freier Kognition (vgl. BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.1.1

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 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formell-rechtlicher Hinsicht mangels anders lautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.1.2

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), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Die IVSTA ist eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG. Die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zur Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen dieser IV-Stelle ist zudem in Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ausdrücklich vorgesehen.

E. 1.1.3

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des

Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten.

E. 1.1.4

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin des angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. November 2007 (act. 94) ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Zusammenfassend ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Es ist deshalb auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.2.1

Anfechtungsgegenstand bildet der Einspracheentscheid vom 26. November 2007, mit welchem der Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint wurde. Streitig und zu prüfen ist dieser Anspruch und in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Vorinstanz den Sachverhalt insbesondere in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 1.2.2

Nicht Streitig und zu prüfen ist der Übergang der Zuständigkeit von der IV-Stelle TG auf die IVSTA. Das diesbezügliche Vorgehen der kantonalen IV-Stelle gibt denn auch mit Blick auf die besonderen Umstände im vorliegenden Verfahren (Inhaftierung und Nichtverlängerung der erloschenen Aufenthaltsbewilligung und Wegweisung; Beilage 10 zu B-act. 1) zu keinen Beanstandungen Anlass.

E. 1.3

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. 2.1

Der Versicherte liess beschwerdeweise unter anderem ausführen, sowohl die Verfügung vom 5. April 2006 als auch der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. November 2007 seien ungenügend begründet worden. Hinsichtlich dieser geltend gemachten Verletzung der Begründungspflicht als Teilaspekt des Verbots formeller Rechtsverweigerung ist Folgendes festzustellen:

E. 2.2

Die Vorinstanz hat in ihrer Verfügung vom 5. April 2006 kurz die Rechtsnormen und die Überlegungen genannt, von denen sie sich hat leiten lassen (act. 87). Nach erfolgter Einsprache vom 20. Mai 2006 (act. 88) führte die Vorinstanz zur Begründung des im vorliegenden Verfahren angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. November 2007 aus, aufgrund der Vorbringen in der Einsprache hätte kein Anlass dazu bestanden, das Dossier erneut dem ärztlichen Dienst zu unterbreiten. Die Vorinstanz stützte sich deshalb weiterhin auf die Schlussfolgerung des RAD-Arztbeschlusses, wonach ab 10. März 2000 zwar vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeit bestanden, diese jedoch nach Ablauf der einjährigen gesetzlichen Wartezeit nicht mehr vorgelegen hätte (act. 94). Aufgrund dieser Umstände sowie unter dem Aspekt, dass sich die Vorinstanz im Rahmen von Art. 49 Abs. 3 ATSG

weder ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung noch jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss, sondern sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken kann (BGE 124 V 181 E. 1a; SVR 1996 UV Nr. 62 E. 4; RKUV 1994 K 928 S. 12 E. 2b), ist vorliegend nicht von einer Verletzung der Begründungspflicht auszugehen.

E. 2.3

Hinsichtlich der in der Replik vom 30. April 2008 in Bezug auf das psychiatrische und orthopädische Gutachten geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs ist festzustellen, dass der Rechtsvertreterin im vorliegenden Beschwerdeverfahren, in welchem vom BVGer sowohl der Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüft werden kann, Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt worden war. Unter diesen Umständen und weil die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse des Beschwerdeführers an einer förderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären, kann die gerügte Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten und ist von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Vorinstanz abzusehen (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1, 127 V 431 E. 3d aa, 126 I 68, 126 V 130 E. 2b, 116 V 182 E. 3d; SVR 2008 IV Nr. 6 S. 15 E. 3.5; RKUV 1998 U 309 S. 461 f. E. 4c).

E. 3

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

E. 3.2

Der Beschwerdeführer ist kroatischer Staatsangehöriger. Nach Art. 4 des Abkommens vom 9. April 1996 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.291.1) stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 2 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist (vgl. Art. 29 Abs. 4 IVG, siehe unten E. 4.3.4). Bestimmungen, die hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente von dem in Art. 4 des Abkommens aufgestellten Grundsatz der Gleichstellung der jeweiligen Staatsangehörigen abweichen, finden sich weder im Abkommen selbst noch in den seither getroffenen schweizerisch-kroatischen Vereinbarungen. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind daher Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D).

E. 3.3

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene

Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass des Einspracheentscheids vom 26. November 2007 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 1988 in der Fassung vom 9. Oktober 1986 [AS 1987 447; 2. IV-Revision], ab dem 1. Januar 1992 in der Fassung vom 22. März 1991 [AS 1991 2377; 3. IV-Revision], ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision). Für die Prüfung des Rentenanspruchs ab 1. Januar 2003 ist sodann das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG anwendbar. Da die darin enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit, der Invalidität und der Einkommensvergleichsmethode den bisherigen von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung entsprechen und die von der Rechtsprechung dazu herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG weiterhin Geltung haben (BGE 130 V 343), wird im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen.

E. 3.4

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 (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7): 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). 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. 3.5

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 offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b). Grundlage für die Bemessung der Invalidität bildet die trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung noch bestehende Arbeitsfähigkeit im versicherten Tätigkeitsbereich. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG im Besonderen setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 65 E. 3.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann zu arbeiten (BGE 127 V 294 E. 5a). Diese Frage beurteilt sich nach einem weitgehend objektivierten Massstab (BGE 127 V 294 E. 4b/cc). Die Therapierbarkeit oder Behandelbarkeit einer psychischen Störung sagt, für sich allein betrachtet, nichts über deren invalidisierenden Charakter aus. Für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente im Besonderen ist immer und einzig vorausgesetzt, dass während eines Jahres (ohne wesentlichen Unterbruch) eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (seit 1. Januar 2008: Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) bestanden hat und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit gemäss Art. 16 ATSG oder Art. 8 Abs. 3 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 2bis und 2ter IVG (seit 1. Januar 2008: Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG) weiterhin besteht (BGE 127 V 298 Erw. 4c; vgl. auch E. 3.6 hiernach).

E. 3.6

Laut Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 1988 bis Ende 2003 gültig gewesenen Fassung [AS 1987 447]) besteht der Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn der Versicherte mindestens 40 %, auf eine halbe Rente, wenn er mindestens 50 % und auf eine ganze Rente, wenn er mindestens zu zwei Dritteln invalid ist. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 1988 bis Ende 2003 bzw. in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Nach der Rechtsprechung des EVG stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 3.7

Gemäss Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG (in der ab Januar 1988 bis Ende Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in

dem der Versicherte mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war. Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Nach Art. 48 IVG (mit Wirkung ab 1. Januar 2008 durch Ziff. I des IVG vom 6. Oktober 2006 aufgehoben [5. IV-Revision; AS 2007 5129]) erlischt der Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war (Abs. 1). Meldet sich jedoch ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs zum Leistungsbezug, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme vornimmt (Abs. 2).

E. 3.8

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit besteht. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen

Bericht genügen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 sowie I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, beide mit Hinweisen).

E. 4

Die Vorinstanz stütze sich im Rahmen des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids vom 26. November 2007 (act. 94) insbesondere auf die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dres. med. C._____ (Allgemeinmedizin FMH) und D._____ (Psychiatrie und Psychotherapie) vom 19. und 25. Januar (act. 84 und 84a) sowie vom 28. März 2006 (act. 86). Diese Fachärzte äusserten sich dabei im Wesentlichen zum Bericht der orthopädischen Chirurgin Dr. med. G._____ vom 19. Mai 2005 (act. 80 und 81) sowie zu undatierten Gutachten der Psychiaterin Dr. med. H._____ und der Psychologin I._____ (act. 82).

E. 4.1

Am 19. Januar 2009 erwähnte Dr. med. C._____ als Hauptdiagnose einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie eine Dysthymia (ICD-10: F34.1). Als Nebendiagnosen führte er ein Cervicalsyndrom auf degenerativer Grundlage ohne neurologische Ausfälle (ICD-10: M50.3) sowie ein cervico-cephales Schmerzsyndrom bei einem Status nach drei HWS-Traumen an. Weiter berichtete er, das psychiatrische Gutachten sei widersprüchlich und ungenau, weshalb dieses durch einen Psychiater des RAD beurteilt werden sollte.

E. 4.2

Der Schlussbericht von Dr. med. C._____ vom 25. Januar 2006 beinhaltet die Stellungnahme des RAD-Psychiaters Dr. med. D._____ zum psychiatrisch-psychologischen Gutachten. Dieser führte aus, Dr. med. H._____ habe beim Versicherten als Folge dreier Verkehrsunfälle eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Die körperlichen Folgen seien HWS-Traumen mit Cervicalsyndrom und Schmerzen gewesen. Ein Bagatellfall könne keine posttraumatische Belastungsstörung auslösen. Die Diagnose einer Dysthymia sei von der beschriebenen Symptomatik stimmig nachvollziehbar. Dr. med. C._____ wiederholte sodann die bereits erwähnten Diagnosen und führte weiter aus, die drei Unfälle hätten zu keinen bleibenden Schäden im HWS-Bereich geführt. Festgestellt würden leichte degenerative Veränderungen der HWS. Dem Versicherten seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sicher zumutbar. Die posttraumatische Belastungsstörung weise nach der Auffassung des Psychiaters nicht die nötige Schwere auf, um eine vollständige Invalidität zu begründen. Es sei zu erwähnen, dass dem Versicherten die spätere Einreise in die Schweiz verwehrt

worden sei, was zu finanziellen Problemen und Ängsten für die Zukunft führen könne. Bei der Dysthymia handle es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Die mögliche Invalidität sei auf invaliditätsfremde Faktoren zurückzuführen und könnten von der IV nicht berücksichtigt werden.

E. 4.3

In seiner Stellungnahme vom 28. März 2006 berichtete Dr. med. C. _____ weiter, die posttraumatische Belastungsstörung nach drei kleinen Unfällen ohne bleibenden orthopädischen Befund (siehe Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 19. Oktober 2005) sei nicht derart zu werten, dass daraus eine schwere Invalidität mit bleibender Arbeitsunfähigkeit resultiere. Der Versicherte habe auch nach dem ersten Unfall weitergearbeitet (siehe Arbeitgeberbericht vom 9. Juli 2000). Trotzdem sei er vom damals behandelnden Arzt Dr. med. F. _____ ab 10. März 2000 krank geschrieben worden, was widersprüchlich sei. Nach der Arbeitsaufgabe sei er selbst zuerst in die Türkei und dann nach Albanien gefahren, was bei einer schweren Unfallfolge wohl nicht zu bewerkstelligen sei (siehe Bericht der X. _____ vom 23. August 2001). Somit liege eine unglaubliche Situation bezüglich der geforderten Krankheitsschwere vor. Die Verhaftung sei eine viel grössere psychische Belastung gewesen, welche zu einer Belastungsstörung im Sinne von ICD-10: F43.1 führen könne und eindeutig als invaliditäts-fremd zu beurteilen sei. Die diagnostizierte Dysthymie weise nicht die nötige Schwere auf, um eine Invalidität zu begründen. Obwohl die oben aufgeführte Erklärung nicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem ersten Unfall zur Folge gehabt habe, wie durch Dr. med. F. _____ bestätigt, könne ein vorübergehendes HWS-Distorsionstrauma angenommen werden nach dreimaliger Einwirkung auf die HWS, weshalb maximal ein Jahr nach Unfall wieder eine volle Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne (Erfahrungswert). Deshalb sei das Datum 10. März 2001 realistisch. Am 15. Mai 2001 sei der Versicherte für ein Jahr ohne gesundheitliche Vorbehalte verhaftet worden.

E. 4.4

In seinem Bericht vom 19. Oktober 2005 hielt die orthopädische Chirurgin Dr. med. G. _____ dafür, dass der Versicherte an degenerativen Veränderungen der HWS leide, welche nach der "Halsverletzung" aktuell geworden seien. Wegen den subjektiven Schwierigkeiten und den objektiven Befunden sei der Versicherte nicht in der Lage, eine mit langdauerndem Stehen oder Gewichte heben verbundene Tätigkeit auszuführen (act. 81).

E. 4.5

Im Gutachten der Psychiaterin Dr. med. H. _____ und der Psychologin I. _____ wurde zusammengefasst ausgeführt, im Untersuchungszeitpunkt habe der Beschwerdeführer über Nervosität, Kopfschmerzen und Schmerzen in der linken Schulter und am Arm geklagt. In psychologischer Hinsicht leide er unter anderem an schlechter Laune, mangelnder Toleranz, Konflikten, Gleichgültigkeit, Initiativ-, Antriebs- und Schlaflosigkeit mit Albträumen. In Bezug auf die Familienmitglieder und soziale Kontakte sei er verschlossen, intolerant, ungeduldig und impulsiv. Die Behandlung nach den Unfällen sei hauptsächlich auf die somatischen Beschwerden gerichtet gewesen. Er sei nicht motiviert, eine psychiatrische Behandlung anzugehen, welche bisher inkonsequent, inadäquat und ungenügend gewesen

sei. Der Versicherte habe sofort nach dem ersten Unfall intensive Angst erlebt, und die zwei weiteren Unfälle hätten zu einer Kumulation dieses Angstgefühls geführt; er leide diesbezüglich an repetitiven Flash backs. Als Folge der Reaktion auf die kumulierten Angstsymptome habe der Versicherte akute Stressreaktionen erfahren, gefolgt von einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der aktuelle physische Zustand des Versicherten habe sich gebessert, aber der psychische Zustand sei chronisch depressiv; dieser zeige eine Invalidität bescheidenen Grades. Aktuell sei er nicht fähig zu arbeiten. Eventuell könne der Gesundheitszustand in psychischer Hinsicht verbessert werden.

E. 4.6

Die Berichte bzw. Stellungnahmen der Dres. med. C. _____ und D. _____ basieren zwar nicht auf eigenen Untersuchungen und Befunderhebungen durch den RAD und sind nicht als Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV zu qualifizieren. Dennoch erfüllen diese Berichte grösstenteils die an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Kriterien. Sie sind übereinstimmend, in sich schlüssig, nachvollziehbar begründet, und es bestehen keine schwerwiegenden Indizien gegen deren Zuverlässigkeit. Hinzu kommt, dass sie für die streitigen Belange umfassend sind, die geklagten Beschwerden berücksichtigen und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden. Demnach lässt sich der gesamtheitliche Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren grundsätzlich schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. zum Ganzen E. 3.7 hiervor; vgl. aber E. 4.6.1 ff. hiernach) und den Berichten des medizinischen Dienstes der Vorinstanz kommt volle Beweiskraft zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

E. 4.6.1

Betreffend die im Zusammenhang mit den Unfallereignissen aus dem Jahre 2000 erlittenen Verletzungen bzw. der diagnostizierten Leiden zeigen die vorliegenden medizinischen Akten kein einheitliches Bild. Zwar diagnostizierte der damals behandelnde Arzt Dr. med. J. _____ im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. März 2000 ein cervikothorakales Schmerzsyndrom bzw. eine HWS-Distorsion (act. 9/7, 9/11 bis 9/12 und 9/18 bis 9/19). Im Zusammenhang mit dem zweiten Unfall vom 29. März 2000 wurde der Beschwerdeführer gemäss anfänglicher Berichterstattung von Dr. med. J. _____ überhaupt nicht verletzt (act. 9/14 und 9/15). Hinsichtlich des dritten Unfalls vom 17. April 2000 ergaben sich anlässlich der Untersuchung vom 18. April in der K. _____ keine Hinweise auf ossäre bzw. ligamente Läsionen. Auch ergaben die Inspektion des linken Auges und die Spiegelung keinen Hinweis auf eingedrungene Fremdkörper (act. 9/4). Gemäss Dr. med. J. _____ zog sich der Versicherte auch bei diesem Unfall keine typische HWS-Verletzung, sondern bloss eine Prellung der linken Schulter mit konsekutiver Verspannung bis zur HWS ziehend zu (9/4, 9/10 und 9/13). Unter diesen Umständen ist zwar nicht restlos schlüssig und widerspruchsfrei nachvollziehbar, weshalb Dr. med. J. _____ entgegen seiner früheren Beurteilungen im ärztlichen Zwischenbericht vom 10. Oktober 2000 neu von einem cervikocephalen Schmerzsyndrom nach drei HWS-Traumen spricht (act. 9/29; vgl. auch act. 12). Da diesbezügliche weitere Beweismassnahmen insbesondere auch mit Blick auf den Zeitablauf mit überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu keinem weiterführenden Ergebnis führen würden, kann auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1). Dies verstösst weder gegen den Untersuchungsgrundsatz noch gegen den Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148;

nicht publ. E. 4.2.1 des Urteils BGE 129 V 11, in SVR 2003 AHV Nr. 4 S. 9 [H 26/02]; Urteil 8C_908/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 4.2.4). Hinzu kommt in diesem Zusammenhang, dass eine Diagnose für sich allein noch keinen Schluss auf die gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4).

E. 4.6.2

Auch Dr. med. F. _____ ging von einem Status nach drei HWS-Distorsionen aus resp. attestierte dem Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 10. März 2000 bis auf weiteres (act. 9/25 bis 9/28, 9/30, 9/31, 11). Auf die Beurteilung dieses Facharztes kann nicht abgestellt werden: Nicht in erster Linie aufgrund der Diagnosestellung, sondern deshalb, weil Dr. med. F. _____ keine schlüssige und nachvollziehbare Begründung für die attestierte Arbeitsunfähigkeit abgegeben hat. Immerhin ergab sich am 27. März 2001 ein altersentsprechend normales cranio-cerebrales Kernspintogramm mit regelrechter Darstellung der Mittellinienstrukturen und des Ventrikelsystems, insbesondere ohne Nachweis fokaler hirnormischer Läsionen bzw. einer andersartigen, morphologisch fassbaren Ursache für das klinische Beschwerdebild (act. 9/32). Gegen eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit in invalidisierendem Ausmass über den Monat März 2001 hinaus spricht auch der Umstand, dass sich der Versicherte im Mai 2001 und somit nach dem am 27. März 2001 durchgeführten MRT per Auto offenbar Richtung Türkei begab bzw. später in Albanien verhaftet wurde (act. 17 und 20). Hinzu kommt schliesslich, dass die Dauer, während der eine (vorbestehende) Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei (wie im vorliegenden Fall) Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr beträgt (vgl. Urteile des Bundesgerichts U 7/07 vom 9. Januar 2008, E. 2.2, mit Hinweis auf Urteil U 241/06 vom 26. Juli 2007, E. 2.2.3).

E. 4.6.3

Zwar berichteten die RAD-Ärzte Dres. med. C. _____ und D. _____ ebenfalls von einem Status nach drei HWS-Traumata. Ob dem tatsächlich so gewesen war bzw. ist, lässt sich nach dem Dargelegten zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen. Überwiegend wahrscheinlich ist gemäss den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen von Dr. med. C. _____ jedoch, dass die drei Unfälle zu keinen bleibenden Schäden im Bereich der HWS geführt haben und bloss leichte degenerative Veränderungen hatten festgestellt werden können. Unter diesen Umständen leuchtet auch ohne weiteres ein, dass dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (sitzend und/oder mit Positionswechsel) zumutbar sind. Zwar erachtete Dr. med. C. _____ auch körperlich angepasste Tätigkeiten im Service (Kellner) als zumutbar. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers liegt in dieser Beurteilung kein Widerspruch zu derjenigen von Dr. med. G. _____, wonach dem Versicherten langdauerndes Stehen oder Gewichte heben nicht zumutbar seien. Denn die Servicetätigkeit beinhaltet weder vorwiegend langdauerndes Stehen an Ort und Stelle noch ist die Bedienung der Gäste mit anhaltendem Heben von Gewichten über fünf bis zehn Kilogramm verbunden. Hinzu kommt, dass Dr. med. C. _____ zahlreiche weitere Beispiele von zumutbaren, den gesundheitlichen Beeinträchtigungen angepassten Verweistätigkeiten in diversen Erwerbszweigen aufgeführt hatte. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers machte Dr. med. G. _____ sehr wohl eine klare Aussage zum Grad

der Arbeitsunfähigkeit: Die Ausführungen, wonach der Versicherte nicht in der Lage sei, eine Tätigkeit auszuüben, welche mit lang andauerndem Stehen oder mit Heben von Gewichten verbunden sei, beinhaltet zumindest implizit auch, dass alle anderen Tätigkeiten medizinisch-theoretisch zumutbar sind. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde von Dr. med. C._____ korrekt nach der Tätigkeit beurteilt, welche er - im Rahmen der Schadenminderungspflicht - nach seinen persönlichen Verhältnissen und nach der Anpassungszeit im Anschluss an den ersten Unfall von März 2000 bei gutem Willen ausüben könnte (BGE 115 V 133 E. 2; Urteil des EVG vom 18. September 2002 E. 2.2, U 1/01). Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Kritik, dass die IV verpflichtet sei, ihm eine Verweisungstätigkeit anzugeben, die er ausüben könne, ist festzuhalten, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203 E. 5.1 [9C_830/2007]; AHI 1998 S. 287 E. 3b) und demnach die Umschreibung von Dr. med. C._____ den entsprechenden formell- und materiellrechtlichen Erfordernissen genügt.

E. 4.6.4

In psychiatrischer Hinsicht ergibt sich, dass betreffend die im psychiatrisch/psychologischen Gutachten diagnostizierten Dysthymia auch Dr. med. D._____ der Ansicht war, dass diese Diagnose aufgrund der beschriebenen Symptomatik stimmig nachvollziehbar sei. Betreffend die weiter diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung ist festzuhalten, dass eine solche als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses (kurz- oder langanhaltend) entsteht, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (vgl. ICD-10: 43.1). Aufgrund dieser Beschreibung und mit Blick auf die vom Versicherten erlittenen leichten Unfälle erscheinen die Ausführungen von Dr. med. D._____, wonach die Unfallereignisse keine posttraumatische Belastungsstörung hätten auslösen können, als durchaus schlüssig und überzeugend. Konkrete Hinweise darauf, dass durch die Inhaftierung tatsächlich eine posttraumatische Belastungsstörung hervorgerufen worden wäre, finden sich in den Akten keine und wurden überdies auch nicht geltend gemacht. Betreffend die im psychiatrisch-psychologischen Gutachten aufgrund der nicht nachvollziehbaren posttraumatischen Belastungsstörung abgegebenen Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist weiter festzustellen, dass die Aussage, der Beschwerdeführer sei aktuell nicht mehr arbeitsfähig, im Widerspruch steht zu derjenigen, wonach zwar der psychische Zustand chronisch depressiv sei, die daraus resultierende Invalidität jedoch bloss einen geringen Grad aufweise. Aufgrund dieses Widerspruchs kann dieses Gutachten nicht als rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage herangezogen werden und sah sich auch Dr. med. C._____ zu Recht zur Empfehlung veranlasst, die entsprechende Expertise durch einen Psychiater beurteilen zu lassen. Hinzu kommt, dass die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit auch zu einem grossen Teil auf den subjektiven Ausführungen des Versicherten beruht und überdies mit Blick auf die Ausführungen der Psychiaterin Dr. med. H._____ und der Psychologin I._____ der Schluss nahe liegt, dass im Rahmen der Erstellung der Expertise wohl eher von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell ausgegangen wurde, welches weiter gefasst ist als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Schliesslich muss in Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten im Rahmen der

sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 130 V 396 E. 5.3.2), was im vorliegenden Fall gemäss der Stellungnahme des RAD-Psychiaters Dr. med. D. _____ nur in beschränktem Ausmass (bzw. hinsichtlich der Dysthymie) zutrifft. In diesem Zusammenhang ist zusätzlich festzuhalten, dass sich der Versicherte bis heute keiner adäquaten psychotherapeutischen Behandlung unterzogen hat, was einen weiteren Hinweis dafür liefert, dass sich der psychisch-psychiatrische Zustand bzw. dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu keinem Zeitpunkt derart schlecht - wie in der psychiatrisch/psychologischen Expertise teilweise beschrieben - präsentiert hatte bzw. präsentiert. Denn mit Blick auf die Ausführungen im psychiatrisch-psychologischen Gutachten ist überwiegend wahrscheinlich, dass sich der (subjektive) Zustand des Beschwerdeführers durch geeignete und konsequent durchgeführte Therapiemassnahmen und Medikation verbessern lässt. Dieser ist denn auch daran zu erinnern, dass er aufgrund der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) unverzüglich die entsprechenden Massnahmen zu ergreifen hat.

E. 4.6.5

Die von der Rechtsvertreterin geäusserten Kritik, die Untersuchungen seien nicht wie ursprünglich geplant in der E. _____ durchgeführt worden, erweist sich als unbegründet. Auf die Nachholung dieser Begutachtung kann aufgrund der grundsätzlich schlüssigen und überzeugenden Ausführungen der RAD-Ärzte verzichtet werden und es kann der Vorinstanz nicht vorgeworfen werden, sie sei im Zusammenhang mit der Durchführung von medizinischen Abklärungen ihrem gesetzlichen Abklärungsauftrag nicht nachgekommen, hat sie doch medizinische Untersuchungen im Ausland veranlasst.

E. 4.6.6

Schliesslich können auch die am 31. August 2004 von der Rechtsvertreterin der IVSTA eingereichten ausländischen medizinischen Berichte nicht als Entscheidungsgrundlage dienen, da die entsprechenden Dokumente entweder keine Ausführungen hinsichtlich der verbliebenen Restarbeits- und -leistungsfähigkeit enthalten oder diese nicht rechtsgenügend begründet wurden (act. 56 bis 57). Dies gilt im Übrigen auch für die am 6. Oktober 2004 nachgereichten medizinischen Akten aus dem Ausland (act. 59, 60 und 62). Angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer im "Fragebogen für den Versicherten" festgehalten hatte, dass er aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeiten könne (act. 61), ist festzuhalten, dass die in diesem Zusammenhang stehenden bzw. zu beantwortenden Fragen in den Kompetenzbereich von Fachärztinnen oder Fachärzten fällt und nicht in denjenigen von versicherten Personen.

E. 5

Nach dem Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach Ablauf der einjährigen gesetzlichen Wartezeit (Beginn: 10. März 2000 [1. Unfall]) ab März 2001 seine angestammte Tätigkeit weiterhin in vollem Ausmass ausüben könnte. Entgegen seiner Auffassung trifft es nicht zu, dass aktuell nur mittels Anfertigung eines Gutachtens überhaupt festgestellt werden könne, ob und ab wann eine Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Dass Dr. med. C. _____ im Zusammenhang mit der Festlegung der wieder erlangten vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auf Erfahrungswerte abgestellt hat, lässt sich aufgrund der vorliegenden Konstellation bzw. der medizinischen Situation nicht

beanstanden (vgl. hierzu auch E. 4.6.1 ff. hiervor). Aufgrund der ab März 2001 bestehenden 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit erübrigt sich im Zusammenhang mit der Bemessung der Invalidität die Durchführung eines (bezahlten) Einkommensvergleichs. Der Beschwerdeführer hat demnach keinen Anspruch auf eine IV-Rente. In Bezug auf die von der Unfallversicherung über den 9. März 2001 hinaus ausgerichteten Taggelder ist abschliessend darauf hinzuweisen, dass die - im Rahmen der Prüfung der Rentenfrage vorzunehmende bzw. vorliegend soweit ersichtlich nicht vorgenommene - Invaliditätsschätzung des Unfallversicherers gegenüber der IV keine Bindungswirkung entfaltet (vgl. BGE 133 V 549 E. 6), was im Übrigen auch im umgekehrten Verhältnis gilt (vgl. BGE 131 V 362 E. 2.2.1 und 2.2.2 mit Hinweisen).

E. 6

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid der Vorinstanz vom 26. November 2007 als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 14. Januar 2008 als unbegründet abzuweisen ist.

E. 7

Zu prüfen bleibt noch das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege.

E. 7.1

Gemäss Art. 65 Abs. 1 VwVG kann eine Partei, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und deren Begehren nicht als aussichtslos erscheint, auf Antrag von der Bezahlung der Verfahrenskosten befreit werden. Nach Abs. 2 dieser Bestimmung kann der Partei ein Anwalt bestellt werden, wenn es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist.

E. 7.1.1

Eine Person ist bedürftig, wenn sie nicht in der Lage ist, für die Prozesskosten aufzukommen, ohne dass sie Mittel beanspruchen müsste, die zur Deckung des Grundbedarfs für sie und ihre Familie notwendig sind (BGE 127 I 202 E. 3b). Aufgrund der eingereichten Unterlagen (B-act. 7 und 9) ist die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ausgewiesen, da er ohne Beeinträchtigung des für ihn nötigen Unterhalts nicht in der Lage ist, die Prozesskosten zu bestreiten.

E. 7.1.2

Prozessbegehren sind gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts als aussichtslos anzusehen, wenn die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet; BGE 124 I 304 E. 2c, 122 I 5 E. 4a) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zur Einlegung des Rechtsmittel entschliessen oder aber davon absehen würde, soll doch eine Partei einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 129 I 129 E. 2.3.1 mit Hinweis). Das Begehren des Beschwerdeführers kann vor diesem Hintergrund nicht als aussichtslos bezeichnet werden, weshalb auf die Erhebung von Gerichtskosten zu verzichten ist. Da der Beschwerdeführer zudem nicht in der Lage war, seine Rechte in ausreichendem Masse selber wahrzunehmen, ist auch das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung gutzuheissen.

E. 7.2

Die Entschädigung der Rechtsvertreterin wird unter Berücksichtigung des normalerweise in ähnlich gelagerten Fällen gebotenen und aktenkundigen Anwaltsaufwands auf pauschal Fr. 2'500.-- (inkl. Auslagen) festgesetzt (Art. 65 Abs. 5 VwVG in Verbindung mit Art. 14 Abs. 2 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Diese Entschädigung ist aus der Gerichtskasse zu leisten. Hinzuweisen ist auf Art. 65 Abs. 4 VwVG, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn sie später zu hinreichenden Mitteln gelangt.

E. 7.3

Die Vorinstanz als obsiegende Partei hat keinen Anspruch auf eine Entschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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