

BVGer C-3054/2015 vom 8. November 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3054_2015

FR: TAF C-3054/2015 du 8 novembre 2017

IT: TAF C-3054/2015 del 8 novembre 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gestützt auf Art. 3 Bst. dbis VwVG findet dieses Gesetz in Sozialversicherungssachen jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist, was gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG für die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70) zutrifft, soweit das IVG nicht ausdrücklich davon abweicht.

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Damit ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, womit auf die Beschwerde einzutreten ist.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und mit Wohnsitz in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die

gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1).

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind - besondere übergangsrechtliche Regelungen vorbehalten - jene materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Der Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu beurteilen (vgl. BGE 130 V 445). Vorliegend sind das IVG, die IVV (SR 831.201) und das ATSG gemäss der 5. IV-Revision (in Kraft seit 1. Januar 2008; AS 2007 5129) und der IV-Revision 6a (in Kraft seit 1. Januar 2012; AS 2011 5659) zu beachten. Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des BVGer C-2656/2015 vom 24. Februar 2016 E. 3.4 m.H.).

E. 2.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung (hier: 7. April 2015) eingetretenen Sachverhalt ab. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügung sein (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1 sowie BGE 121 V 362 E. 1b je m.H.).

E. 3.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft im vorliegenden Verfahren 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. 3.2.1

Anfechtungsobjekt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung vom 7. April 2015, mit welcher die Vorinstanz dem Beschwerdeführer beschränkt auf den Zeitraum vom 1. Juni 2011 bis 31. März 2013 eine ganze Rente zusprach und einen darüber hinausgehenden Anspruch verneinte.

E. 3.2.2

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen, seither mehrfach bestätigt). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (statt vieler: Urteil des EVG I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3). Zwischen den Parteien strittig ist insbesondere, ob ein über den 31. März 2013 hinausgehender Rentenanspruch besteht und der diesbezügliche Sachverhalt hinreichend abgeklärt ist. Zu prüfen ist jedoch

auch die Rechtmässigkeit der Zusprache einer Rente ab Juni 2011.

E. 4

Im Folgenden werden die für die Beurteilung der Streitsache massgebenden Bestimmungen des Invalidenversicherungsrechts und die von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargelegt.

E. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer - das heisst während mindestens drei Jahren (Art. 36 Abs. 1 IVG) - Beiträge an die AHV/IV geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Falls die Mindestbeitragsdauer mit schweizerischen Versicherungszeiten nicht erfüllt ist, müssen bei Schweizern und Angehörigen von EU/EFTA-Staaten Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind. Beträgt allerdings die Beitragszeit in der Schweiz weniger als ein Jahr, so besteht kein Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente (ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N. 4; vgl. auch Rz. 3005 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV [KSBIL], gültig ab 4. April 2016, Stand: 4. April 2016).

E. 4.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.3

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, T. _____ 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) IV-Stelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c-g IVG).

E. 4.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben.

E. 4.4.1

Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt sie zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f. m. H.).

E. 4.4.2

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c).

E. 4.4.3

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht der Richter bei Gutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Verwaltung und der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Eine abweichende Beurteilung kann etwa gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 f. m.w.H.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.).

E. 4.4.4

Die regionalen ärztlichen Dienste stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV).

E. 4.5

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.).

E. 5.1

Der Beschwerdeführer war zwischen 2009 und 2010 während 15 Monaten in der Schweiz erwerbstätig und war zuvor in Deutschland während 42 Monaten versichert (IV-act. 48, 83/2, 85). Damit erfüllt er die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine Invalidenrente gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG.

E. 5.2

Die Vorinstanz sprach dem Beschwerdeführer mit der angefochtenen Verfügung rückwirkend vom 1. Juni 2011 bis 31. März 2013 eine ordentliche ganze Rente zu.

E. 5.2.1

Eine Verfügung über eine befristete Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 113 V 273 E. 1a S. 275 mit Hinweisen) vorliegen. Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet damit die befristete Zusprechung der ganzen Rente, sowie deren anschliessende, nach den Grundsätzen der Rentenrevision vorgenommene Aufhebung (BGE 133 V 263 E. 6.1; BGE 131 V 16 E. 2.2 S. 165 m.H.).

E. 5.2.2

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 mit Hinweisen). 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 mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 5.2.3

Die Frage, ob im Prüfungszeitraum eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, bestimmt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung respektive Herabsetzung der Rente nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a IVV (vgl. BGE 121 V 264 E.

6b/dd, BGE 125 V 413 E. 2d in fine).

E. 5.2.4

Die massgebenden Vergleichszeitpunkte sind folglich der 1. Juni 2011 (Rentenbeginn) sowie der 31. März 2013 (Rentenaufhebung). Die IVSTA berechnete bei Ablauf der einjährigen Wartezeit einen Invaliditätsgrad von 100% (IV-act. 62). Die gleichzeitig verfügte Rentenaufhebung stützte sie auf die Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV, da sie ab dem 7. Dezember 2012 von einer massgeblichen Verbesserung des Gesundheitszustands und der Erwerbsfähigkeit ausging. Für die Zeit ab dem 7. Dezember 2012 ging sie von einem Invaliditätsgrad von 20% aus (IV-act. 62).

E. 6

Initial eingeschränkte Daumereflexion links - 26.8.2010 Röntgen Daumen: Möglicher knöcherner Defekt bei Daumenstrecksehne - 31.8.2010 Handchirurgisches Konsil: Spontane Remission der Beschwerden, Daumenbeweglichkeit wieder problemlos und nahezu beschwerdefrei

E. 6.1

Für die Zeit vor dem Unfall vom 1. Juni 2010 sind keine unfall- oder krankheitsbedingten Einschränkungen bekannt. In einer Situationsanalyse der Suva vom 27. September 2010 wird lediglich festgehalten, dass der Beschwerdeführer früher in Deutschland eine Handverletzung am linken Daumen erlitten habe, die vollständig verheilt sei (Suva-act. 1/167).

E. 6.2

Im Zeitpunkt des Rentenbeginns (1. Juni 2011) waren die folgenden medizinischen Akten massgeblich:

E. 6.2.1

Am 1. Juni 2010 stellten O._____, Dr. P._____ und Dr. Q._____ des Spitalzentrums R._____, Standort S._____ die Diagnosen atlanto-axiale Subluxation 45° Rotationsfehler, Infraktion linke Stirn-und Kieferhöhle und komplexe Nasenbeinfraktur, Infraktion Caput humeri links, ohne Dislokation und verlegten den Beschwerdeführer zur weiteren Therapie ins (...)spital T._____ (Suva-act. 1/302). Dort wurden von Dr. U._____ (Assistenzarzt Universitätsklinik für Plastische und Handchirurgie) am 2. Juni 2010 eine dislozierte extraartikuläre MC-II Spiralfaktur links, St. n. Reposition Nasenbeinfraktur, eine undislozierte Jochbeinfraktur und eine HWS Distorsion festgestellt (Suva-act. 1/316). Gleichentags berichteten Dr. U._____ und Dr. V._____ (Co-Klinikdirektorin) über eine operative offene Reposition und dorsale Plattenosteosynthese. In der abschliessenden Kontrolle zeigte sich eine anatomisch reponierte Fraktur (Suva-act. 1/274 f.). Der Beschwerdeführer blieb vom 2. bis 9. Juni 2010 im (...)spital hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 8. Juni 2010 berichteten Dr. W._____ (Assistenzarzt) und Dr. V._____, der peri- und postoperative Verlauf habe sich seitens der Wundheilung problemlos gestaltet. Auffallend sei eine allgemeine Schwäche des Patienten gewesen (Suva-act. 1/276). Am 30. Juli 2010 hielt Dr. X._____, Rehaklinik F._____, in einem handchirurgischen Konsilium fest, die klinische Untersuchung und die Röntgendokumentation zeigten betreffend die Fraktur am linken Zeigefinger einen regelrechten und zeitgerechten postoperativen Verlauf (Suva-act. 1/224 f.). Eine am 30. August 2010 aufgetretene Unbeweglichkeit des Daumenendgelenks der

linken Hand war am 31. August 2010 bereits wieder remittiert. Das Röntgenbild ergab einen möglichen St. n. ossärer Avulsionsfraktur des Kapselbandapparates auf Höhe des IPGelenks mit beginnender degenerativer Veränderung bei ansonsten regelrechten Gelenkskonturen und fehlenden Anhaltspunkten für eine Fraktur (vgl. Bericht von Dr. X._____, Rehaklinik F._____, vom 3. September 2010, Suva-act. 1/222 f.).

E. 6.2.2

Mit einem ärztlichen Zwischenbericht vom 29. Juni 2010 zu Händen der Suva hielt Dr. L._____ (Facharzt für Allgemeinmedizin) fest, der Zustand des Beschwerdeführers habe sich seit Spitalaustritt gebessert, aber seit 14 Tagen herrsche Stillstand. Es bestehe eine posttraumatische Belastungssituation mit funktionellen Beschwerden sowie diversen Schmerzen. Es sei ein Rehabilitationsaufenthalt zu organisieren (Suva-act. 1/301).

E. 6.2.3

Dr. Y._____ (leitender Arzt) und med. pract. Z._____ (Assistenzarzt) des Kantonsspitals Aa._____ (Institut für Radiologie) berichteten am 29. Juli 2010 über ein MRI des Schädels am Vortag. Sie stellten bei im Übrigen unauffälligem Befund eine kleine umschriebene Parenchymlutung im Gyrus orbitalis auf der rechten Seite mit einer Ausdehnung in ap-Richtung von etwa 10mm fest. Es gebe keine Hinweise auf intrazerebrale Schwerverletzungen und es eine intrazerebrale Raumforderung sei nicht nachgewiesen (Suva-act. 1/220 f.).

E. 6.2.4

Vom 20. Juli bis 8. September 2010 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik F._____ auf.

E. 6.2.4.1

Mit neuropsychologischem Bericht vom 6. August 2010 (Suva-act. 1/226 ff.) stellten lic. phil. C._____ (Psychologin) und Dr. D._____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie) die Diagnose einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung mit Einschränkungen der Aufmerksamkeitsfunktionen (visuelle Aufmerksamkeitsausrichtung, Daueraufmerksamkeit) und der Gedächtnisleistungen (visuell-räumliche Merkfähigkeit, kurz- und langfristige visuell-räumliche Behaltensleistungen) im Rahmen eines postkontusionellen Syndroms (ICD-10: F07.2). Dazu führten sie aus, der Patient sei affektiv in positiver Stimmung mit guter Schwingungsfähigkeit. Er habe berichtet, in den letzten Tagen etwas erschöpft gewesen zu sein von den vielen Therapien. Im sozialen Kontakt sei er freundlich, interessiert und differenziert gewesen. Er habe das Unfallgeschehen und seine aktuellen Beschwerden verständlich und adäquat schildern können. In der Untersuchungssituation hätten sich keine Verhaltensauffälligkeiten gezeigt. Die Belastbarkeit habe in der zweieinhalbstündigen Untersuchung nicht reduziert gewirkt. In der zusammenfassenden Beurteilung äusserten die Mediziner, es hätten sich Einschränkungen der Daueraufmerksamkeit, der visuell-räumlichen Merkfähigkeit sowie der kurz- und mittelfristigen visuell-räumlichen Behaltensleistungen gezeigt. Die weiteren getesteten Aufmerksamkeitsleistungen, die Exekutivfunktionen sowie die visuokonstruktiven Fähigkeiten seien unauffällig gewesen. Im Vordergrund würden die Beeinträchtigungen bei den visuell-räumlichen Gedächtnisleistungen sowie bei den längerfristigen Aufmerksamkeitsanforderungen stehen. Die Befunde seien mit einer rechtshemisphärischen frontalen Hirnverletzung gut vereinbar. Die Beeinträchtigungen bei der visuellen Aufmerksamkeitsausrichtung seien in einer wiederholten Überprüfung der

Testaufgabe nicht mehr messbar gewesen. Hinweise auf eine Persönlichkeitsveränderung hätten sich keine ergeben. Der Symptomvalidierungstest habe keine Hinweise auf eine bewusstseinsferne Verdeutlichung oder bewusstseinsnahe Aggravation der Beschwerden ergeben (Suva-act. 1/229 f.). Die Funktionsfähigkeit wurde als bei Tätigkeiten mit höheren kognitiven Anforderungen momentan deutlich eingeschränkt eingestuft. Schliesslich wurde empfohlen, aufgrund des Läsionsortes im Gyrus orbitalis rechts allfällige auftretende Verhaltensauffälligkeiten im Sinne einer Persönlichkeitsveränderung zu beobachten und bei Bedarf eine Fremdanamnese einzuholen (Suva-act. 1/230).

E. 6.2.4.2

In seinem neurologischen Bericht vom 11. August 2010 (Suva-act. 1/218 f.) hielt Dr. E._____ (Spezialarzt für Neurologie) insbesondere fest, die vom Patienten angegebenen passageren kognitiven Veränderungen in den letzten Tagen seien nicht auf eine organische Basis zurückführen. Unterdessen habe sich die Merkfähigkeit auch wieder vollständig normalisiert. Im Rahmen des Unfalls habe sich keine leichte traumatische Hirnverletzung ereignet, die Kriterien dazu seien nicht erfüllt. Die kleine Einblutung im Gyrus orbitalis rechts sei klinisch nicht relevant und habe keine therapeutische Konsequenz. Sie werde sich spontan resorbieren.

E. 6.2.4.3

Mit Austrittsbericht von Dr. Bb._____ (Assistenzarzt Rehaklinik F._____) und Dr. Cc._____ (Facharzt physikalische Medizin und Rehabilitation) vom 8. September 2010 (Suva-act. 1/232 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Traumatische Hirnverletzung - 28.7.2010 MRI Kopf mit Hämosiderinsequenzen: Kleine Einblutung im Gyrus orbitalis rechts mit Ausdehnung ca. 10mm in ap-Richtung - 4.8.2010 Neuropsychologische Abklärung: Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung - 10.8.2010 Neurologisches Konsil Dr. E._____: keine neurologischen Auffälligkeiten - 16.8.2010 Konsultation Prof. Dd._____, leitender Neurologe RK F._____: St. n. traumatischer Hirnverletzung mit konsekutiver neuropsychologischer Störung 2. Komplexe Nasenbeinfraktur, undislozierte Jochbeinfraktur, Infraktion linke Stirn und Kieferhöhle - 1.6.2010 Nasenbeinreposition und RQW-Versorgung 3. HWS-Distorsion QTF IV mit atlanto-axialer Subluxation, 45° Rotationsfehler 4. Infraktion Caput humeri links ohne Dislokation 5. Dislozierte extraartikuläre Metacarpale II-Spiralfraktur links - 2.6.2010 Offene Reposition und dorsale Plattenosteosynthese - 21.7.2010 Röntgen: normaler Heilungsverlauf, keine Lockerungszeichen - 27.7.2010 Handchirurgisches Konsil: sukzessive Belastungssteigerung bis zur Vollbelastung. Kraftaufbau und Quengellung zur Faustschlussverbesserung empfohlen.

E. 6.2.5

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. L._____ (Facharzt für Allgemeinmedizin) berichtete am 4. Oktober 2010 (IV-act. 13), dieser leide aktuell an den Symptomen Leistungsschwäche, ausgeprägter Erschöpfbarkeit, brennender HWS resp. Nackenschmerzen und Kopfdruck. Den Befund beschrieb er wie folgt: Elektrizieren der Füsse bei HWS Flexion, leicht eingeschränkte Handbeweglichkeit links, v.a. Flexion, Opposition des Daumens, Konzentrationsstörungen, vermindertes Kurzzeitgedächtnis, Ängstlichkeit, Unsicherheit, Panikattacken unter Belastung. Prognose: Die Symptomatik verbessert sich langsam und schleppend. Ob die Beschwerden v.a. im HWS Bereich dauerhaft verschwinden wird sich im Verlauf noch zeigen. Seit dem 1. Juni 2010 und bis

auf weiteres bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die Einschränkungen (Erschöpfbarkeit, Unsicherheit, Angst, leichter Schwindel) liessen sich durch medizinische Massnahmen vermindern (Physio- und Ergotherapie, Rehabilitation, Fitness, Psychotherapie). Die Beschwerden würden langsam aber stetig bessern. Mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit könne nicht gerechnet werden. Eine berufliche Umstellung sei nicht zu prüfen.

E. 6.2.6

Am 17. Dezember 2010 führten Dr. Ff._____, Dr. Gg._____, (leitender Arzt Radiologie), MRO Magnetresonanz Zentrum R._____, ein MRI des Schädels des Beschwerdeführers durch. Im Rapport vom 20. Dezember 2010 (Suva-act. 1/160) berichteten sie über eine weitgehend symmetrische Darstellung des Hirnparenchyms und zentrierte Mittellinien-Strukturen. Es gebe keinen Nachweis einer frischen intra- oder extraaxialen Blutung oder Raumforderung, keine Liquor-Zirkulations-Störung, keinen Hinweis auf einen erhöhten Hirndruck und keinen Nachweis älterer Parenchym-Läsionen zerebral. Ein Vergleich mit den Voraufnahmen vom 28. Juli 2010 werde empfohlen.

E. 6.2.7

Am 5. April 2011 berichteten Dr. U._____, (Assistenzarzt), Dr. Hh._____, (Oberärztin), (...)spital T._____, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie (Suva-act. 1/52 f.), die Metakarpale II Fraktur links, St. n. Platten-OS mit Zugschraube sei geheilt. Die störende dorsale Platte sei operativ entfernt worden.

E. 6.2.8

Vom 24. Januar bis 27. April 2011 hielt sich der Beschwerdeführer wiederum in der Rehaklinik F._____ auf. Mit Austrittsbericht von Dr. Ii._____ (Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie) und PD Dr. Jj._____ (Fachärztin Neurologie) vom 27. April 2011 (Suva-act. 1/69 ff.), psychiatrischem Bericht von Dr. Ii._____ (Suva-act. 1/66 ff.) gleichen Datums und neuropsychologischem Bericht von Kk._____ (Psychologin), Dr. D._____ und Dr. Ii._____ vom 27. April 2011 (Suva-act. 1/59 ff.) wurden die bekannten Diagnosen gestellt, zuzüglich St. n. Synkope am 9.12.10, MRI Schädel 17.12.10 unauffällig, Epileptische Genese möglich. Beim Austritt hätten ziehende Kopfschmerzen parieto-occipital bds. bis in Nacken, brennende Schmerzen nuchal und eine deutlich erhöhte Erschöpfbarkeit bestanden. Psychiatrischerseits wurde der Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsveränderung nach traumatischer Hirnverletzung (ICD-10: F07.0) geäussert. Zwar lägen keine zuverlässigen fremdanamnestic Angaben zum prämorbidem Verhalten vor, jedoch zeigten die Beobachtungen im stationären Rahmen charakteristische Verhaltensänderungen im Bereich der Äusserung von Affekten, Bedürfnissen und Impulsen. Betroffen sei die Fähigkeit, Handlungen längerfristig zu planen und durchzuführen sowie das Abschätzen ihrer wahrscheinlichen Konsequenzen. Die Fähigkeit, zielgerichtete Aktivitäten über einen längeren Zeitraum durchzuhalten, sei anhaltend reduziert, zudem bestehe eine deutlich erhöhte Erschöpfbarkeit. Das emotionale Verhalten erscheine verändert mit eher abgeflachter Fröhlichkeit und Sorglosigkeit. Anteile einer reaktiven Affektstörung seien vorhanden, erklärten jedoch nicht das Ausmass der Verhaltensauffälligkeiten. Ob die Verhaltensänderung stabil bleibe oder sich im Verlauf noch zurückbilde, sollte gut beobachtet werden (Suva-act. 1/69 ff.). Anzeichen für eine Traumafolgestörung im engeren Sinne, wie eine PTBS, ergaben sich nicht (Suva-act. 1/60). Aus neuropsychologischer Sicht zeigten sich nach wie vor Einschränkungen bei der Aufmerksamkeitsaktivierung und der Daueraufmerksamkeit. Auffallend seien speziell die

schwankenden bzw. mit der Zeit abnehmenden Leistungen gewesen. Im Bereich der räumlichen Gedächtnisleistungen sei im Vergleich mit der früheren Untersuchung eine Verbesserung der Leistungen zu beobachten gewesen. Diese hätten nunmehr im durchschnittlichen Bereich gelegen. Die hauptsächlich im Bereich der Grundaktivierung und der längerfristigen Aufmerksamkeitszuwendung beobachtbaren Einschränkungen liessen sich gut mit der erlittenen Einblutung im rechten Gyrus orbitalis vereinbaren. Der Patient habe während der Untersuchungen über zunehmende Schmerzen berichtet, ohne klagsam zu sein. Die Ausprägung der neuropsychologischen Störung sei unverändert als leicht bis mittelschwer einzuschätzen (Suva-act. 1/62). Somatisch (neurologisch, orthopädisch) ergaben sich keine behandlungsbedürftigen Störungen mehr (Suva-act. 1/71). Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, es bestehe eine mindestens mittelschwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert, die Folge einer hirnanorganischen Schädigung sei. Eine berufliche Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei aktuell nicht zumutbar, es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit ab dem 28. April 2011. Eine andere (Verweis-)Tätigkeit sei körperlich, nicht aber kognitiv zumutbar. Per 2. Mai 2011 trat der Beschwerdeführer zur Fortsetzung der berufsorientierten Rehabilitationsbehandlung in die Universitäts- und Rehabilitationskliniken J. _____ ein. Die Rehaklinik F. _____ plante eine psychiatrische, neuropsychologische und ergotherapeutische Reevaluation im Haus in 6-9 Monaten.

E. 6.3

Bis zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung (31. März 2013) entwickelte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wie folgt:

E. 6.3.1

Vom 2. Mai bis 22. Juni 2011 hielt sich der Beschwerdeführer in den Universitäts- und Rehabilitationskliniken J. _____ auf.

E. 6.3.1.1

Dr. Ll. _____ (Leiter der Sektion für Hand-, Plastische und Mikrochirurgie) und Dr. Mm. _____ (Oberarzt), Universitätsklinikum J. _____, Zentrum für Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie stellten am 9. Juni 2011 (Suva-act. 1/28 f.) fest, es würden eine Bewegungseinschränkung des linken Zeigefingers am Grundgelenk D2 links mit 0/10/100° gegenüber rechts von 0/0/80° und Verspannungen im Nackenbereich bei Z.n. HWS-Distorsion vorliegen, weshalb Ergotherapie sowie eine Massage des Nackenbereichs rezeptiert werde.

E. 6.3.1.2

Dr. G. _____ (ärztlicher Direktor), Dr. H. _____ (Internistin, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin) und Herr I. _____ (Reha-Berater und Bildungsbegleiter), Universitäts- und Rehabilitationskliniken J. _____ stellten in ihrem Abschlussbericht über die stationäre Belastungserprobung vom 30. Juni 2011 (Suva-act. 1/8 ff.) folgende Rehabilitationsdiagnosen: - Traumatische Hirnverletzung bei Sturz aus 7m Höhe am 1.6.2010, kleine Gyrus orbitalis rechts - Eingeschränkte kognitive Belastbarkeit als Traumafolge - Asthenische Störung, vitale Erschöpfung - Dislozierte Metakarpale-II-Spiralfraktur links, offene Reposition und dorsale Platten-osteosynthese am 2.6.2010 - Rezidivierende Kopfschmerzen bei HWS-Distorsion Im Weiteren hielten sie insbesondere fest, die neurologische Untersuchung habe ergeben, dass der Unterberg'sche Tretversuch und der Strichgang - als Folge des Hirntraumas (vgl. Suva-act. 1/16) - unsicher

seien; es bestehe ein Druckschmerz über Metacarpale-II links und eine Bewegungseinschränkung im Grundgelenk. Einer Testuntersuchung in einer Kleingruppe habe sich der Patient nicht gewachsen gezeigt. Nach etwa 10 Minuten sei diese wegen Überforderung bzw. nicht ausreichender mentaler Belastbarkeit abgebrochen worden. In mehreren Einzelversuchen seien die markanten Aufmerksamkeitsdefizite zu berücksichtigen gewesen, die die Untersuchung erschwert oder auch unmöglich gemacht hätten. Nach den formalen Befunden seien die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit und die Fähigkeit zur visuellen Aufmerksamkeitsteilung als mässig beeinträchtigt einzustufen gewesen. Nach der Verhaltensbeobachtung hätten sich bei einer Untersuchungsdauer von zehn bis zwanzig Minuten sichtbare Anzeichen einer starken Ermüdbarkeit und reduzierten Daueraufmerksamkeit ergeben. Der Patient habe berichtet, dass er nach den einzelnen Test- und Gesprächsterminen anschliessend immer längere Zeit zur Erholung benötigt habe. Im Fragebogen erlebter Defizite der Aufmerksamkeit (FEDA) habe er stark erhöhte Ablenkbarkeit und Verlangsamung bei geistigen Prozessen und deutlich gesteigerte Ermüdung und Verlangsamung bei praktischen Tätigkeiten angegeben (Suva-act. 1/12). Zusammenfassend seien die beschriebenen verschiedenartigen Symptome wie leichte Ermüdbarkeit, Erschöpfung, Schwierigkeiten bei Konzentration und geistigen Leistungen, Einschränkungen der Aufmerksamkeitsfunktionen und der Gedächtnisleistung und verminderte psychophysische Belastbarkeit zu verifizieren gewesen. Als Folge des Unfalls bestehe eine anhaltende eingeschränkte kognitive Belastbarkeit, diese habe sowohl im Bereich der Aufgaben und in den Testverfahren als auch in den ärztlichen Gesprächen validiert werden können. Hinzugetreten sei eine vitale Erschöpfung, die als asthenische Störung imponiere. Damit liege weiterhin eine mittelschwere bis schwere berufliche Einschränkung vor, das heisst die berufliche Tätigkeit (angestammter Beruf oder umgeschult) könne aufgrund physischer, mentaler und emotionaler Schwierigkeiten und Symptome nur teilweise oder gar nicht bewältigt werden (Suva-act. 1/13). Es liege eine Belastbarkeit von unter drei Stunden vor. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er noch nicht eingesetzt werden. Ein definitives Leistungsbild könne noch nicht erstellt werden. Die weitere Rekonvaleszenz bleibe abzuwarten (Suva-act. 1/16).

E. 6.3.2

Im November 2011 erfolgte in der Rehaklinik F._____ eine ambulante Reevaluation des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers.

E. 6.3.2.1

Herr Nn._____ (Psychologe) und Dr. D._____, diagnostizierten mit neuropsychologischem Bericht vom 9. November 2011 (Suva-act. 2/256 ff.) eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit im Vordergrund stehender Asthenie nach einer Schädigung des Gehirns (ICD-10: F07.8, DD F07.0) und einer Verdeutlichung der Beschwerden (Suva-act. 2/260). Der Patient beklage persistierende Hals- und Nackenbeschwerden. Die Schmerzempfindungen würden bis in die Ohren ausstrahlen und zu einem Druckgefühl im Kopf und beiden Augen führen. Es gebe Tage, an denen er ein Zittern und Frösteln im Körper spüre und völlig erschöpft sei. Dann liege er bis zu zwei Tage im Bett. Das Konzentrationsvermögen reisse nach 45 Minuten ab. Nach körperlicher Belastung sei er am nächsten Tag völlig erschöpft. Nach einer Untersuchung von etwa 45 Minuten habe er angegeben, nicht mehr zu können, so dass insgesamt drei Pausen eingelegt worden seien. Somit seien keine längeren Untersuchungsblöcke ohne Unterbruch möglich gewesen (Suva-act. 2/257). In der zusammenfassenden Beurteilung wurde ausgeführt, im

Rahmen der neuropsychologischen Reevaluation habe sich eine Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit gegenüber den neuropsychologischen Voruntersuchungen gezeigt. Der Patient habe weit unterdurchschnittliche Testergebnisse in den Bereichen der Konzentrationsfähigkeit, der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, des verbalen Langzeitgedächtnisses, des verbalen Wiedererkennens und bei einer computerbasierten Aufgabe zur selektiven Aufmerksamkeit, beim kurzfristigen verbalen Abruf nach Darbietung einer Störwortliste, beim Benenntempo von Nicht-Farbwörtern und bei der Interferenzkontrolle (erhöhter Zeitaufwand) gezeigt. Subjektiv habe der Patient über neurasthenische Beschwerden wie Energieverlust, Konzentrationsschwierigkeiten und Ermüdungs- oder Erschöpfungserscheinungen berichtet. Es dränge sich die Frage auf, was zur Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit geführt habe. Die Durchführung eines Symptomvalidierungstests habe keine Hinweise auf eine reduzierte Leistungsbereitschaft ergeben. Dennoch müsse in Bezug auf die kognitive Verschlechterung von einem atypischen Verlauf nach einer traumatischen Hirnverletzung gesprochen werden. Zudem habe es gewisse Inkonsistenzen im Testprofil gegeben (keine Verlangsamung bei anspruchsvoller Aufgabe zur geteilten Aufmerksamkeit, dagegen deutlich bei anderen Tests; deutlich bessere Lösung des d2-Tests am Schluss als am Anfang trotz massiver Erschöpfung). Diese seien am ehesten im Rahmen einer unbewussten Verdeutlichung der Beschwerden zu interpretieren. Bei alleiniger Betrachtung der Testergebnisse würde man eine mittelschwere neuropsychologische Störung annehmen. Bei Vorliegen einer Verdeutlichung sei die Plausibilität des Ausmasses der diagnostisch festgestellten Leistungseinbussen aber in Frage zu stellen. Der Schweregrad der neuropsychologischen Störung sei unter diesen Umständen geringer, als es das Testprofil darlege. Unter Berücksichtigung der Verdeutlichungstendenz dürfte nach wie vor eine etwa leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung vorliegen. Psychiatrischerseits sei in der Beurteilung der Verdacht auf eine Persönlichkeitsveränderung (ICD-10: F07.0) geäußert worden, was mit einer orbitofrontalen Läsion vereinbar sei (Suva-act. 2/259 f.). Aufgrund leichter bis mittelgradiger Minderleistungen einzelner kognitiver Funktionen sei bei Berufen mit hohen kognitiven Anforderungen mit einer Einschränkung der Funktionsfähigkeit zu rechnen. Als limitierender Faktor dürfte sich die stark ausgeprägte Asthenie auswirken (Suva-act. 2/260).

E. 6.3.2.2

Dr. Li. _____ stellte mit psychiatrischem Bericht vom 11. November 2011 (Suva-act. 2/253 ff.) die Diagnose organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach traumatischer Hirnverletzung mit im Vordergrund stehender ausgeprägter Asthenie (ICD F07.8), DD Organische Persönlichkeitsveränderung nach traumatischer Hirnverletzung (ICD-10: F07.0). Der Patient berichte, nach wie vor unter ausgeprägter Erschöpfbarkeit zu leiden. Diese trete bei jeglichen Tätigkeiten auf, sowohl körperlichen als auch kognitiven. Länger als eine Stunde könne er nichts machen, danach brauche er Erholung. Die Schmerzen in Kopf und Nacken seien im Allgemeinen erträglich. Nur unter Anstrengung stiegen sie meist rasch an. Der Grund für seine Erschöpfbarkeit sei ihm unklar, jedoch habe er keine Möglichkeit, diese zu überwinden (Suva-act. 2/253 f.). Der Versicherte zeige Auffälligkeiten im Bereich der Äusserung von Affekten, Bedürfnissen und Impulsen. Bei weitgehend normaler physischer Funktionsfähigkeit werde v.a. dem Gefühl von Erschöpfung unmittelbar nachgegeben. Es bestehe damit aktuell eine anhaltend reduzierte Fähigkeit, zielgerichtete Aktivitäten über einen längeren Zeitraum durchzuhalten. Das emotionale Verhalten erscheine verändert mit teilweise abgeflachten Affekt, teilweise

leichten hypochondrischen Ängsten sowie leichter Distanzminderung. Daneben ergebe sich aktuell kein Hinweis auf relevante psychoreaktive Störungen. Aktuell bestehe aus neuropsychiatrischer Sicht weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 2/255).

E. 6.3.3

Bei einem weiteren kurzstationären Aufenthalt in der Rehaklinik F. _____ von Ende Juni bis Anfang Juli 2012 wurden weitere orthopädische, psychiatrische, neuropsychologische und neurologische Untersuchungen vorgenommen.

E. 6.3.3.1

Mit Bericht Stellungnahme Therapien und Pflege vom 2. Juli 2012 (Suva-act. 2/28) hielten Frau Oo. _____ (dipl. Ergotherapeutin), Frau Pp. _____ (dipl. Physiotherapeutin) und Frau Qq. _____ (dipl. Ergotherapeutin) fest, der Versicherte sei häufig gar nicht erschienen oder habe Therapien aufgrund übermässiger subjektiver Erschöpfung abgebrochen. Es sei möglich gewesen, maximal 40 Minuten bei einer Aufgabe zu bleiben. Danach seien ein sichtbares Zittern der Hände und angegebene Kopfschmerzen aufgetreten. Innerhalb der körperlichen Abklärung habe sich der Versicherte teilweise aufgrund der beschriebenen Symptome nicht bis an die funktionelle Limite belastet. Zum Teil seien Testungen auch verweigert worden mit dem Hinweis, er sei schon mehrmals getestet worden. Aus ergotherapeutischer und physiotherapeutischer Sicht sei keine weitere Therapie sinnvoll.

E. 6.3.3.2

Dr. Rr. _____ (Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie) berichtete am 6. Juli 2012 (Suva-act. 2/40 f.), von Seiten der Orthopädie/Handchirurgie würden keine Einschränkungen bestehen. Die grobe Kraft sei unauffällig. Die geringe Kraftdifferenz ergebe sich aus der Tatsache, dass der Versicherte rechtsdominant sei.

E. 6.3.3.3

Mit neuropsychologischem Bericht von Nn. _____ und Dr. D. _____ vom 8. August 2012 (Suva-act. 2/17 ff.) wurde festgehalten, der Versicherte habe unterdurchschnittliche Testergebnisse in den Bereichen der Konzentrationsfähigkeit und der selektiven Aufmerksamkeit, der figuralen Fluenz, der verbalen Merkspanne sowie der kurzfristigen verbalen Abrufleistungen erzielt. Im Vordergrund der Beschwerden habe eine hohe Erschöpfbarkeit gestanden, die nach 45 bis 60 Minuten körperlicher oder geistiger Belastung aufgetreten sei. Bei einem Selbstbeurteilungsinstrument zur Beurteilung depressiver Symptome habe der Explorand einen geringfügig tieferen Wert als anlässlich der Reevaluation vom 9. November 2011 erzielt; dieser entspreche einer minimalen depressiven Symptomatik. Der Versicherte habe insgesamt einen leicht hypochondrischen Eindruck erweckt. Im Rahmen einer standardisierten Symptomvalidierung hätten sich keine Hinweise auf eine Aggravation der kognitiven Beschwerden ergeben. Die leichten Fluktuationen einzelner Testergebnisse im Vergleich zu früheren Untersuchungen seien im Rahmen von leichten Aufmerksamkeitsschwankungen erklärbar. Die Befunde würden insgesamt einer leichten neuropsychologischen Störung entsprechen, die nosologisch im Rahmen eines psychoorganischen Syndroms (ICD-10: F07.2) einzuordnen sei. Die erwähnten Inkonsistenzen würden am ehesten als Ausdruck einer Verdeutlichung betrachtet.

E. 6.3.3.4

Dr. Ss. _____ (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie) befand am 14. August 2012 (Suva-act. 2/29 ff.), der Versicherte wirke als sehr animierter, sich im Gespräch offensichtlich gerne darstellender und lebhafter Gesprächspartner, der an einzelnen Stellen plötzlich schwerbesinnlich wirke, ansonsten keine auffälligen Schwierigkeiten bei der zeitlichen Einordnung seiner Biografie habe und diesbezüglich inhaltlich zusammenhängend berichten könne. Von einer psychischen Traumafolgestörung könne nicht die Rede sein. Es würden Schmerzen und eine praktisch schlagartig einsetzende Erschöpfbarkeit geklagt, wobei diese Einschränkungen in einem längeren, einleitenden Gespräch gar nicht zur Sprache kämen. Entsprechend gewinne man nicht den Eindruck eines Klageverhaltens, wie es für somatoforme Patienten typisch wäre. Die Qualitäten und der Kontext des Auftretens der Erschöpfung wirkten ebenfalls atypisch für eine neurasthenieforme Erschöpfung und seien auch für sonstige Qualitäten der Erschöpfung eher ungewöhnlich. Abgesehen von der Sequenz, als er um eine Pause bitte, ergebe sich eigentlich ein psychopathologisch völlig unauffälliger Eindruck eines eloquenten jüngeren Mannes (Suva-act. 2/34). Rein aufgrund der Gesprächsinhalte und der objektiven Befunde stelle sich die Frage, wie authentisch das geschilderte Beschwerdeerleben (Erschöpfung) sei. Eine posttraumatische Belastungsstörung bestehe sicher nicht, auch keine andere unfallassoziierte Angststörung. Der Versicherte wirke auch nicht in seiner Persönlichkeit verändert. Zu diskutieren wäre einzig noch die Angabe über eine vermehrte Schlafdauer, was als Hypersomnie interpretiert werden könnte. Atypisch wäre jedoch als erfrischte Erwachen. Die Angabe der verlängerten Schlafdauer könne psychiatrisch insgesamt nicht sinnvoll eingeordnet werden. Die angegebene Erschöpfung führe dazu, dass sich der Versicherte auf der Verhaltensebene stark schone und damit selbst limitiere. In diesem Sinne würden dysfunktionale Bewältigungsmuster im Sinne einer sog. Symptomausweitung bestehen. Entsprechend könne keine Einschränkung der Zumutbarkeit auf psychiatrischem Fachgebiet attestiert werden, ebenso wenig ein Integritätsschaden.

E. 6.3.3.5

Mit neurologischer Stellungnahme vom 7. Dezember 2012 berichtete Dr. Tt. _____ (Fachärztin Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) (Suva-act. 2/42 ff.), der Versicherte sei am 16. Juni 2012 wieder umgekippt und habe sich das Kinn aufgeschlagen. Insgesamt sei dies das dritte Ereignis dieser Art gewesen, ohne Vorboten, er könne dazu lediglich sagen, dass er umkippe, wenn er extrem erschöpft sei. Die neurologische Untersuchung vom 28. Juni 2012 ergab insbesondere keine epilepsietypischen Potenziale (Suva-act. 2/59). Bei der neuropsychologischen Untersuchung vom 3. Juli 2012 fielen die Aufmerksamkeitsdefizite im Vergleich zur neuropsychologischen Abklärung vom 9. November 2011 weniger ausgeprägt aus. Auch im Bereich der verbalen Gedächtnisfunktionen waren bessere Leistungen zu verzeichnen. Inkonsistenzen hätten sich zwischen selbstberichteten Symptomen und dem Verhalten des Versicherten ergeben. Seinen Angaben zufolge bestehe seit dem Unfall unverändert eine reduzierte Belastbarkeit. Aus dem neuropsychologischen Bericht vom 6. August 2010 (vgl. vorne E. 6.2.4.1, Suva-act. 1/226 ff.) gehe allerdings hervor, dass die Belastbarkeit damals während einer 2.5 stündigen Untersuchung nicht reduziert gewesen sei. Die Verschlechterung mit einer gegenwärtigen Belastbarkeit von maximal einer Stunde sei hirnganisch schlecht erklärbar. Aufgrund des Erleidens der kleinen Einblutung im Gyrus orbitalis rechts könne ein Zusammenhang zwischen den erwähnten Inkonsistenzen und der hirnganischen Läsion jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden (Suva-act. 2/59 f.). Dr. Tt. _____ stellte die Diagnose einer leichten neuropsychologischen Störung mit im Vordergrund

stehenden Aufmerksamkeitsdefiziten - nosologisch hauptsächlich im Rahmen eines psychoorganischen Syndroms (ICD-10: F07.2) einordenbar. Die Ausübung eines Berufs sei grundsätzlich möglich. Bei Berufen mit hohen kognitiven Anforderungen dürfte die Funktionsfähigkeit eingeschränkt sein. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sollte sich die kognitive Leistungsminderung eigentlich nicht bemerkbar machen. Es könnte aber sein, dass bei St. n. traumatischer Hirnverletzung das Arbeitspensum auch in einer leidangepassten Tätigkeit von vermehrtem Erholungs- und regelmässigem Pausenbedarf um 20% gemindert sei (Suva-act. 2/60, 2/65 f.). Leider lasse der Versicherte aufgrund der angegebenen erschöpfungsbedingten vollen Arbeitsunfähigkeit eine realistische Standortbestimmung nicht zu. Ohne die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit werde ein Transfer dieser rein medizinisch-theoretischen Überlegungen in die Praxis nicht möglich sein (Suva-act. 2/65 f.). Es werde von einem abgeschlossenen Heilverlauf ausgegangen; wesentliche Veränderungen der vorhandenen Beschwerden und Befunde seien nicht mehr zu erwarten (Suva-act. 2/66).

E. 6.3.3.6

Der interdisziplinären Zusammenfassung von Dr. Tt._____, Dr. Uu._____, Dr. Ss._____, Herrn Nn._____ sowie Dr. D._____ vom 7. Dezember 2012 (Suva-act. 2/68 ff.) ist insbesondere zu entnehmen, die angegebene, jeweils plötzlich einsetzende Erschöpfung führe dazu, dass sich der Versicherte auf Verhaltensebene stark schone und damit selber limitiere. In diesem Sinn bestünden dysfunktionale Bewältigungsmuster im Sinn einer so genannten Symptomausweitung. Die physiotherapeutische Evaluation sei aufgrund der erschöpfungsbedingt eingeschränkten Kooperationsfähigkeit erschwert gewesen. Die kurzen Sequenzen der physiotherapeutischen Untersuchung hätten aber durchwegs normale Befunde gezeigt, die mit einer erschöpfungsbedingten körperlichen Dekonditionierung nicht vereinbar wären (Suva-act. 2/71).

E. 6.3.4

Der medizinische Dienst der IVSTA (Dr. Vv._____, Facharzt für Allgemeinmedizin) stellte mit Bericht vom 22. März 2013 (IV-act. 59) gestützt auf die Berichte der Rehaklinik F._____ ab dem 2. Juli 2012 die Hauptdiagnose Status nach Polytrauma 1. Juni 2010; leichte neuropsychologische Störung im Rahmen eines psychoorganischen Syndroms. Die Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit betrage 100% ab dem 1. Juni 2010 und 20% ab dem 7. Dezember 2012 (Arbeitsposition sitzend oder stehend, Heben von Gewichten von max. 25kg). Auf die interdisziplinäre Beurteilung der Suva sei abzustellen. Der Versicherte leide an einem leichten psychoorganischen Syndrom. Aufgrund dieser Diagnose erscheine eine Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit nicht erfolgreich.

E. 6.4

Nach dem 1. April 2013 und bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung befinden sich folgende medizinische Berichte bei den Akten:

E. 6.4.1

Im Verlauf des Jahres 2013 äusserten sich verschiedene versicherungsinterne Ärzte der Suva zur medizinischen Aktenlage.

E. 6.4.1.1

Am 21. Mai 2013 (Suva-act. 4/231 f.) führte eine Kreisärztin der Suva gestützt auf die Abklärungen der Rehaklinik F._____ aus, es bestehe eine leichte kognitive Störung, eigentlich ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter. Möglicherweise bestehe eine Leistungsminderung von 20%, sonst keine limitierenden Unfallfolgen. Die quasi anfallsartig geschilderten Erschöpfungszustände könnten weder somatisch noch psychiatrisch erklärt werden und seien nicht Folge des Unfallereignisses. Auch die drei Mal geschilderten Stürze seien nicht erklärbar. Eine Leistungseinbusse von 20% sei nachvollziehbar. Obwohl die Aetiologie der Stürze - und damit auch, ob es sich um eine Folge des Ereignisses vom 1. Juni 2010 handle - unklar sei, sollte keine Tätigkeit mit Absturzgefahr mehr ausgeübt werden.

E. 6.4.1.2

Mit Stellungnahme vom 7. Juni 2013 hielten Dr. Ww._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und Dr. Xx._____ (Diplompsychologin), Suva Versicherungsmedizin (Suva-act. 4/215 ff.) fest, die Berichte der Rehaklinik F._____ betreffend die Untersuchungen vom 26. Juni bis 5. Juli 2012 wiesen eine hohe Qualität auf. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte zumindest im Frühsommer letzten Jahres (Juni/Juli 2012) nicht unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung gelitten habe. Für eine abschliessende Beurteilung fehle eine aktuelle Dokumentation der psychischen Beschwerden, aufgrund der sich der Versicherte (in Deutschland) in Behandlung begeben haben solle.

E. 6.4.1.3

Dr. Yy._____ (Facharzt für Neurologie), Suva Versicherungsmedizin (Suva-act. 4/199 f.) führte mit Bericht vom 5. August 2013 aus, die einzelnen fachlichen Stellungnahmen und die interdisziplinäre Zusammenfassung der Rehaklinik F._____ vom Sommer 2012 seien einwandfrei abgefasst. Einzig könnte kritisiert werden, dass aus der neurologischen Stellungnahme nicht eindeutig hervorgehe, ob die Bilddokumentation, insbesondere die kraniale MRT vom 28. Juli 2010 der Expertin im Original zur eigenen Beurteilung vorgelegen habe. Ferner werde nicht eindeutig klar, wie die Neurologin die vom Versicherten angegeben ständigen druckartigen Kopfschmerzen im Augenbereich diagnostisch und versicherungsmedizinisch einordne.

E. 6.4.2

Ein weiterer Aufenthalt in der Rehaklinik F._____ vom 13. bis 16. Mai 2014 ergab folgende Einschätzung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers:

E. 6.4.2.1

Dr. Zz._____ (Fachlicher Leiter Neuropsychologie) hielt mit neuropsychologischem Bericht vom 14. Mai 2014 (Suva-act. 4/72 ff.) im Wesentlichen fest, die Anstrengungsbereitschaft sei intermittierend reduziert, wobei der Explorand bei einigen wenigen Aufgaben eine Überforderung beklage. Davon abgesehen habe klinisch während der einmal dreistündigen und einmal zweieinhalb-stündige Untersuchung eine gute psychophysische Belastbarkeit bestanden. Auf Verhaltensebene hätten sich im orientierenden psychopathologischen Befund weitgehend keine Auffälligkeiten gezeigt, lediglich das formale Denken sei etwas auf die Erschöpfungssymptomatik eingengt und der Explorand gebe sich im Verlauf vermehrt klagend (Suva-act. 4/80). Formal geprüft zeigten sich in den meisten kognitiven Bereichen normgerechte Leistungen (Aufmerksamkeit, mnestiche Funktionen, exekutive Funktionen, Sprache und

sprachassoziierte Funktionen, Visuo-Konstruktion, höhere visuelle Wahrnehmungsleistungen). In einigen wenigen Aufgaben hätten sich jedoch im Vergleich zu einer Normpopulation deutliche Leistungsminderungen abgebildet. Inkonsistent seien die angeblich vorliegende schwerste Fatigue und das tatsächliche Verhalten im Untersuchungskontext. Obwohl der Versicherte angegeben habe, im Alltag in Belastungssituationen schon nach kurzer Zeit in einen starken Erschöpfungszustand mit begleitenden physiologischen Symptomen zu geraten (Zittern des ganzen Körpers, Sprechen wegen des Gefühls einer schweren Zunge kaum mehr möglich) hätten von aussen weder ebengenannte Symptome noch offensichtliche Ermüdungsanzeichen beobachtet werden können (Suva-act. 4/81). In der Beschwerdevalidierung hätten sich Hinweise auf wahrscheinliche Aggravationstendenzen ergeben: 1. Auffälliges Resultat im Beschwerdevalidierungstest; 2. Diskrepanzen unter Betrachtung des Verlaufs der vorgebrachten kognitiven (Minder-)Leistungen; 3. Diskrepanzen zwischen den ermittelten Ergebnissen der kognitiven Tests und anamnestischen Angaben; 4. Diskrepanzen zwischen selbstberichteten Symptomen und bekannten Hirnfunktionsmustern; 5. Diskrepanzen zwischen selbstberichteten Symptomen und beobachtetem Verhalten. Vor diesem Hintergrund könne die Validität der heutigen neuropsychologischen Resultate nicht etabliert werden. Rund vier Jahre nach dem Unfall wäre mit einer Verbesserung oder zumindest einer Stabilisierung der kognitiven Defizite zu rechnen - die deutliche Verschlechterung in einigen kognitiven Teilfunktionen, insbesondere jener, die in der neuropsychologischen Untersuchung vom 3. Juli 2012 noch im Normbereich gelegen hätten, könne weder hirnhysiologisch noch psychiatrischen Faktoren zugeordnet werden (Suva-act. 4/81 f.). Daher sei von einem intakten neuropsychologischen Funktionsniveau auszugehen. Somit bestehe aus rein neuropsychologischer Sicht keine verminderte Zumutbarkeit, weder in den bisherigen Tätigkeiten noch für Verweistätigkeiten.

E. 6.4.2.2

Frau Aaa._____ (dipl. Ergotherapeutin) und Frau Bbb._____ (dipl. Physiotherapeutin) führten in ihrem Bericht Stellungnahme Therapien und Pflege vom 14. Mai (Suva-act. 4/89 ff.) aus, die durchgeführten Tests hätten im Wesentlichen ähnliche Ergebnisse gebracht wie im Bericht vom 2. Juli 2012 (vgl. vorne E. 6.3.3.1, Suva-act. 2/28).

E. 6.4.2.3

Dr. Tt._____ verfasste am 11. Juli 2014 eine ergänzende neurologische Stellungnahme ohne Untersuchung des Versicherten (Suva-act. 4/86 ff.) betreffend die Beanstandung der Suva, wonach die druckartigen Kopfschmerzen im Augenbereich im Bericht vom 7. Dezember 2012 (vgl. vorne E. 6.3.3.5, Suva-act. 2/42 ff.) diagnostisch und versicherungsmedizinisch nicht eingeordnet worden seien. Dieser Kritik wurde aus neurologischer Sicht Recht gegeben. Eine verlässliche Stellungnahme zur versicherungsmedizinischen Relevanz der Kopfschmerzen sei aus neurologischer Sicht rein durch das Aktenstudium aber nur eingeschränkt möglich. Genauso wie die erhöhte Ermüdbarkeit aus neurologischer Sicht damals aufgrund der unfallbedingten Hirnverletzungen nicht habe erklärt werden können, sei auch die Feststellung einer Leistungsbeeinträchtigung durch Kopfschmerzen aufgrund der fehlenden Objektivierbarkeit erschwert und nicht sicher möglich. Aufgrund der seltenen Einnahme von Analgetika werde nicht von Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen ausgegangen. Der Lokalisation und dem Schmerzcharakter nach seien die frontalen Kopfschmerzen als Spannungstypkopfschmerzen einzuordnen. Da sie von dem früher sehr leistungsstarken

Versicherten aktendokumentiert nach dem Unfall immer wieder angegeben worden seien, sei eine Unfallkausalität möglich. Die quantitative Gewichtung der Kopfschmerzen sei allerdings nicht nachvollziehbar. Dass er kopfschmerzbedingt nur 5kg heben können, sei gemessen am früheren Leistungsprofil durch die Kopfschmerzen nicht erklärbar beziehungsweise deute auf eine subjektive Überbewertung der Kopfschmerzen hin. Was den Verdacht auf epileptische Anfälle anbelange, habe das EEG vom 2. Juli 2012 lediglich vigilanzbedingte Allgemeinveränderungen und keinen Hinweis auf epilepsietypische Potenziale gezeigt. Auch hätte das von der Untersucherin persönlich in Augenschein genommene zerebrale MRI vom 28. Juli 2010 "bihemisphärisch epilepsietypische Potenziale" als Korrelat von unfallbedingten strukturellen Läsionen nicht erklären können. Im Jahr 2012 habe aus neurologischer Sicht nicht von einer Epilepsie ausgegangen werden können. Sollten weiterhin synkopenartige Anfälle auftreten, müsste, falls notwendig, zu deren endgültiger Einordnung eine stationäre Diagnostik in einem Epilepsiezentrum erfolgen (Suva-act. 4/87 f.).

E. 6.4.2.4

Dr. Ss._____, Dr. Tt._____, und Dr. Zz._____, hielten mit psychiatrischer und interdisziplinäre Abklärung vom 11. Juli 2014 (Suva-act. 4/45 ff.) fest, der psychiatrische Befund sei im Vergleich zur Untersuchung im Jahr 2012 eigentlich gleich geblieben. Das lange Gespräch sei ohne Pause von 8.00-10.50 und ohne objektivierbare Ermüdungs- oder Erschöpfungszeichen und auch ohne kognitive Fehlleistungen verlaufen. Schon rein aufgrund dieser objektiven Befundlage seien keine Zeichen für eine relevante depressive Verstimmung oder eine spezifische psychotraumatologische Störung festzustellen. Insgesamt kontrastierten der objektive Befund und der Ablauf des Untersuchungsgesprächs samt Interaktion mit den inhaltlichen Angaben über eine prompt eintretende Erschöpfung, kognitive Fehlleistungen und einen gewissen sozialen Rückzug. Es bestehe abermals auch nicht eine spezielle Klagsamkeit im Sinne von Schmerzen oder Erschöpfung, wie es von der Qualität her für somatoforme Störungen typisch wäre. Ein depressives Profil ergebe sich eindeutig nicht. Es sei insgesamt überwiegend wahrscheinlich, dass die geschilderten, äusserst niedrig gesetzten Leistungsgrenzen nicht in dieser Art bestehen würden und der Alltag anders verlaufe als geschildert. Es würden somit schon rein aufgrund der psychiatrischen Untersuchung unüberbrückbare Inkonsistenzen bestehen (Suva-act. 4/60 f.). Angesichts der gesamten Befundlage sei nicht erkennbar, dass eine Indikation zu einer Psychotherapie oder psychopharmakologischen Therapie bestehen würde. Es bestehe keine psychische Störung, die gleichsam den Gegenstand einer Therapie bilden könnte. Wenn man den inhaltlichen Angaben des Versicherten folgen wolle, habe er sich, durchaus im Einklang mit sich selber, mit seinen Behinderungen abgefunden und er beschreibe implizit, eine gute Lebensqualität auf dem jetzigen Funktionsniveau zu haben. Aus all dem sei zu folgern, dass eigentlich eine uneingeschränkte Funktion in allen psychischen Aspekten bestehe. Somit könne der Versicherte allenfalls notwendige Veränderungen in seinem Leben aus eigener Initiative bei gegebener Gelegenheit selbst anpacken. Entsprechend bestehe eine günstige Prognose (Suva-act. 4/62). Im Rahmen der neurologischen Stellungnahme vom 7. Dezember 2012 sei aufgrund der neuropsychologischen Befunde bei damals fehlenden Zeichen für eine Aggravation von einem Integritätsschaden von 20% ausgegangen worden. Mittlerweile habe sich die neuropsychologische Befundlage verändert. Die neuen Resultate würden an sich eine kognitive Verschlechterung darlegen, allerdings zeigten sich diesmal neu Aggravationstendenzen, so dass die Untersuchung nicht verwertet werden könne. Da die damalige Festlegung im Jahr 2012 einzig auf den

Resultaten der neuropsychologischen Testung beruht habe, könne aktuell kein Integritätsschaden festlegt beziehungsweise begründet werden (Suva-act. 4/64).

E. 7

Das Bundesverwaltungsgericht prüft nachfolgend insbesondere, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt richtig und vollständig erhoben und daraus nachvollziehbare Schlüsse in Bezug auf den Umfang der Arbeitsunfähigkeit im verfügungsweise geregelten Zeitraum gezogen hat.

E. 7.1

Der Beschwerdeführer bringt vor, aus den Akten ergebe sich eine rein unfallbedingte Erwerbsunfähigkeit von 20%. Den IV-Akten lasse sich jedoch nicht entnehmen, ob auch unfallfremde Faktoren vorliegen würden, die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben. Damit liege eine Verletzung von Art. 43 ATSG vor, weshalb die angefochtene Verfügung, soweit den Zeitraum nach dem 31. März 2013 betreffend, aufzuheben und die Sache der Ergänzung des medizinischen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen sei. Im Übrigen lasse sich weder den Akten noch der angefochtenen Verfügung eine Berechnung des IV-Grades entnehmen, womit eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliege.

E. 7.2

Vernehmlassend führt die IVSTA aus, es sei nicht zu bestreiten, dass der medizinische Aktenstand bei Erlass der angefochtenen Verfügung nicht mehr aktuell gewesen sei. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens seien daher bei der Suva sämtliche seit der letzten Aktenübermittlung vom 6. Februar 2013 aufgelaufenen Akten, insbesondere die Berichte der Rehaklinik F._____ über umfangreiche neue Untersuchungen im Frühjahr 2014, eingeholt worden (vgl. IV-act. 90, Suva-act. 4 und 5). Der medizinische Dienst halte in seiner Beurteilung vom 13. Juli 2015 (IV-act. 93) fest, durch die aktuelle Untersuchung der Rehaklinik F._____ hätten sich im Vergleich zur Untersuchung von Ende 2012 keine neuen Aspekte ergeben. Ergänzende Abklärungen in dieser Hinsicht seien dementsprechend nicht indiziert. Die der angefochtenen Verfügung zugrunde liegende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne aufgrund des aktualisierten medizinischen Aktenstands ohne Weiteres bestätigt werden. Von der Durchführung eines Einkommensvergleichs sei schliesslich abgesehen worden, da die festgestellte Arbeitsfähigkeit von 80% auch für die bis zum Unfall ausgeübte Tätigkeit als Hilfsdachdecker gelte, und im Rahmen eines Prozentvergleichs eine Erwerbseinbusse von 20% festgestellt worden sei (vgl. IV-act. 62).

E. 7.3

Die Akten der Unfallversicherung seit dem 6. Februar 2013 holte die IVSTA erst im Rahmen der Vernehmlassung im Beschwerdeverfahren ein. Dieser verspätete Beizug der vollständigen Akten bedeutet für den Beschwerdeführer jedoch keinen Nachteil, zumal ausgeschlossen werden kann, dass die Vorinstanz bei Vorlage der nachgeforderten Unterlagen zu einem anderen Ergebnis gelangt wäre (vgl. dazu nachfolgend E. 7.4). Mit Stellungnahme vom 13. Juli 2015 (IV-act. 93) hielt der medizinische Dienst der IVSTA (Dr. Vv._____) zu den eingeforderten Akten denn auch fest, gemäss der aktuellen psychiatrischen und interdisziplinären Abklärung bestehe keine relevante psychiatrische Störung, ebenfalls keine somatoforme oder neurasthenische Erschöpfung. Gegenüber der Untersuchung aus dem Jahr 2012 habe sich aus psychiatrischer Sicht nichts geändert. Die neuropsychologische Untersuchung habe klar Zeichen einer Aggravation ergeben; es sei

von einem intakten neuropsychologischen Funktionsniveau auszugehen. Aufgrund des sehr ausführlichen vollständig nachvollziehbaren Aktenstandes würden keine Anhaltspunkte für ein invalidisierendes unfallfremdes Geschehen bestehen. Eine ergänzende Abklärung auf Krankheitsfolgen sei nicht indiziert. Dem Beschwerdeführer wurde mit der Einladung zur Replik Gelegenheit zur Stellungnahme zu den nachgeforderten Akten und der Einschätzung des medizinischen Dienstes respektive der Vorinstanz gegeben, auf welche er jedoch verzichtete. Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör kann daher nicht festgestellt werden.

E. 7.4

Die neurologischen, neuropsychologischen, psychiatrischen und orthopädischen Berichte und interdisziplinären Austrittsberichte beziehungsweise Stellungnahmen der Universitätskliniken J._____ vom Juni 2011 (vgl. E. 6.3.1) und der Rehaklinik F._____ vom August/September 2010 (vgl. vorne E. 6.2.4), April 2011 (vgl. E. 6.2.8), November 2011 (vgl. E. 6.3.2), Juli 2012 (vgl. E. 6.3.3) und Mai 2014 (vgl. E. 6.4.2) erfüllen die Anforderungen an beweiskräftige Gutachten (vgl. E. 4.4.2). Sie geben die Vorakten wieder, fassen auf umfangreichen Untersuchungen, erheben vollständige Befunde, berücksichtigen die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, diskutieren die nachvollziehbar gestellten Diagnosen und sind in ihren Schlussfolgerungen zur gesundheitlichen Situation und deren Auswirkungen überzeugend. Sämtlichen Berichten ist daher volle Beweiskraft zuzumessen. Aus den vorliegenden Berichten ergibt sich ein schlüssiges und Bild des Gesundheitszustands, aufgrund dessen sich Aussagen zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit machen lassen. Auf die medizinische Dokumentation der Suva ist daher - soweit die Unfallfolgen betreffend - vollumfänglich abzustellen.

E. 7.5

Die medizinischen Akten dokumentieren den gesundheitlichen Verlauf seit dem Unfall ausführlich.

E. 7.5.1

Die anlässlich des Unfalls erlittenen Frakturen wurden erfolgreich operativ behandelt (vgl. E. 6.2.1) und waren spätestens im Juli 2012 vollständig verheilt (vgl. E. 6.2.7, E. 6.3.3.2); orthopädischerseits bestanden ab dem 6. Juli 2012 keine relevanten Einschränkungen mehr (vgl. E. 6.3.3.1). Die mit Austrittsbericht vom 8. September 2010 erstmals erwähnte schmerzhafte Funktionseinschränkung der HWS (vgl. E. 6.2.4.3, E. 6.2.5, E. 6.3.2.1) wurde nicht als für die Arbeitsfähigkeit relevant beurteilt; am 27. April 2011 wurde festgestellt, eine Verweistätigkeit sei körperlich, nicht aber kognitiv zumutbar (Suva-act. 1/70). Betreffend die am 29. Juli 2010 festgestellte kleine Blutung im Gyrus orbitals rechts (vgl. E. 6.2.3) wurde mit neuropsychologischem Bericht vom 6. August 2010 festgestellt, allfällige daraus resultierende Verhaltensauffälligkeiten im Sinne einer Persönlichkeitsveränderung seien zu beobachten (Suva-act. 1/230). Mit neurologischem Bericht vom 11. August 2010 wurde die Blutung als klinisch nicht relevant eingestuft (Suva-act. 1/218 f.). Mit MRT vom 17. Dezember 2010 konnten schliesslich keine älteren Parenchym-Läsionen nachgewiesen werden (vgl. E. 6.2.6).

E. 7.5.2

In psychologischer und psychiatrischer Sicht wurde am 6. August 2010 durch die Rehaklinik F._____ erstmals eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung

mit Einschränkungen der Aufmerksamkeitsfunktionen und der Gedächtnisleistungen im Rahmen eines postkontusionellen Syndroms (ICD-10: F07.2) diagnostiziert, die am 27. April 2011 bestätigt wurde (Suva-act. 1/226 ff.; 1/69 ff.). Der Neurologe Dr. E. _____ erachtete die angegebenen kognitiven Veränderungen nicht als auf einer organischen Basis beruhend (Suva-act. 1/218 f.). Im April 2011 wurde zusätzlich der Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsveränderung nach traumatischer Hirnverletzung (ICD-10: F07.0) geäussert (Suva-act. 1/71). Diese Diagnose wurde im November 2011 noch differenzialdiagnostisch erwogen bei der Hauptdiagnose einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung mit im Vordergrund stehender Asthenie nach einer Schädigung des Gehirns (ICD-10: F07.7) (Suva-act. 2/260, 2/253 ff.). Im Juli/Dezember 2012 wurde wiederum die Diagnose neuropsychologische Störung im Rahmen eines psychoorganischen Syndroms (ICD-10: F07.2) gestellt, jedoch nur noch in leichter Ausprägung (vgl. E. 6.3.3.3 und 6.3.3.5); zudem wurde eine Persönlichkeitsveränderung als unwahrscheinlich beurteilt (vgl. E. 6.3.3.4). Im Mai 2014 wurden normgerechte Leistungen in den meisten kognitiven Bereichen, eine deutliche Verschlechterung in einigen kognitiven Teilfunktionen und Aggravationstendenzen bemerkt. Insgesamt ging der Neuropsychologe von einem intakten neuropsychologischen Funktionsniveau aus (vgl. E. 6.4.2.1). Auch psychiatrischerseits wurde keine psychische Störung (mehr) diagnostiziert und eine günstige Prognose gestellt (vgl. E. 6.4.2.4).

E. 7.5.3

Gemäss neuropsychologischem Rapport vom 6. August 2010 berichtete der Beschwerdeführer über eine leichte Erschöpfung, wobei die Belastbarkeit während der Untersuchung nicht reduziert gewirkt habe (Suva-act. 1/229 f.). Der Hausarzt hielt am 4. Oktober 2010 fest, der Beschwerdeführer berichte über eine ausgeprägte Erschöpfbarkeit (IV-act. 13). Im April und Juni 2011 wurde auch durch die Rehaklinik F. _____ und die Universitätskliniken J. _____ über eine deutlich erhöhte Erschöpfbarkeit respektive eine sichtbare starke Ermüdbarkeit berichtet, die seitens der Universitätskliniken als asthenische Störung interpretiert wurde (Suva-act. 1/69 ff., 1/12 f.). Im November 2011 berichtete die Rehaklinik F. _____ über die Beklagung verschiedener neurasthenischer Beschwerden durch den Beschwerdeführer, die hinsichtlich der beruflichen Funktionsfähigkeit als limitierender Faktor eingestuft wurde (Suva-act. 2/259 f., 2/253 f.). Eine hohe Erschöpfbarkeit beklagte der Beschwerdeführer auch im Juli 2012 (Suva-act. 2/17 ff., 2/29 ff.), wobei diese als durch den Psychiater als neurasthenieuntypisch eingestuft und die Frage aufgeworfen wurde, wie authentisch die Beschwerden seien (Suva-act. 2/34, 2/38 f.). Psychiatrischerseits wurden im Juli 2012 eine starke Schonung und Selbstlimitierung durch die angegebene Erschöpfung konstatiert (Suva-act. 2/39 sowie E. 6.3.3.6) und neurologischerseits wurden Inkonsistenzen zwischen der berichteten Erschöpfbarkeit und dem Verhalten des Beschwerdeführers festgestellt (vgl. E. 6.3.3.5). Die physiotherapeutische Untersuchung im Juli 2012 ergab normale Befunde, die mit einer starken Erschöpfung nicht vereinbar waren (vgl. E. 6.3.3.6). Im Juli 2014 zeigte sich in der neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung eine gute psychophysische Belastbarkeit und wiederum Inkonsistenzen zwischen der angegebenen Erschöpfbarkeit und dem Verhalten während der Untersuchung (vgl. E. 6.4.2.1, 6.4.2.4). Ebenfalls weder somatisch noch psychiatrisch erklärt werden konnten die am 9. Dezember 2010, September/Oktober 2011 und 16. Juni 2012 durch den Beschwerdeführer berichteten Synkopen (vgl. etwa Suva-act. 1/69, 2/257, 2/42 ff.) und Kopfschmerzen (vgl. Suva-act. 1/223, 1/69 ff., 1/8 ff., 2/68 ff.). Eine Epilepsie konnte nicht nachgewiesen werden (vgl.

Suva-act. 2/59, 4/87 f.).

E. 7.5.4

Aus den medizinischen Berichten ergibt sich ein instabiler Gesundheitszustand bis Mitte 2012; vor diesen Zeitpunkt waren sich die Rehabilitationsärzte einig, dass eine definitive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit noch nicht erfolgen könne und der weitere Verlauf abzuwarten sei (vgl. E. 6.2.4. in fine, E. 6.2.5, E. 6.2.8, E. 6.3.1.2 in fine). Im November 2011 wurde ein atypischer Verlauf nach einer traumatischen Hirnverletzung festgestellt und erstmals von einer unbewussten Verdeutlichung der Beschwerden ausgegangen, die auch im Juli 2012 als wahrscheinlich erachtet wurde (vgl. E. 6.3.2.1, 6.3.3.3). Im Dezember 2012 wurde von einem abgeschlossenen Heilverlauf ausgegangen und erwogen, dass die Funktionsfähigkeit bei Berufen mit hohen kognitiven Anforderungen eingeschränkt sei, wobei sich die Leistungsminderung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht bemerkbar machen sollte. Allenfalls sei auch bei einer angepassten Tätigkeit von einer Leistungsminderung von 20% zufolge vermehrtem Erholungs- und Pausenbedarf auszugehen (vgl. E. 6.3.3.5). Im Mai 2014 wurde vermerkt, es bestehe keine verminderte Zumutbarkeit (Arbeitsfähigkeit), weder in den bisherigen noch in Verweistätigkeiten (vgl. E. 6.4.2.1).

E. 7.5.5

Nach dem Gesagten ergibt sich aus den Unfallakten per Mai 2014 ein abgeschlossener Heilverlauf bei Persistieren von (angegebenen) Erschöpfungszuständen sowie Kopfschmerzen und bei Vorliegen von Aggravationstendenzen. Die Suva verneinte eine unfallbedingte Invalidität mit Verfügung vom 24. Oktober 2014 (Suva-act. 4/39 f.) und Einspracheentscheid vom 17. Juli 2015 (Suva-act. 410) implizit. Diese Einschätzung wurde durch das Kantonsgericht des Kantons K. _____ mit Urteil vom 8. Juni 2016 bestätigt (Suva-act. 420). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung zwar zu berücksichtigen, doch darf der Invalidenversicherungsträger eine solche Einschätzung keinesfalls ohne weitere eigene Prüfung übernehmen (vgl. zum Ganzen BGE 133 V 549 E. 6; BGE 131 V 362; BGE 126 V 288 E. 2). Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise dafür, dass aufgrund der weder hirnganisch noch psychiatrisch erklärbaren, von Inkonsistenzen geprägten angegebenen Erschöpfungszustände eine rein krankheitsbedingte, das heisst nicht auf Unfallfolgen zurückzuführende, Invalidität bestehen würde. Es ist auch nicht ersichtlich, wie dies weiter abgeklärt werden könnte, nachdem die begutachtenden Ärzte festhalten, die Erschöpfbarkeit könne nicht (mehr) verifiziert werden. Der Beschwerdeführer bringt selbst keine ärztlichen Berichte bei, die eine Erklärung für die Erschöpfung bieten könnten oder Anlass zu weiteren Abklärungen geben würden. Er macht auch keine Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend. Damit bestehen keine Hinweise auf unfallfremde medizinische Einschränkungen. Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes der Vorinstanz kann demnach nicht festgestellt werden.

E. 7.5.6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorliegenden Arztberichte ein komplettes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers für den hier relevanten Zeitraum geben. Der rechtserhebliche Sachverhalt erweist sich diesbezüglich als vollständig und richtig erstellt. In antizipierter Beweiswürdigung ist daher von weiteren Abklärungen auf Krankheitsfolgen abzusehen (vgl. BGE 127 V 491 E. 1b; 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d

mit Hinweis).

E. 7.6

Die Vorinstanz stützt ihre Verfügung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vollumfänglich auf die Einschätzungen der Rehaklinik F._____ vom Juli/August 2012 einerseits und vom 7. Dezember 2012 andererseits sowie die entsprechende Stellungnahme des medizinischen Diensts vom 22. März 2013 (IV-act. 59; vgl. vorne E. 6.3.4). Sie geht von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen oder einer angepassten Arbeitstätigkeit ab dem 1. Juni 2010 und - bei Fortbestehen einer leichten neuropsychologische Störung im Rahmen eines psychoorganischen Syndroms - einer solchen von 20% ab dem 7. Dezember 2012 bei einer Belastbarkeit bis 25kg und im Übrigen ohne funktionelle Einschränkungen aus. Diese Einschätzung steht im Einklang mit den vorliegenden ärztlichen Berichten und Gutachten und ist nachvollziehbar. Ab Mai 2014 ergibt sich aus den vorliegenden medizinischen Akten gar eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie in einer angepassten Tätigkeit, was auf den Anspruch auf eine Invalidenrente jedoch keinen Einfluss hat.

E. 7.7

Dass die Vorinstanz zur Berechnung des Invaliditätsgrads einen Prozentvergleich vorgenommen hat (vgl. IV-act. 62 und die Vernehmlassung vom 23. Juli 2015), ist bei vorliegender Sachlage nicht zu beanstanden. Der Prozentvergleich ist eine zulässige Variante des Einkommensvergleichs. Dabei ist das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen mit 100% zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (vgl. das Urteil des BGer 9C_888/2014 vom 4. Februar 2015 E. 2). Der ordentliche Einkommensvergleich erübrigt sich vorliegend, weil der Beschwerdeführer zunächst in der angestammten wie auch in einer Verweistätigkeit gleichermaßen arbeitsunfähig war beziehungsweise mittlerweile gleichermaßen arbeitsfähig ist und daher für das Validen- und das Invalideneinkommen jeweils dieselbe Bemessungsgrundlage herangezogen wird (vgl. das Urteil des BGer 8C_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2). Nach der zutreffenden Berechnung der Vorinstanz ergab sich per Juni 2011 bei voller Arbeitsunfähigkeit ein Invaliditätsgrad von 100% respektive per Dezember 2012 bei einer Arbeitsunfähigkeit von 20% ein Invaliditätsgrad von 20%. Gestützt auf die nachträglich eingereichten Arztberichte ist per Mai 2014 von einem Invaliditätsgrad von 0% auszugehen.

E. 7.8

Im Ergebnis hat die Vorinstanz zu Recht dem Beschwerdeführer vom 1. Juni 2011 bis 31. März 2012 eine befristete Rente zugesprochen und festgestellt, dass seit dem 1. April 2013 kein entsprechender Anspruch mehr besteht. Die Rügen des Beschwerdeführers dringen nach dem Gesagten nicht durch, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da dem unterliegenden Beschwerdeführer mit

Zwischenverfügung vom 2. September 2015 die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde (BVGer-act. 13), sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

E. 8.2

Nachdem dem Beschwerdeführer auch ein unentgeltlicher Rechtsvertreter beigeordnet wurde (BVGer-act. 13), ist dieser zu Lasten der Gerichtskasse amtlich zu entschädigen. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist das Honorar aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Dabei ist von einem Stundenansatz für Anwälte von mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- auszugehen (Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist ein amtliches Honorar von Fr. 2'800.- angemessen (Art. 65 Abs. 5 VwVG i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. a VGG und Art. 14 Abs. 2 VGKE; inkl. Auslagen, exkl. Mehrwertsteuer [vgl. Art. 5 Bst. b des Mehrwertsteuergesetzes vom 2. September 1999 (MWSTG, SR 641.20) i.V.m. Art. 14 Abs. 3 Bst. c MWSTG sowie Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE, vgl. auch Urteil des BVGer C-6983/2009 vom 12. April 2010]). Es wird darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er zu hinreichenden Mitteln gelangt (Art. 65 Abs. 4 VwVG). Die Vorinstanz hat gemäss Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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