

BVGer C-3862/2014 vom 19. November 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3862_2014

FR: TAF C-3862/2014 du 19 novembre 2015

IT: TAF C-3862/2014 del 19 novembre 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

In verfahrensrechtlicher Hinsicht gelten für Sozialversicherungssachen grundsätzlich die Bestimmungen des ATSG (SR 830.1), soweit das IVG (SR 831.20) nicht ausdrücklich eine Abweichung hiervon vorsieht (vgl. dazu Art. 3 Bst. dbis VwVG, Art. 1 Abs. 1 IVG).

E. 1.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG).

E. 1.3

Gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG ist die Beschwerde innert 30 Tagen nach Eröffnung der Verfügung einzureichen. Vorliegend wurde die Verfügung am 10. Juni 2014 erlassen respektive amtsintern am 11. Juni 2014 bestätigt (act. 168, S. 1 + S. 3), die vorab per Telefax zum Versand gebrachte Beschwerde vom 11. Juli 2015 ging am 11. Juli 2015 beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer act. 1), und die unterzeichnete Beschwerdeschrift wurde am 14. Juli 2014 (Datum Posteingang) dem Gericht nachgereicht. Nach der Praxis des Bundesverwaltungsgerichts gelten auch die per Telefax übermittelten Beschwerden als rechtsgenügend eingereicht, wenn sie innert Frist beim Bundesverwaltungsgericht eintreffen und mittels Nachreichung des unterschriebenen Originals gemäss Art. 52 Abs. 2 und 3 VwVG nachgebessert werden (André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2. Aufl. 2013, S. 83 f. Rz. 2.133). Unter der Berücksichtigung der üblichen Zustellungsdauer im internationalen Briefpostverkehr ist davon auszugehen, dass die (frühestens) am 11. Juni 2014 zum Versand gebrachte Verfügung frühestens am 15. Juni 2014 bei der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eingetroffen ist. Mit der Beschwerdeeingabe vom 11. Juli 2014 (Eingang per Telefax: 14. Juli 2014) ist die Frist zur Erhebung der Beschwerde demnach gewahrt.

E. 1.4

Da die Beschwerde auch formgerecht (Art. 61 Bst. b ATSG; vgl. dazu auch Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht überwiesen wurde (BVGer act. 10), ist darauf einzutreten.

E. 2.1

Mit Blick auf die Rechtsanwendung von Amtes wegen ist unter dem Aspekt des rechtlichen Gehörs vorab festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit Einwand seiner Rechtsvertreterin 29. Januar 2014 eine Vielzahl verschiedener physischer Beschwerden geltend gemacht (act. 155, S. 2) und als Nachweis hierfür auf zahlreiche medizinische Berichte und Gutachten verwiesen hat.

E. 2.2

Wenn die IVSTA daraufhin in der angefochtenen Verfügung geltend gemacht hat, es bestehe angebliche "keine somatische Störung" (act. 168, S. 2), ohne darzulegen, aus welchen Gründen sie trotz der aktenmässig mehrfach ausgewiesenen somatischen Diagnosen mit spezialärztlich attestierten Funktionsdefiziten (vgl. dazu act. 42, S. 11; act. 141, S. 10; act. 157, S. 19 und act. 158) zu diesem Schluss gekommen ist, so ist weder für den Beschwerdeführer noch für das Gericht nachvollziehbar, wie sie dieses Ergebnis hergeleitet hat. Nicht substantiiert begründet hat sie überdies, aus welchen Gründen sie die bidisziplinäre Begutachtung als nicht mehr notwendig eingestuft hat und weshalb von weiteren Abklärungen keine neuen relevanten Erkenntnisse zu erwarten seien (antizipierte Beweiswürdigung). Durch diese Unterlassungen hat sie ihre Begründungspflicht verletzt. Weder für den Beschwerdeführer noch für die Rechtsmittelinstanz ist aus der angefochtenen Verfügung ersichtlich, aus welchen Gründen sie auf das angebliche Fehlen einer somatischen Gesundheitsstörung geschlossen und weshalb sie den Gesundheitszustand und die hieraus abzuleitende Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als rechtsgenügend abgeklärt erachtet hat. Mit Blick auf Art. 57a IVG, womit in der Invalidenversicherung das Vorbescheidverfahren wieder eingeführt wurde, sind an die Begründungsdichte von Verfügungen, die nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens gemäss Art. 57a IVG ergehen, erhöhte Anforderungen zu stellen. Diese gilt vor allem in Anbetracht der mit dem Erlass von Art. 57a IVG angestrebten besseren Akzeptanz der IV-Entscheidung und der damit beabsichtigten Entlastung der Gerichte (BBl 2005 S. 3079 ff., insbesondere 3084 f.).

E. 2.3

Ob die Verletzung des Gehörsanspruchs im Beschwerdeverfahren geheilt werden kann, braucht vorliegend nicht entschieden zu werden, da die Streitsache - wie nachfolgend (E. 5.1 - E. 5.4) darzulegen ist - bereits aus materiell-rechtlichen Gründen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 3

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

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland (act. 9, S. 1 f.), sodass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, nachfolgend: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen

Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

E. 3.2

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (10. Juni 2014) finden vorliegend grundsätzlich die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (nachfolgend: VO Nr. 883/2004; SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 87/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der VO Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. VO Nr. 883/2004. Der Anspruch auf eine Invalidenrente bestimmt sich auch nach Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4). Leistungen bei Invalidität sind im System der europäischen Sozialrechtskoordinierung in den Art. 44 - 49 VO Nr. 883/2004 geregelt. Analog zur früheren Verordnung (Nr. 1408/71) werden dabei zwei unterschiedliche Koordinierungssysteme unterschieden. Ein erster Systemtyp gilt für Personen, die ausschliesslich unter gesetzlichen Regelungen versichert gewesen sind, nach denen die Invalidenrente von der Dauer der Versicherungszeit unabhängig ist und ausschliesslich auf dem Umstand beruht, dass die betreffende Person bei Eintritt des Leistungsfalls versichert war ("Typ A"). Davon zu unterscheiden ist der zweite Koordinationstyp, bei welchem die versicherte Person einem Leistungssystem unterliegt, das die Leistungsansprüche in Abhängigkeit von der Dauer der Versicherung einräumt ("Typ B"). Bei diesem Koordinationstyp werden die Leistungen "pro rata temporis" bestimmt, sodass jeder Mitgliedstaat, in dem die Person versichert war, nach Massgabe der bei ihm zurückgelegten Versicherungszeiten zur Ausrichtung einer Invalidenrente verpflichtet ist (Art. 44 Abs. 1 VO Nr. 883/2004; Bernd Schulte, Die neue Europäische Sozialrechtskoordinierung in Gestalt der Verordnungen [EG] Nrn. 883/04 und 987/09, SZS 01/2012 S. 44 ff. und S. 143 ff., insbesondere S. 159 f.). Nach Art. 46 Abs. 1 VO 883/04 erhält eine Person, für die nacheinander oder abwechselnd die Rechtsvorschriften mindestens einer dieser Staaten nicht Rechtsvorschriften des "Typs A" galten, Leistungen nach Kapitel 5 (Art. 50 - 60: Alters- und Hinterlassenenrenten), das unter Berücksichtigung von Abs. 3 entsprechend gilt. Deutschland und die Schweiz sehen Rechtsvorschriften nach dem Koordinationstyp B vor, das heisst sie gewähren Leistungsansprüche bzw. Teilrenten in Abhängigkeit von der Dauer der Versicherung (Art. 44 Abs. 1 VO 883/04 i.V.m. Anhang VI e contrario). Wie nachfolgend (E. 3.3) darzulegen ist, erfüllt der Beschwerdeführer die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer, sodass - bei Erfüllung der weiteren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen - ein Anspruch auf eine Rente der IV besteht, und zwar ungeachtet dessen, dass er im Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität nicht mehr in der Schweiz wohnhaft oder erwerbstätig und beitragspflichtig ist.

E. 3.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). 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, Rz. 4; Art. 6 VO 883/04; vgl. auch Rz. 3001.3 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV; KSBIL, gültig ab 1. Juni 2002, Stand: 1. Januar 2015). Aus dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IK) geht hervor (act. 22), dass der Beschwerdeführer zwar weniger als drei Jahre, aber offensichtlich auch mehr als ein Jahr Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet hat. Nachdem die in Deutschland zurückgelegte Versicherungszeit von 397 Monaten (Stand: Februar 2012; vgl. act. 65, S. 7) in jedem Fall anzurechnen ist, erfüllt der Beschwerdeführer die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ohne Weiteres.

E. 3.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.5

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 (Bst. 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 (Bst. b und c).

E. 3.6

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, 115 V 133 E. 2).

E. 3.7

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

E. 3.8

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 (Satz 1). 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, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

E. 3.9

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) 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). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher

Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 3.10

In einem jüngst ergangenen Grundsatzentscheid (BGE 141 V 281) hat das Bundesgericht seine langjährige Praxis zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. dazu die Übersicht im Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH [gültig ab 1. Januar 2015], Rz. 1017.4 1/14) einer eingehenden Prüfung unterzogen und in wesentlichen Teilen geändert. Danach gilt insbesondere die Überwindbarkeitsvermutung im Sinne der bisherigen Schmerz- und Überwindbarkeitspraxis (vgl. dazu BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352) nicht mehr. Die Frage, ob ein psychosomatisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, stellt sich nun nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung der Ausgangsvermutung. Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt neu vielmehr eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.5 und 3.6). Das bisherige Regel-Ausnahmemodelle (Überwindbarkeitsvermutung; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) soll demnach in Weiterführung der Rechtsprechung (BGE 139 V 547) durch ein sogenanntes (durch Indikatoren) strukturiertes Beweisverfahren ersetzt werden. Unter dem Aspekt des funktionellen Schweregrades sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen) und "Sozialer Kontext" (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren einerseits und Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds andererseits) zu prüfen. Die auf diesem "Grundgerüst" beruhenden Folgerungen müssen schliesslich einer Konsistenzprüfung standhalten, welche einerseits die Teilfragen der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereich und andererseits den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck umfasst (BGE 141 V 281 E. 4.1.3; vgl. dazu auch Jörg Jeger, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter vom 13. Juli 2015, Rz. 30 ff.; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.).

E. 3.11

Nach Art. 46 Abs. 3 VO Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch unter dem Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. hierzu auch BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und

Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4

Nachfolgend ist in erster Linie zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG im erwerblichen und medizinischen Bereich rechtsgenügend nachgekommen ist.

E. 4.1

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere die folgenden Gutachten und Arztberichte vor: - Im Anschluss an den Berufsunfall vom 20. März 2009 diagnostizierte Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, mit Bericht vom 9. Mai 2009 im oberen Sprunggelenk (OSG) eine Talusschulter mit Knochenmarksödem sowie eine diskrete Synovialitis (Gelenkinnenhautentzündung). Dabei hielt er unter anderem fest, dass ihm der Verlauf etwas "eigenartig" erscheine, weshalb er die SUVA um ihre Beurteilung bitte (act. 27, S. 22). - In einem im Auftrag der Deutschen Pflegeversicherung erstellten Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 14. Mai 2010 hielt die Gutachterin, Dr. med. B._____, als pflegebegründende Diagnosen eine traumatische Bizepssehnenruptur rechts (ICD-10: S46.2), ein subakromiales Impingement beim rechten Schultergelenk mit Akromioplastik-Versorgung im April 2010, einhergehend mit erheblichen Gebrauchseinschränkungen der rechten oberen Extremität, sowie ein HOPS (Hirnorganisches Psychosyndrom) mit Minderung der Kritik- und Urteilsfähigkeit sowie Einschränkung der Alltagskompetenz (ICD-10: F06) fest. Als weitere Diagnosen hielt sie überdies eine Blaseninkontinenz, einen Zustand nach Kreuzbandabriss (links) und Achillessehnenverletzung (rechts) sowie eine Distorsion des Sprunggelenks fest. Auf der Grundlage ihrer Untersuchung attestierte sie dem Beschwerdeführer einen Pflegegrundbedarf von 125 min/Tag - entsprechend der Pflegestufe II nach SGB XI (Elftes Sozialgesetzbuch; vgl. dazu § 15 Abs. 1 Ziff. 2 Gesetzes vom 26. Mai 1994 [BGBl. I S. 1014], zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Dezember 2014 [BGBl. I S. 2462], <https://dejure.org/gesetze/SGB_XI>, abgerufen am 08.09.2015) sowie eine Abhängigkeit in der Hauswirtschaft (act. 43, S. 4 f. + S. 11). - Mit Bericht vom 24. August 2010 hielt Dr. med. M._____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, fest, die gleichentags am linken Knie durchgeführte Arthroskopie habe eine Chondropathie dritten Grades (ICD-10: M94.96), eine Gonarthrose (ICD-10: M17.9) sowie eine Insuffizienz des Zustandes nach medialer Meniskusresektion und vorderer Kreuzbandplastik (ICD-10: T84.4) ergeben (act. 50, S. 5 f.). Mit Bericht vom 25. August 2010 empfahl er dem behandelnden Arzt die Durchführung von physiotherapeutischen Behandlungen und eine orthopädische Konsultation bei Bedarf (act. 50, S. 3). - Am 7. Dezember 2010 musste sich der Beschwerdeführer aufgrund des Impingement-Syndroms an der rechten Schulter (ICD-10: M75.4) einer offenen chirurgischen Akromioplastik und einer arthroskopischen Spülung mit Drainage des (rechten) Schultergelenks unterziehen (act. 55, S. 1 f.). - In einem ärztlichen Befundbericht zum Rentenantrag hielt der behandelnde Arzt, Dr. med. H._____, am 2. Mai 2011 als Diagnosen ein Impingement-Syndrom an der rechten Schulter (Zustand nach Operation, Polyarthrosis), einen Zustand nach Meniskusresektion, eine Elongation VKB-Plastik links mit

chronischem Schmerzsyndrom sowie chronisch depressivem Syndrom, einen Riss der langen Bizepssehne (rechts), Magen-Darmliden, Schwerhörigkeit und Tinnitus sowie einen Zustand nach Schädelbasisbruch und Wirbelsäulenbeschwerden fest. Ferner führte er aus, im Rahmen der Untersuchung vom 14. April 2011 habe er schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen in der rechten Schulter und in sämtlichen grossen Gelenken, ein chronisches Schmerzsyndrom sowie eine depressive Stimmungslage befundet. Der Beschwerdeführer sei der Pflegestufe 2 zugewiesen, und aus ärztlicher Sicht sei krankheitsbedingt eine vollkommene Erwerbsunfähigkeit gegeben (act. 56). - Mit Bericht vom 28. Juni 2011 hielt Dr. med. N. _____ zuhanden der Deutschen Rentenversicherung als Diagnosen eine depressive Störung mit Angst (ICD-10: F41.2), eine chronische Schmerzstörung (ICD-10: F.45.41), eine nicht-organische Insomnie (ICD-10: F.51.0) sowie eine chronische Persönlichkeitsstörung bei chronischen Schmerzen (ICD-10: F62.80) fest (act. 127). - Mit medizinischer Stellungnahme vom 8. August 2011 führte Dr. med. O. _____ aus, der Beschwerdeführer sei am 20. März 2009 vom Gerüst gestürzt und sei dann bis zum 5. Juni 2009 wieder arbeitsunfähig geschrieben worden. Ein Attest für eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit liege nicht in den Akten. Aus den medizinischen Akten lasse sich kein invalidisierender Schaden ableiten (act. 36, S. 2). - Gestützt auf einen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung erstattete Dr. med. C. _____, Fachärztin für Chirurgie, im Anschluss an eine Untersuchung des Versicherten vom 4. Oktober 2011 ein orthopädisches Gutachten. Darin diagnostizierte sie eine Ruptur der vorderen Kreuzbandplastik mit massiver Schmerzsymptomatik, eine ausgeprägte Chondropathie mit massiver Schmerzsymptomatik und schmerzhaften Bewegungseinschränkungen des linken Kniegelenks, ein Impingement der rechten Schulter mit deutlicher Bewegungseinschränkung, belastungsabhängige Schmerzen im linken und rechten oberen Sprunggelenk (ohne wesentliche Funktionseinschränkung), eine angegebene Dranginkontinenz für Stuhl und Urin, einen anamnestisch bekannten Tinnitus mit Schwerhörigkeit, einen arteriellen Hypertonus sowie den Verdacht auf ein psychisches Leiden. Nach Angaben der Ehefrau des Beschwerdeführers sei seit dem Arbeitsunfall im Jahr 2009 in der Schweiz mit einem Sturz aus 3 m Höhe und der anschliessenden Arbeitsunfähigkeit eine massive depressive Symptomatik mit entsprechender Antriebslosigkeit aufgetreten. Seit diesem Unfallereignis sei der Beschwerdeführer nur noch am Rollator mobil, und an schlechten Tagen würde ihn nur noch die Ehefrau am Rollator fortbewegen. Sämtliche hygienischen Massnahmen sowie "Füttern", An- und Ausziehen und Transfer würden durch die Ehefrau und die Kinder übernommen. Warum der Beschwerdeführer sämtliche Handlungen eingestellt habe, sei körperlich nicht zu erklären. In ihrer zusammenfassenden Beurteilung kam die Gutachterin zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht in seinem bisherigen Beruf als Maurer nicht mehr einsetzbar sei; auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei ihm hingegen ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten in überwiegend sitzender Haltung, unter Ausschluss von Hocken, Knien, Bücken, Heben von Lasten, Überkopfarbeiten, Steigen und Klettern sowie Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr, vollschichtig möglich. Ein endgültiger Entscheid über das Leistungsvermögen solle erst nach Vorliegen des neurologisch/psychiatrischen Gutachtens erfolgen (act. 42, S. 1 - 16, insbesondere S. 11 f.). - Dr. med. D. _____, Fachärztin für Nervenheilkunde, führte im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung am 26. Oktober 2011 eine psychiatrische Untersuchung durch. Gestützt darauf führte sie aus, der Beschwerdeführer sei im Rollstuhl sitzend zur Untersuchung erschienen, wobei er von der Ehefrau mit dem Auto zur

Untersuchung gebracht worden sei. Im Rahmen der allgemeinen Anamnese hielt sie unter anderem fest, der Schlaf sei gestört, hinsichtlich Miktion und Stuhlgang liege eine Inkontinenz vor, und ein Führerschein sei vorhanden (act. 59, S. 3 + S. 6). Auf die verarbeiteten Hände beidseits und die verschwielten Daumen angesprochen, habe er keine plausible Erklärung abgeben können (act. 59, S. 2 + S. 6). Dr. med. D. _____ kam zum Schluss, dass die therapeutischen Möglichkeiten längst nicht ausgeschöpft und im Rahmen der Begutachtung auch Zweifel an der Ausprägung der mitgeteilten Beschwerden aufgetreten seien. Es sei deshalb zunächst von einer kurzfristigen Leistungsminderung auszugehen, wobei Leistungsvermögen seit der Rentenantragstellung aufgehoben sei. Abschliessend empfahl sie die Durchführung einer psychiatrischen Behandlung in einem stationären Rahmen sowie die Durchführung einer erneuten Begutachtung in einem Jahr (act. 59, S. 10). - Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädie, hielt in seinem zuhänden der Deutschen Pflegeversicherung erstellten Gutachten vom 11. November 2011 ein deutliches Funktionsdefizit des rechten Schultergelenks - Läsion der Rotatorenmanschette mit sekundärer Omarthrose - mit einem synovialitischen und bursitischen Reizzustand, ein mittelgradiges Funktionsdefizit des linken Kniegelenks infolge posttraumatischer Gonarthrose bei ligamentärer Instabilität, einen Zustand nach Achillessehnenruptur rechts, sowie ein endgradiges Funktionsdefizit beider Sprunggelenke (rechts nach Achillessehnenruptur, links nach osteochondraler Talusfraktur) fest. Überdies fügte er hinzu, die klinische Untersuchung des Achsenorgans und der Extremitätengelenke könne den Haltungsverlust und das Mobilitätsdefizit nicht erklären. Gestützt auf diese Gesundheitsbeeinträchtigungen schloss er - mit Blick auf die Pflegeversicherung - auf einen Gesamtgrad der Behinderung von 80 % (act. 157, S. 15 + S. 18 f.). - Dr. med. P. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, führte in seinem - ebenfalls im Auftrag der Deutschen Pflegeversicherung erstellten - Gutachten vom 6. Februar 2012 insbesondere aus, gestützt auf das Ergebnis der persönlichen Untersuchung, der Beobachtung des Exploranden sowie den Vorakten könne keine eindeutige diagnostische Wertung erfolgen. Die Hilflosigkeit und Bewegungslosigkeit kontrastiere mit dem erhaltenen Muskeltonus und dem gut erhaltenen Muskelrelief, das bei einem zweijährigen Nichtgebrauch der Glieder myotrophisch verändert sein müsste. Völlig unklar bleibe dann auch die diagnostische Einordnung der Miktions- und Defäkationsstörungen. Ein stationärer Aufenthalt sei vom Exploranden abgelehnt worden. Die Entwicklung der psychischen Störung, das Ausmass der motorischen Funktionseinschränkungen sowie die Blasen- und Mastdarmfunktionsstörungen seien beim derzeitigen Informationsstand für den Untersucher unverständlich. Für die Entwicklung eines Therapieansatzes und eine exakte Diagnosestellung sowie aus gutachtlichen Gründen seien stationäre Beobachtungsbedingungen notwendig (act. 101, S. 18 ff.). - Dr. med. O. _____ vom medizinischen Dienst der IVSTA hielt mit Bericht vom 9. Februar 2012 insbesondere fest, die von der deutschen Gutachterin diagnostizierte Konversionsstörung sei durch eine psychiatrische Behandlung besserbar, und die psychiatrische Gutachterin empfehle zur Überprüfung der Diagnose eine stationäre Behandlung. Das vom Beschwerdeführer gezeigte Krankheitsbild sei somatisch nicht zu begründen. Er empfehle die Aufforderung zur Durchführung einer stationären Begutachtung in Anwendung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (act. 61, S. 1 - 4). - Der Psychotherapeut, Dr. phil. P. _____, führte in seinem (im Auftrag des Beschwerdeführers erstellten) Privatgutachten vom 23. Februar 2013 im Wesentlichen aus, es seien eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), eine somatoforme autonome

Funktionsstörung - unteres Verdauungssystem (ICD-10: F45.32), eine somatoforme autonome Funktionsstörung - Urogenitalsystem (ICD-10: F45.34), eine rezidivierende kurze depressive Störung (ICD-10: F38.10) sowie eine passiv-negativistische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.81) zu diagnostizieren. Das Krankheitsbild sei hinsichtlich der Somatisierungs- und der Konversionstörung chronifiziert; die Prognose müsse als "infaust" eingestuft werden. Der Explorand habe mitunter spontan erklärt, dass er zwischenzeitlich immer wieder mal "einige Tage habe gehen" können, insbesondere morgens nach dem Aufwachen und wenn er in der Garage mal etwas geordnet habe. Danach sei dann aber die Lähmung wieder "mit tauben Unterschenkeln beginnend aufgestiegen". In einer vertieften Exploration sei von ihm die Urin- und Stuhlinkontinenz abgeklärt worden. Hierbei habe sich herausgestellt, dass der Patient diese Störung gar nicht habe (act. 137, S. 7 + S. 10 ff.). - Dr. med. Q._____, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, führte am 22. April 2013 im Rahmen einer (amtsinternen) sozialmedizinischen Stellungnahme insbesondere aus, die nicht-ärztliche Expertise von Dr. phil. Nigge sei weder hinsichtlich des psychischen noch bezüglich des neurologischen Status verwertbar. Aufgrund der seit der Begutachtung vom Oktober 2011 verstrichenen Zeit sei eine erneute neurologisch-psychiatrische Sachaufklärung dringend indiziert (act. 140). - Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung nahm die Psychiaterin, Dr. med. I._____, beim Beschwerdeführer am 15. Juli 2013 eine psychiatrische Untersuchung vor. Gestützt darauf diagnostizierte sie in ihrer Expertise vom 26. Juli 2013 eine schwere Depression mit Somatisierung wie auch den Verdacht auf eine "konversionsneurotische Störung" (recte: konversionsneurotische Störung). In Bezug auf die Miktion stellte sie keinen (positiven) Befund fest und hinsichtlich des Stuhlgangs hielt sie als Befund gelegentliche Durchfälle respektive Verstopfung fest. In ihrer zusammenfassenden Beurteilung kam sie zum Schluss, dass die Stimmungslage zwischen depressiv und indifferent einzustufen sei. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei deutlich reduziert, und die Psychomotorik und der formale Gedankengang seien verlangsamt gewesen. Mit Blick auf die erhobenen Befunde und die Würdigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen sei das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in seiner letzten Tätigkeit und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seit dem ersten Rentenantrag aufgehoben, und mit einer sozialmedizinisch relevanten Besserung sei nicht mehr zu rechnen (act. 141, S. 1 ff., insbesondere S. 2 + S. 10). - Dr. med. E._____ führte mit Bericht vom 16. November 2013 aus, es erscheine ihm klar, dass es sich hier um eine ätiologisch und pathogenetisch unklare, nicht objektivierbare Störung handle. Es liege weder eine psychiatrische Komorbidität vor noch bestehe eine somatische Störung; zudem sei auch ein Rückzug in allen Belangen des sozialen Lebens nicht gegeben, und es seien keine Rehabilitationsmassnahmen durchgeführt worden. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit nach "Schweizer Gesetzgebung", und eine Begutachtung sei nicht mehr notwendig (act. 153). An dieser Beurteilung hielt er auch nach Prüfung der vom Beschwerdeführer neu eingereichten Arztberichte fest (act. 167). 4.2.1 Die Vorinstanz stützte ihre Leistungsfähigkeitsbeurteilung in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die Stellungnahmen von Dr. med. E._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie beim medizinischen Dienst der IVSTA, vom 16. November 2013 und vom 24. Mai 2014 ab (act. 153 und 167). Darin machte der Facharzt gestützt auf eine Aktenbeurteilung, insbesondere auch unter Einbezug der vom Beschwerdeführer im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Akten (vgl. namentlich act. 121, 128, 134, 136, 137, S. 1 -12; act. 138, 140 f., 142 sowie act. 147, S. 1), geltend, dass es sich vorliegend um eine ätiologisch und pathogenetisch unklare, nicht objektivierbare Störung handle, wobei

weder eine Komorbidität noch eine somatische Störung bestünden. Daraus schloss er auf das Fehlen einer invalidisierenden Wirkung der Gesundheitsbeeinträchtigung und fügte hinzu, dass eine Begutachtung unter diesen Umständen nicht mehr notwendig sei. 4.2.2 Bei den Stellungnahmen von Dr. med. E. _____ handelt es sich um versicherungsinterne Berichte im Sinn von Art. 59 Abs. 2bis IVG, welchen der Beweiswert auch bei einem Verzicht auf eine persönliche Untersuchung nicht per se abzuspochen ist, sofern sie die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen (vgl. E. 3.9 und 3.10 hievor). Dazu gehört namentlich, dass die Berichte für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und dass die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V. 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Diese Anforderungen sind vorliegend aus folgenden Gründen nicht erfüllt: 4.2.2.1 Dr. med. E. _____ hat als Facharzt des medizinischen Dienstes der IVSTA die nicht mehr gegebene Notwendigkeit zur Begutachtung (vgl. zur ursprünglich gegenteiligen Auffassung: act. 70, 79 + 103 f.) ausschliesslich damit begründet, dass hier eine ätiologisch und pathogenetisch unklare nicht objektivierbare Störung bestehe. Diese Begründung genügt indes auf folgenden Gründen für den Verzicht auf weitere Abklärungen nicht: Zum einen galt bereits nach der (bisherigen) Rechtsprechung des Bundesgerichts vor der dargelegten Praxisänderung (vgl. E. 3.10 hievor), dass die Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage ("PÄUSBONOG") für sich allein nicht entscheidend ist, wenn es um die Beurteilung der objektiv zumutbaren Leistungsfähigkeit geht (Urteil des BGer 9C_856/2014 vom 8. Oktober 2014 E. 3.1 und 3.2 mit Hinweisen). Soweit die Vorinstanz den Verzicht auf die ursprünglich selbst als notwendig eingestufte Begutachtung - entsprechend der Argumentation von Dr. med. E. _____ - mit dem blossen Hinweis auf das syndromale Beschwerdebild ("PÄUSBONOG") begründet, erweist sich diese Begründung mithin als nicht stichhaltig, zumal sie der bisherigen bundesgerichtlichen Praxis widerspricht. Denn bereits nach dieser (inzwischen überholten) Rechtsprechung galt der Grundsatz, dass auch beim Vorliegen eines unklaren syndromalen Beschwerdebildes fachärztlich zu prüfen ist, ob nicht ein anderes Störungsbild gegeben ist, das anhand klinischer und oder anderweitiger Untersuchungen zuverlässig nachgewiesen werden kann (Urteil des BGer 8C_251/2013 vom 14. Februar 2014 E. 4.2.2, in: SVR 2014 IV Nr. 112 S. 47 mit Verweis auf BGE 139 V 547 E. 9.4). Diese in der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichts postulierten Grundsätze werden überdies durch die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bestätigt. Danach sagt die Diagnose einer syndromalen Störung für sich allein noch nichts aus über deren Schweregrad und deren Auswirkungen auf die Funktions- und Arbeitsfähigkeit (vgl. dazu Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 6/2104, S. 522 ff., insbesondere S. 525). Zum andern stellt eine depressive Störung für sich keinen solchen syndromalen Zustand dar (Urteil des BGer 8C_302/2011 vom 20. September 2011 E. 2.4). Wenn demnach - wie hier - die Auswirkungen einer Depression beziehungsweise gar einer schweren Depression mit Somatisierung (Gutachten von Dr. med. I. _____; act. 141, S. 10) zur Beurteilung stehen, so kam bereits nach der bisherigen bundesgerichtlichen Praxis die Überwindbarkeitsvermutung nicht zum Tragen. Vorliegend steht fest, dass Dr. med. I. _____ in ihrem Gutachten vom 26. Juli 2013 insbesondere eine

schwere Depression mit Somatisierung diagnostiziert hat, wobei sie das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in seiner letzten Tätigkeit wie auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seit dem Rentenantrag als aufgehoben bewertet hat; überdies hat sie auch eine sozialmedizinisch relevante Besserung ausgeschlossen und die Belastbarkeit für Rehabilitationsmassnahmen verneint (act. 141, S. 10). Soweit Dr. med. E. _____ die Diagnose der schweren Depression einem syndromalen Beschwerdebild ("PÄUSBONOG") gleichgestellt hat, steht seine Beurteilung in offensichtlichem Widerspruch zur bundesgerichtlichen Praxis. Seine Begründung hält demnach bereits aus diesem Grund einer kritischen Prüfung nicht Stand.

4.2.2.2 Auf die Schlussfolgerung von Dr. med. E. _____ kann überdies auch deshalb nicht abgestellt werden, weil er in seinen medizinischen Stellungnahmen insbesondere nicht begründet hat, weshalb die von den (ausländischen) Spezialisten durchgeführten psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen angeblich keine objektivierbaren Störungsbilder ergeben hätten (vgl. zu diesem Erfordernis auch Henningsen, a.a.O., S. 511), obwohl in den medizinischen Berichten und Gutachten eine Vielzahl von somatisch bedingten Diagnosen gestellt wurden (vgl. dazu act. 42, S. 11; act. 43, S. 4 f.; act. 50, S. 3 + S. 5 f.; act. 55 f.; act. 157, S. 14 f.). Die Aktenbeurteilungen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz stehen demnach bereits hinsichtlich der erhobenen Befunde und der gestellten Diagnosen in offensichtlichem Widerspruch zu den im Recht liegenden Berichten und Gutachten. Nachdem diese offensichtlichen Widersprüche von Dr. med. E. _____ weder thematisiert noch aufgelöst wurden, erweisen sich die medizinischen Abklärungen der Vorinstanz als unvollständig und damit ungenügend.

4.2.2.3 Hinzu kommt, dass die Beurteilung von Dr. med. E. _____ auch in Bezug auf die funktionelle Leistungsfähigkeit in offensichtlichem Widerspruch zu den Beurteilungen mehrerer Spezialärzte steht. Letztere gehen durchwegs von relevanten Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit beziehungsweise gar von einem gänzlich aufgehobenem Leistungsvermögen aus (vgl. dazu act. 43, S. 4 f. + S. 11; act. 59, S. 10; act. 141, S. 10; act. 157, S. 15 + S. 19). Angesichts dieser offensichtlichen Diskrepanzen hätte die Vorinstanz zwingend weitere Abklärungen in die Wege leiten müssen. Der Verzicht auf die ursprünglich auch von der IVSTA vorgesehene Begutachtung ist dabei umso weniger nachvollziehbar, als rechtsprechungsgemäss bereits geringe Zweifel genügen, um die Notwendigkeit weiterer Abklärungen zu begründen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

4.2.2.4 Überdies genügen die bis dato vorliegenden medizinischen Berichte und Gutachten auch mit Blick auf das hier notwendige (durch Indikatoren) strukturierte Beweisverfahren den Anforderungen der neuen Rechtsprechung (E. 3.10 hievon) nicht. Aufgrund der mitunter diagnostizierten Schmerzstörung (act. 56, S. 1; act. 127, S. 1) werden sich die Gutachter in Nachachtung dieser neuen Rechtsprechung mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen) und "Sozialer Kontext" (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren einerseits und Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds andererseits) auseinander zu setzen haben; die auf diesem "Grundgerüst" beruhenden Folgerungen müssen schliesslich einer Konsistenzprüfung unterzogen werden (BGE 141 V 281 E. 4.1.3).

4.2.2.5 Auch in formeller Hinsicht erfüllen die Stellungnahmen von Dr. med. E. _____ die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten nicht. So fehlt zunächst eine Zusammenfassung der relevanten anamnestischen Akten mit Hinweis auf die

entsprechenden Befunde, Diagnosen und Beurteilungen. Unter dem Aspekt der Vollständigkeit ist zu verlangen, dass der Gutachter die Anknüpfungstatsachen, das heisst die tatsächlichen Grundlagen des Gutachtens, die er nicht selber beschafft hat, einzeln und mit ihrem wesentlichen Inhalt rekapituliert (vgl. Alfred Bühler, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten unter Berücksichtigung der jüngsten Lehre und Rechtsprechung, in: Jusletter vom 21. Juni 2010, S.18; Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.1). Hinsichtlich der aktenkundigen Unfälle aus den Jahren 1976 und 1983 (vgl. dazu act. 42, S. 2) wurde offenbar auch auf den Beizug der echtzeitlichen medizinischen Berichte verzichtet. Zudem wurden offenbar nicht sämtliche SUVA-Akten beigezogen, zumal aus den vorliegenden Akten nicht hervorgeht, ob die von Dr. med. L._____ mit Schreiben vom 9. Mai 2009 (act. 27, S. 22) geforderte kreisärztliche Beurteilung tatsächlich veranlasst wurde und aus den SUVA-Akten auch nicht ersichtlich ist, wann und wie der Berufsunfall vom 20. März 2009 abgeschlossen wurde. Insoweit stehen die Beurteilungen von Dr. med. E._____ auch im Widerspruch zum Erfordernis der Begutachtung in Kenntnis der Vorakten (vgl. E. 3.7 hievor). In den hier zur Diskussion stehenden Berichten von Dr. med. E._____ fehlt sowohl eine solche Zusammenfassung der wesentlichen Akten als auch eine hinreichend fundierte Auseinandersetzung mit diesen. Die Berichte genügen auch folglich den rechtsprechungsgemässen Anforderungen nicht.

4.2.2.6 Überdies weist auch die versicherungsmedizinische Beurteilung als eigentlicher Kernbereich einer Expertise erhebliche Lücken auf. So fehlt es insbesondere an einer detaillierten, rechtsgenügenden Stellungnahme zu Art und Umfang der möglichen und zumutbaren Verweistätigkeiten (vgl. dazu Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 2. Aufl. 2012, S. 56 f.). In diesem Zusammenhang hat sich der Gutachter etwa darüber zu äussern, ob die versicherte Person gehend, sitzend oder stehend, im Freien oder in (geheizten) Räumen, durchgängig oder mit (vermehrten) Pausen, unter Vermeidung des Kontaktes mit Noxen aus der Arbeitsumgebung (Zugluft, Lärm, Materialien, Feuchtigkeit, Staub) arbeiten, ob sie Lasten heben und/oder tragen, ob sie vollschichtig oder nur teilweise berufstätig sein kann (vgl. dazu Ulrich Mayer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri, Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, S. 48 f.).

4.2.2.7 Ferner findet sich in den erwähnten versicherungsinternen Beurteilungen auch keine Auseinandersetzung mit ärztlichen Berichten, welchen von der Beurteilung von Dr. med. E._____ mitunter erheblich abweichen. In diesem Zusammenhang ist namentlich zu fordern, dass der Arzt detailliert und nachvollziehbar begründet, weshalb er eine Diagnose als unrichtig einstuft und aus welchen Gründen er zu einer abweichenden Leistungsfähigkeitsbeurteilung gelangt ist. Die (hier vollkommen fehlende) Auseinandersetzung mit Berichten und Expertisen, welche von den der Verfügung zugrunde gelegten versicherungsinternen Stellungnahmen abweichen, ist deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (vgl. Urteil 9C_986/2009 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352).

4.2.3 Nach dem Gesagten steht fest, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der bis zum massgeblichen Verfügungszeitpunkt vom 10. Juni 2014 erstellten medizinischen Berichte und Gutachten nicht schlüssig beurteilen lassen. Dies gilt umso mehr, wenn überdies mit

Blick auf die hier mitunter zur Diskussion stehenden Schmerzstörungen berücksichtigt wird, dass neu ein strukturiertes Beweisverfahren anhand der genannten bundesgerichtlichen Indikatoren durchzuführen ist (BGE 141 V 281). Damit steht fest, dass die angefochtene Verfügung der IVSTA auf der Grundlage einer unvollständigen medizinischen Aktenlage erlassen wurde. Dementsprechend ist der medizinische Sachverhalt durch weitere Abklärungen im Sinne der nachfolgenden Erwägungen (E. 5) zu ergänzen.

E. 4.3

Der Beizug von medizinischen Sachverständigen ist überdies auch mit Blick auf die medizinische Beurteilung der nachfolgenden, aus den Akten hervorgehenden Widersprüche und Lücken im medizinischen Sachverhalt dringend geboten: - Aus dem spezialärztlichen Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 4. Oktober 2011 geht hervor, dass der Beschwerdeführer geltend macht, er sei seit der Knieoperation im Jahr 2010 für die Fortbewegung vorrangig auf den Einsatz eines Rollators, an schlechten Tagen gar auf den Benützung eines Rollstuhls, angewiesen (act. 42, S. 2 + S. 12). Überdies erschien der Beschwerdeführer auch zu weiteren Begutachtungen regelmässig in Begleitung seiner Ehefrau und im Rollstuhl sitzend (act. 59, S. 2, S. 6 + S. 10; act. 137, S. 1 ff.; act. 141, S. 2; act. 157 S. 6). Aus fachärztlicher Sicht war in diesem Zusammenhang jeweils nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer auf die ständige Benützung des Rollators beziehungsweise Rollstuhls angewiesen sein soll. Die durchgeführten diagnostischen Massnahmen konnten das Ausmass der geltend gemachten Schmerzen und die partielle Gehunfähigkeit nicht erklären (act. 42, S. 12; act. 141, S. 10). Zudem äusserte auch die Psychiaterin, Dr. med. H. _____, im Rahmen ihrer psychiatrischen Begutachtung Zweifel an der Ausprägung der mitgeteilten Beschwerden (act. 59, S. 10). Die Gutachter werden zu diesen Widersprüchen explizit Stellung zu beziehen haben. - Eingehend zu untersuchen ist ferner die Frage, wie die Diskrepanzen zwischen dem geltend gemachten massiven Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung einerseits und den im Wesentlichen unauffälligen Befunden in Bezug auf den Muskelaufbau des Bewegungsapparates andererseits zu erklären sind. So stellte Dr. med. R. _____ insbesondere fest, dass das Muskelrelief an den unteren Extremitäten bis auf die Myatrophie im Musculus quadriceps links unauffällig und kräftig ausgeprägt sei. Dabei kontrastiere die Hilflosigkeit und Bewegungslosigkeit des zu Begutachtenden mit dem erhaltenen Muskeltonus und dem gut erhaltenen Muskelrelief, welches bei einem zweijährigen Nichtgebrauch verändert sein müsste (act. 101, S. 13 + S. 18). Aufgrund dieser Ausgangslage werden die Gutachter auch abzuklären haben, ob und gegebenenfalls inwiefern der Beschwerdeführer aus objektiver Sicht effektiv auf den Einsatz von Rollator respektive Rollstuhl angewiesen ist, respektive ob der Gebrauch der genannten Hilfsmittel medizinisch indiziert ist. Schliesslich wird vom Gutachter auch zu prüfen sein, ob Simulation beziehungsweise Aggravation (vgl. dazu Alfred Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Aufl. 2003, S. 270 ff.) oder eine blosser Verdeutlichungstendenz vorliegt (vgl. dazu Urteil des BGE vom 29. Juni 2015 E. 4.2.1 mit weiteren Hinweisen). Insbesondere ist nicht nachvollziehbar, weshalb in den dargelegten - dem Entscheid der Deutschen Rentenversicherung zugrunde gelegten - Expertisen trotz der bestehenden Widersprüche und unvollständigen Sachverhaltsfeststellung eine konkrete Einschränkung hergeleitet und auch beziffert werden konnte. - Im Gutachten der Psychiaterin Dr. med. D. _____ wird im Rahmen der allgemeinen Anamnese mitunter festgehalten, dass der Beschwerdeführer nach wie vor über einen Führerschein verfügt (act. 59, S. 3). Bei einem Versicherten, der den Kopf während der Exploration meist gesenkt

gehalten und einen pseudodementen Eindruck vermittelt hat und bei dem auch auf "energische Ansprache" hin nur eine "bruchstückhafte Exploration" möglich war (act. 59, S. 6), ist im Hinblick auf die Festlegung der möglichen und zumutbaren Verweistätigkeiten relevant, ob dem Beschwerdeführer mit Blick auf die Eigen- und Fremdgefährdung die Führung eines Motorfahrzeugs noch möglich ist respektive erlaubt werden darf. Die Gutachter werden sich in diesem Zusammenhang auch zur Frage der Fahreignung zu äussern haben. - Laut Einschätzung von Dr. med. D._____ sind die therapeutischen Möglichkeiten beim Beschwerdeführer noch längst nicht ausgeschöpft (act. 59, S. 10). Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Dr. med. R._____, kam in seinem Gutachten gar zum Schluss, dass für die exakte Diagnosestellung und Entwicklung eines Therapieansatzes stationäre Beobachtungsbedingungen erforderlich seien (act. 101, S. 20). Demgegenüber kam Dr. med. I._____ zum Schluss, dass mit einer sozialmedizinisch relevanten Besserung nicht mehr zu rechnen und der Beschwerdeführer nicht belastbar sei für Rehabilitationsmassnahmen (act. 141, S. 10). Die Gutachter werden sich dementsprechend auch zur Frage zu äussern haben, ob und gegebenenfalls mit welchen Therapien gegebenenfalls noch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann. - Widersprüchlich und weiterhin vollkommen ungeklärt ist die diagnostische Einordnung der geltend gemachten Miktions- und Defäkationsstörungen. Bereits Dr. med. S._____ führte in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme aus, es sei keinerlei Erkrankung dokumentiert, welche zu einer Blaseninkontinenz und damit zur Notwendigkeit, Vorlagen zu tragen, führe (act. 121, S. 2). Im Gutachten von Dr. med. C._____ vom 4. Oktober 2011 konnten diesbezüglich ebenfalls keine objektiven Befunde erhoben und dementsprechend auch keine Diagnosen gestellt werden (act. 42, S. 3 + S. 11 f.). Auch in der Expertise von Dr. med. K._____ vom 11. Dezember 2011 konnten für die geltend gemachten Inkontinenzprobleme (act. 157, S. 5) keine objektiven Befunde erhoben werden (act. 157, S. 3). Im Widerspruch zu den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Inkontinenzproblemen kam der (von dessen Rechtsvertreterin mandatierte) Privatgutachter, Dr. phil. P._____, in seiner ausführlichen Stellungnahme vom 23. Februar 2013 gar zum Schluss, dass die Urin- und Stuhlinkontinenz gemäss seiner vertieften Exploration gar nicht bestehe (act. 137, S. 7). Angesichts dieser erheblichen Widersprüche drängt sich auch eine urologische Teilbegutachtung auf. - Hinzu kommt, dass der behandelnde Arzt, Dr. med. H._____, bereits in seinem Befundbericht zum Rententrag unter anderem eine Schwerhörigkeit und einen Tinnitus diagnostiziert hatte (act. 56). Diese Diagnose wurde in der Folge durch die anamnestiche Feststellung von Dr. med. C._____ bestätigt, wonach der Tinnitus und die Schwerhörigkeit seit 2010 bekannt seien (act. 42, S. 2 + S. 11). Bei dieser Sachlage drängt sich der Beizug eines Spezialisten aus dem Fachgebiet für Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten (ORL) auf. Dieser wird zu Art und Ausmass der Störung und zu den hierdurch bedingten Einschränkungen in einer Verweistätigkeit Stellung zu nehmen haben. 5.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der relevante medizinische Sachverhalt nicht allseitig und zudem auch nicht vollständig abgeklärt wurde, sodass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Die versicherungsinternen medizinischen Berichte (act. 153 und 167) erfüllen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage in mehrfacher Hinsicht nicht: Vorab stützen sich die Beurteilungen des medizinischen Dienstes der IVSTA auf eine unvollständige Aktenlage. Für die ergänzende Begutachtung sind deshalb sämtliche massgeblichen medizinischen Berichte und die vollständigen SUVA-Akten beizuziehen (E. 4.2.2.5 hievore). Zudem ist auch bei

einem unklaren syndromalen Beschwerdebild fachärztlich zu prüfen, ob nicht ein anderes Störungsbild gegeben ist. Vorliegend sind aufgrund der Vielzahl somatischer Diagnosen (vgl. dazu E. 4.2.2.2 und 4.3 hievor) zwingend zusätzliche Abklärungen geboten; diesbezüglich sind ergänzende Expertisen in den Fachbereichen Orthopädie, Urologie, Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten (ORL) in die Wege zu leiten. Überdies stellt die Diagnose einer schweren Depression mit Somatisierung (Gutachten von Dr. med. I. _____; act. 141, S. 10) kein syndromales Beschwerdebild im Sinne der bundesgerichtlichen Praxis dar. Diesbezüglich bedarf es einer aktuellen Begutachtung aus dem Fachbereich der Psychiatrie. Mit Blick auf die mitunter diagnostizierte chronische Schmerzstörung (act. 56, S. 1; act. 127, S. 1) ist sodann der Beizug eines neurologischen Spezialisten geboten. Schliesslich erfordert die bundesgerichtliche Praxisänderung (BGE 141 V 281) im vorliegenden Fall auch die Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. dazu IV-Rundschreiben Nr. 334 des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 7. Juli 2015; nachfolgend: IV-Rundschreiben). Die Gutachter werden sodann auch zu den möglichen und zumutbaren Therapien im Hinblick auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie im Rahmen der Prüfung der Verweistätigkeiten auch zur Fahreignung Stellung zu nehmen haben. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann auch sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). 5.2 Nach dem Gesagten kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidungsrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Eine antizipierte Beweiswürdigung fällt demnach ausser Betracht. 5.3 Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der dem Gutachtensauftrag beizulegende Fragenkatalog hat sämtliche Standardindikatoren der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 4.1.3) zu berücksichtigen (vgl. dazu insbesondere auch das IV-Rundschreiben). Dem Beschwerdeführer ist das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Es sind zudem keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Insbesondere vermag der Beschwerdeführer mit den eingereichten Berichten (act. 83 und 93) nicht rechtsgenügend nachzuweisen, dass tatsächlich eine Reiseunfähigkeit besteht. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. 5.4 Ferner liegt es im pflichtgemässen Ermessen der Gutachter, darüber zu entscheiden, ob die Teilnahme der Ehefrau bei der Begutachtung als notwendig und sinnvoll erscheint. Es verhält sich somit ähnlich wie mit dem Beizug eines Dolmetschers, worüber ebenfalls der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragsbefolgung zu befinden hat (SVR 2008 IV Nr. 18 S. 55, E. 4.5 mit Hinweisen auf die einschlägige

Literatur und Rechtsprechung). Auch hat das Bundesgericht in BGE 137 V 210 (E. 3.1.3.3 S. 244) wiederum bestätigt, dass kein Anspruch der versicherten Person auf Begleitung durch eine Person ihres Vertrauens besteht. 5.5 Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Fragen nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Wie vorstehend dargelegt, konnte Dr. med. E. _____ dabei weder auf ein vollständiges medizinisches Dossier noch auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine reine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen unzulässig, was - im Einklang mit der ursprünglichen Absicht der Vorinstanz - zwangsläufig zur Einholung eines Administrativgutachtens hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als Aktenbeurteilungen durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die nicht selten (so auch hier) weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Daher und aufgrund dessen, dass aufgrund der Aktenlage nur eine sehr rudimentäre Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 10. Juni 2014 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 6

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

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Der durch eine deutsche Rechtsanwältin vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine

Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes wird die Parteientschädigung inklusive Auslagenersatz auf Fr. 1'500.- festgelegt (Art. 10 VGKE). (Dispositiv auf nächster Seite)

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