

BVGer C-4756/2016 vom 1. September 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4756_2016

FR: TAF C-4756/2016 du 1 septembre 2017

IT: TAF C-4756/2016 del 1 settembre 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 i.V.m. Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA vom 30. Juni 2016. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Ebenfalls keine Anwendung findet das VwVG soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Dies ist für die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70) der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich vom ATSG abweicht (Art. 1 Abs. 1 IVG).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der Verfügung vom 30. Juni 2016 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist.

E. 1.4

Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

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. 3.1

Da der Beschwerdeführer deutscher Staatsangehöriger ist und in Deutschland wohnt, sind 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 Rechtsakte gemäss Anhang II des FZA anwendbar. 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 und Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

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

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 15. März 2015 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a]); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.1

In Fällen wie dem vorliegenden, in denen die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zuspricht und beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten wird, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben würden (BGE 125 V 413 E. 2d m.w.H.). Das Gericht hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu prüfen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [heute: Bundesgericht] I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 m.w.H.).

E. 4.2

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).

E. 4.3

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 4.4

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 (Viertelsrenten), nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben; diese Bestimmung ist im Anwendungsbereich des FZA jedoch nicht anwendbar (BGE 130 V 253 E. 2.3).

E. 4.5.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 87 Abs. 2 und 3, Art. 88a und Art. 88bis IVV). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, insbesondere, aber nicht nur, bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes. Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1 m.w.H.).

E. 4.5.2

Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbefehlende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. In Art. 88a IVV wird konkretisiert, welche Dauer oder Intensität die Sachverhaltsänderung aufweisen muss, um revisionsrechtlich relevant zu werden. Dabei handelt es sich letztlich um Konkretisierungen des für den Rentenanspruch massgebenden Invaliditätsbegriffs (BGE 133 V 67 E. 4.3.3).

E. 4.5.3

Nach der Rechtsprechung sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a IVV) bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog

anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 m.w.H.), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteile des BGer 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 m.w.H.).

E. 4.6

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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 5.1

Die Vorinstanz führt in der angefochtenen Verfügung aus, ab dem 1. August 2007 (nach Ablauf der einjährigen Wartefrist) bestehe ein Anspruch auf eine ganze Rente. Nach dem 31. Oktober 2008 (29. Juli 2008 plus 3 Monate) bestehe kein Anspruch mehr auf eine Rente. Für die Zeitperiode vom 4. Januar 2014 (Hospitalisation) bis zum 3. September 2014 (Konsultation bei Dr. D. _____, Arztbericht vom 8. März 2015 / Arztbericht von Dr. E. _____ vom 17. März 2015) habe eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % in sämtlichen Tätigkeiten, d.h. weniger als ein Jahr bestanden. Daher könne eine ganze Rente vom 1. August 2007 bis zum 31. Oktober 2008 ausgerichtet werden. Auf Beschwerdeebene führte die Vorinstanz aus, der regionale ärztliche Dienst (RAD) habe sich aufgrund der umfangreichen medizinischen Dokumentation der SUVA sowie anhand der Arztberichte ein deutliches und nachvollziehbares Bild der Leiden des Beschwerdeführers machen können. Infolge der erlittenen Verletzungen einer Diskusprotrusion L5/S1 und dem daraus entwickelten, chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom sei in Beachtung der ärztlichen Befunde der Rehaklinik C. _____ vom 29. Juli 2008 und vom 14. August 2007 der beurteilende Arzt des IV-ärztlichen Dienstes zur Schlussfolgerung gelangt, dass der festgestellten gänzlichen Arbeitsunfähigkeit als bisheriger Sanitärmonteur seit dem Unfalldatum uneingeschränkt Folge zu leisten sei beziehungsweise leichtere Verweistätigkeiten gänzlich zumutbar seien. Im Rahmen des neu eingebrachten

Leistungsgesuchs vom 3. Februar 2015 sei der zweitbeurteilende Arzt des RAD Rhone in Prüfung der zwischenzeitlich neu vorliegenden Akten zur Schlussfolgerung gelangt, dass im Zeitraum vom 4. Januar 2014 bis 3. September 2014 eine kurzfristige Verschlechterung eingetreten sei, da eine akute Schmerzphase mit Hospitalisation zu verzeichnen gewesen sei, die sich aber gemäss sozialmedizinischer Untersuchung vom 17. März 2015 auf diesen Zeitrahmen beschränken lasse, so dass es bei den bisherigen, arbeitsmedizinischen Feststellungen verbleibe, ausser, dass der Beginn der vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichteren Verweisungstätigkeit auf das Datum des Austrittsberichts der Rehaklinik C. _____ vom 29. Juli 2008 festzulegen gewesen sei. Vorliegend sei der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente nach Ablauf der einjährigen Wartefrist am 1. August 2007 entstanden und habe am 31. Oktober 2008 geendet, da bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 11 % seit 1. November 2008 eine wesentliche Verbesserung eingetreten sei. Die kurzzeitige Verschlechterung zwischen 4. Januar und 3. September 2014 vermöge mangels einjähriger Wartefrist keinen neuen Rentenanspruch zu begründen.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer entgegnete, er sei vom ersten Tag nach dem Unfall an bis heute krankgeschrieben. Die SUVA Linth bezahle ihm ein Medikament nicht, das er benötige, obwohl sein Hausarzt Dr. F. _____ ihn gut darauf eingestellt habe. Diese Medikamente müsse er nun über seine deutsche Krankenkasse finanzieren, deren Aufrechterhaltung ihn finanziell belaste. Er sei jedoch der Meinung, dass sämtliche Medikamente, Arztrechnungen usw. "von der Schweizerischen Krankenversicherung, SUVA Linth übernommen werden müssen. Sein Arzt und er seien der Meinung, er sei mehr als 20 % geschädigt, darauf beziehe sich seine Rentenauffassung. Aus den letzten Krankenhausaufenthalten gehe hervor, dass er erneut operiert werden müsse, da die Verletzung schlimmer sei, als bisher angenommen. Er sei der Hoffnung, dass es in der Schweiz noch bessere Fachärzte als den Kreisarzt der SUVA Linth gebe, der sich mit den CDs und Krankenhausberichten fachkundig beschäftige und eventuell zu den selben Erkenntnissen komme wie die Krankenhäuser hier, die Fachärzte der Klinik L. _____ und sein behandelnder Arzt Dr. F. _____.

E. 6.1

Die Vorinstanz stütze ihre medizinische Beurteilung auf die folgenden ärztlichen Berichte aus der Zeit ab dem Unfall des Beschwerdeführers am 28. August 2006 und die darauf folgende medizinische Behandlung des Beschwerdeführers (bis Mitte 2008).

E. 6.1.1

Nach dem Unfall vom 28. August 2006 stellte die [Klinik G. _____] in ihrem Bericht vom 30. August 2006 über die stationäre Behandlung vom 28. bis 30. August 2006 (IV-Akt. 20) die folgenden Diagnosen: - Kompressionsfraktur 12. Brustwirbel mit spinalem Einstand (inkompletter Berstungsbruch AO: 52.12 A 3.1), S22.06 - Thoraxtrauma, S20.2 - Nicht dislozierte Steissbeinfraktur, S32.2 - Bauchtrauma, S39.9 Im Bericht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei aus ca. 2.5 m Höhe von einer Leiter gestürzt, als diese weggerutscht sei.

E. 6.1.2

Im Bericht der [Klinik H. _____] vom 13. September 2006 über die stationäre Behandlung vom 30. August bis 13. September 2006 (IV-Akt. 21) wurden die folgenden Diagnosen gestellt: - Instabile BWK 12-Fraktur (AO A3.1), T08.0 - Steissbeinfraktur,

S32.2 Gemäss Bericht wurde am 5. September 2006 eine Reposition, dorsale Instrumentierung Th11/L1, Fixation interne, Implantat 4 Pedikelschrauben 7.0 USS, durchgeführt. Es bestünden keine neurologischen Defizite. Die Röntgenkontrolle zeige ein sehr gutes Repositionsergebnis mit guter Lage der Implantate. Die postoperative Röntgenkontrolle zeige die dorsale Stabilisierung über TH11 und L1 bei TH12-Fraktur mit gut aufgerichtetem Wirbelkörper. Es bestehe keine Notwendigkeit für eine ventrale Stabilisierung. Bei sehr guter Materiallage sei nur noch ein diskreter spinaler Einstand zu sehen.

E. 6.1.3

Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. I. _____ führte in seinem Bericht vom 10. Mai 2007 (IV-Akt. 28, S. 90-92) die folgenden Diagnosen auf: - BWK-12-Berstungsfraktur mit osteosynthetischer Versorgung von dorsal Th11 bis L1 vom 05.09.2006 - Sakrumfraktur konservativ behandelt Der Kreisarzt führte aus, im Anschluss an die stationäre Rehabilitation seien Lumboischialgien links beschrieben worden, so dass ein MRI mit Nachweis einer medianen Diskusprotrusion durchgeführt worden sei. Der Beschwerdeführer gebe an, dass es seit der Rehabilitation tendenziell eher immer schlechter gehe. Insgesamt erscheine aktuell die Symptomatik vor allem aufgrund einer muskulären Dysbalance in der Wirbelsäule begründet zu sein. Ebenfalls finde sich in der Untersuchung eine Verkürzung der ischiokruralen Muskulatur. Die Sensibilitätsstörung könne er weder mit dem Befund des MRI vereinbaren noch entspreche die Dys- bzw. Hypästhesie einem Dermatome beziehungsweise einem peripheren Nerven. Zudem seien die Reflexe seitengleich und die Umfangmasse analog. Ihm scheine die gesamte Symptomatik ohne anatomisches Korrelat vorzuherrschen.

E. 6.1.4

Im Austrittsbericht der Rehaklinik C. _____ vom 14. August 2007 (IV-Akt. 28, S. 68-73) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt: - A. Unfall vom 28.8.2006: Sturz von der Leiter aufs Gesäss mit BWK12-Berstungsfraktur sowie nicht dislozierter Sakrumfraktur - 05.09.2006: Reposition, dorsale Instrumentierung Th11/L1 mittels Fixateur interne - 14.12.2006: MRI LWS: Mediane Diskusprotrusion vor allem auf Höhe L5/S1 - 19.07.2007: MRI LWS: kein Knochenmarksödem BWK 12, Kyphosierung bei erhaltener Hinterkante, leichte Diskusprotrusion L5/S1 - A1 Persistierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, linksbetont Im Bericht wurde ausgeführt, es liege weiterhin ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung ins linke Bein vor. Der 12. Brustwirbel sei keilförmig deformiert (Kyphosierungswinkel ca. 17°). Die Statik der Wirbelsäule sei dadurch beeinträchtigt. Die Beschwerden im thorakolumbalen Bereich seien hierdurch gut erklärbar. Die Ausstrahlung ins ganze linke Bein sei nicht dermatombezogen, es bestehe aus neurologischer Sicht auch keine radikuläre Symptomatik. Im aktuellen Kontroll-MRI sei aufgrund von Metallartefakten auf den Th11-L1 keine verlässliche Aussage bezüglich Vorliegens einer Diskushernie möglich, in den ober- und unterhalb liegenden Etagen zumindest hätten keine entsprechenden Veränderungen nachgewiesen werden können. Klinisch fände sich keine neurologisches Defizit. Die berufliche Tätigkeit als Sanitärinstallateur sei nicht zumutbar, die Anforderungen seien zu hoch: Wiederholtes Heben von bis zu schweren Lasten und Tätigkeiten in teilweise länger dauernd vorgeneigter Rumpfposition. Andere berufliche Tätigkeiten seien unter den folgenden Bedingungen zumutbar: leichte bis mittelschwere Arbeit und ohne Tätigkeiten länger dauernd vorgeneigt.

E. 6.1.5

Im orthopädischen Fachgutachten von Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädie, vom 13. November 2007 (IV-Akt. 22), wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt: - thoracolumbales Schmerzsyndrom nach dorsaler Instrumentierung mittels Fixateur interne in Folge instabiler BWK-12-Fraktur, T08.0 - Z. n. Steissbeinfraktur, S32.2 Im Bericht wurde ausgeführt, nach Ablauf von eineinhalb Jahren nach Spondylodese sei mit dem Abschluss des Heilungsprozesses zu rechnen, so dass die körperliche Belastbarkeit wieder hergestellt sei. Die angegebenen belastungsabhängigen Schmerzempfindungen mit Ausstrahlung in das linke Bein seien pseudoradikulärer Natur und sollten bedarfsweise einer konservativen Behandlung zugeführt werden. Aufgrund der Spondylodese Th11 bis L1 seien schwere Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg zu vermeiden. Gleichfalls sollten Rumpfwangshaltungen sowie Rotationsbewegungen vermieden werden. Das heiße, Arbeiten in Seitenneige mit Rumpfdrehbewegungen, Vibrationsexpositionen seien nicht ausführbar. Tätigkeiten nach vorheriger krankengymnastischer Schulung insbesondere Rückenschule könnten als leichte bis mittelschwere Arbeiten verrichtet werden.

E. 6.1.6

Im Operations-Bericht der [Klinik H. _____] vom 27. November 2007 (IV-Akt. 28, S. 54) wurde die Metallentfernung des Fixateur interne festgehalten.

E. 6.1.7

In einem ärztlichen Bericht von Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädie, vom 3. März 2008 (IV-Akt. 28, S. 45), hielt dieser fest, der Beschwerdeführer berichtete nach Entfernung des Fixateur interne über deutlich mehr Schmerzen in der Wirbelsäule. Im Röntgenbild hätte sich die bekannte Deckplattenimpression D12 mit unphysiologisch ventraler Knickbildung gezeigt, kein Anhalt für Verlagerung von Fragmenten in den Wirbelkanal. Die Behandlung sei konservativ erfolgt. Die [Klinik H. _____] sehe keine Indikation zur Re-Operation. Mit der medikamentösen Schmerztherapie komme es zu einer allmählichen Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Der Beschwerdeführer sei aber weiterhin nicht in der Lage, zu arbeiten. Ein Ende dieses Zustandes sei bisher nicht absehbar.

E. 6.1.8

Im Austrittsbericht der Rehaklinik C. _____ vom 29. Juli 2008 (IV-Akt. 45) wurden die folgenden Diagnosen gestellt: - A. Unfall vom 28.8.2006: Sturz von der Leiter aufs Gesäss mit BWK12-Berstungsfraktur sowie nicht dislozierter Sakrumfraktur - 05.09.2006: Reposition, dorsale Instrumentierung Th11/L1 mittels Fixateur interne - 14.12.2006: MRI LWS: Mediane Diskusprotrusion vor allem auf Höhe L5/S1 - 19.07.2007: MRI LWS: kein Knochenmarksödem BWK 12, Kyphosierung bei erhaltener Hinterkante, leichte Diskusprotrusion L5/S1 - 21.11.2007: Metallentfernung Fixateur intern - A1 Persistierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, linksbetont Im Bericht wurde ausgeführt, seit der Metallentfernung klage der Beschwerdeführer über vermehrte belastungsabhängige thorako-lumbale Rückenschmerzen. Nach längerem Bücken verspüre er auch vermehrte zervikale Schmerzen mit Kopfschmerzen. Konventionell radiologisch zeige sich ein St.n Implantat-Entfernung. Der Wirbelkörper BWK12 zeige eine unveränderte Keilform von 16°. Die Vorderkante der Bodenplatte BWK11 sowie die Deckenplatte BWK12 schienen sich knapp zu berühren. In diesem Sinne bestehe eine vermehrte Kyphosierung im Segment Th11/12 von ca. 14°. In der seitlichen Funktionsaufnahme zeige sich eine weitgehend unauffällige Beweglichkeit ohne Dys- oder Instabilitäten. Das Segment Th11/12 sei steif.

Im MRI vom 23. Juni 2008 zeige sich eine bekannte ventral betonte Th12-Fraktur mit entsprechender Fehllhaltung, jedoch ohne Hinweis für progrediente Zusammensinterung [=allmähliche Höhenminderung einer Knochenstruktur], aktuell sei kein Knochenmarksödem oder anderweitige Pathologien nachweisbar. Keine perivertebrale Weichteilpathologie. Ansonsten zeige sich ein altersentsprechender Befund mit bekannter leichter Protrusion L5/S1 ohne Kompromittierung neuraler Strukturen. Die berufliche Tätigkeit als Sanitärinstallateur sei nicht zumutbar, die Anforderungen bezüglich Hantieren von bis zu schweren Lasten und Wirbelsäulenzwangpositionen seien zu hoch. Andere berufliche Tätigkeiten seien unter den folgenden Bedingungen zumutbar: leichte bis mittel-schwere Arbeit und wechselbelastend sowie ohne Wirbelsäulenzwangpositionen und Tätigkeiten länger dauernd vorgeneigt. Im orthopädischen Konsilium wurde zudem ausgeführt, bei der BWK12-Fraktur handle es sich wahrscheinlich nicht um eine Berstungsfraktur, sondern wahrscheinlich um eine primär stabile Kompressionsfraktur, welche mittels dorsaler Instrumentierung ungenügend aufgerichtet worden sei. Die Fraktur sei konsolidiert, es bestehe aber ein Gibbus am thorako-lumbalen Übergang. Der Untersucher sei der Meinung, dass die Beschwerden statisch mitbedingt seien, vor allem aber muskulären Ursprungs seien.

E. 6.1.9

In seinen Stellungnahmen vom 1. und 17. Oktober 2008 (IV-Akt. 48 und 53) stellte Dr. K. _____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz fest, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit seit dem 28. August 2006. Generell seien dem Beschwerdeführer an Verweistätigkeiten alle leichten bis mittelschweren, insbesondere rückschonenden Arbeiten ohne repetitives Bücken, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg in vollem Umfang zumutbar.

E. 6.2

Die folgenden ärztlichen Berichte aus den Akten der SUVA lagen der Vorinstanz bei ihrer Beurteilung nicht vor:

E. 6.2.1

In seiner ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 12. März 2009 (SUVA-Akt. 105) nannte der Kreisarzt Dr. I. _____ die folgenden Diagnosen: - Status nach BWK-12-Fraktur mit/bei - Status nach Reposition und Fixateur interne-Osteosynthese am 05.09.2006 - Status nach Fixateur interne-Entfernung 21.11.2007 Der Kreisarzt führte aus, seit der Osteosynthesematerialentfernung zeige sich eine progrediente Schmerzhaftigkeit. Es sei im Verlauf zu ausstrahlenden Beschwerden kranial mit Kopfschmerzen gekommen. Inzwischen würden auch muskuläre Schmerzen im Bereich des linken Armes angegeben. Klinisch könne eine diffuse Hyposensibilität im Bereich der gesamten linken Körperhälfte festgehalten werden, was anatomisch mit der BWK-Fraktur nicht vereinbart werden könne. Ein Kopftrauma sei beim Unfall nicht nachgewiesen worden und eine Comotio cerebri sei ebenfalls nicht eingetreten, so dass die neurologische Entwicklung nicht mit der BWK-Fraktur erklärt werden könne.

E. 6.2.2

Dr. F. _____ führte in seinem Bericht vom 22. April 2009 (SUVA-Akt. 114) aus, es bestehe eine unverändert deutlich verminderte Belastbarkeit der BWS/LWS mit Bewegungseinschränkung der BWS und LWS. Für die Tätigkeit als Sanitärmonteur bestehe eine Leistungsfähigkeit auf Dauer von unter 3 Stunden. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

bestehe derzeit eine Leistungsfähigkeit für 3 bis 6 Stunden täglich mit wechselnder Körperhaltung zwischen Stehen, Gehen und Sitzen mit Vermeidung von Heben und Tragen von Lasten mit 10 Kg als maximale Einzelbelastung und 7.5 kg als Dauerbelastung, keine einseitige Körperhaltung, keine Überkopfarbeiten, keine Bückarbeiten, keine Arbeiten mit Oberkörpervorneige, keine Vibrationsexposition, kein Steigen von Leitern, Treppen und Gerüsten sowie keine Gefährdung durch Kälte, Nässe und Zugluft. Unter Beachtung dieser Einschränkungen sei perspektivisch vom Erreichen einer vollschichtigen Leistungsfähigkeit auszugehen.

E. 6.2.3

In ihrer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit vom 21. Juni 2010 (SUVA-Akt. 131) führte die Rehaklinik C. _____ aus, die letztmalige Zumutbarkeitsbeurteilung müsse als etwas zu optimistisch bezeichnet werden. Die neue Zumutbarkeitsbeurteilung vermeide eine Kumulation der Beschwerden und trage der Tatsache Rechnung, dass die Beschwerden nach stattgehabter körperlicher Belastung zum Teil erst nach einer zeitlichen Latenz in Erscheinung träten. Die angestammte Tätigkeit sei nicht zumutbar. Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten: leichte Arbeit, ganztags, spezielle Einschränkungen: wechselbelastende Arbeit max. 30 Min. am Stück stehend oder sitzend. Keine Tätigkeit in länger dauernder vorgeneigter und/oder verdrehter Rumpfposition.

E. 6.3

Die folgenden ärztlichen Berichte beziehen sich auf die akute Schmerzexazerbation Anfang 2014 und lagen der Vorinstanz bei ihrer Beurteilung vor.

E. 6.3.1

Im Bericht der [Klinik G. _____] vom 10. Januar 2014 (IV-Akt. 73) wurden die folgenden Diagnosen festgehalten: - Lokales bis pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei Z.n. BWK-12-Fraktur, M51.1 - Akute Schmerzexazerbation - Ausgeprägte Mobilitätseinschränkung - Barthel-Index: 80-95 Punkte, U50.10 Der Beschwerdeführer war vom 4. bis 10. Januar 2014 stationär in der Klinik zur Behandlung. Die Aufnahme sei aufgrund von akut exazerbierter Beschwerden im Bereich des BWS-LWS-Überganges mit deutlicher Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und erheblicher Einschränkung der allgemeinen Mobilität erfolgt. Im Aufnahmebefund wird der Beschwerdeführer als "erheblich schmerzgeplagt" beschrieben. Im Entlassungsbefund wird der Beschwerdeführer als mässig beschwerdegelindert beschrieben, der auf der Station wieder weitgehend mobil sei.

E. 6.3.2

Im Bericht [der Klinik L. _____] vom 5. Februar 2014 (IV-Akt. 74) wurden die folgenden Diagnosen genannt: - chronische thorakolumbale Rückenschmerzen nach Fraktur BWK 12 08/2006 - Hochchronifizierte multilokuläre Schmerzerkrankung MPSS II - V.a. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - Opiatlangzeittherapie (F11.2) - Hypertonie In der Anamnese werden eine Zunahme der Schmerzen thorakal seit Januar 2014, aufgrund einer MRT der Brustwirbelsäule ein Kyphoseknick von 15°, aber kein Hinweis auf Myelonkompression, sowie nebenbefundlich eine Bandscheibenprotrusion L2/3 genannt. Insgesamt hätten die Schmerzen auf der visuellen Analogskala von zum Aufnahmezeitpunkt 7 auf VAS 4-5 zur Entlassung reduziert werden können. Durch die begonnene antineuropathische Medikation hätten die in das linke Bein ausstrahlenden Schmerzen nahezu vollständig reduziert werden können.

E. 6.3.3

Im ärztlichen Befundbericht von Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 8. März 2015 (IV-Akt. 75) wurden die folgenden Diagnosen aufgelistet: - Chron. thorakolumbale Rückenschmerzen nach Fraktur BWK 12 08/2006 - [nicht lesbar] chron. Schmerzstörung mit somat. + psych. Faktoren - Opiat Langzeittherapie - art. Hypertonie Dr. D._____ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 4. September 2014 nicht mehr in seiner Praxis gewesen und die letzte Untersuchung habe am 13. Februar 2014 stattgefunden.

E. 6.3.4

In der "Arztvorlage - Prüfung und Stellungnahme zum Leistungsvermögen der medizinischen Unterlagen" vom 17. März 2015 (IV-Akt. 76) listete Dr. med. E. _____, Arzt für Chirurgie, Sozialmedizin, die folgenden Diagnosen auf: - Chronischer Rückenschmerz bei V.a. Fehlstellung verheilte Fraktur ohne Wurzelreiz, M54 - Versteifung Th11 - L1 - Bluthochdruck Dr. E._____ führte aus, leichte bis mittelschwere Arbeiten könnten verrichtet werden, sowohl überwiegend im Stehen, als auch überwiegend im Gehen und überwiegend im Sitzen, ohne häufiges Heben und Tragen von Lasten, für 6 Stunden und mehr. Durch die Umstellung der Medikation 2014 habe sich laut Bericht eine deutliche Beschwerdebesserung ergeben.

E. 6.3.5

In seinem Schlussbericht vom 2. Juli 2015 (IV-Akt.78) listete der RAD-Arzt Dr. med. B._____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, als Hauptdiagnose auf: - chronisches Lumbalsyndrom bei St.n. operativer Versorgung einer BWK-12-Berstungsfraktur 28.8.2006 (M51.1) Er gab eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 100 % ab dem 28. August 2006 sowie in einer angepassten Tätigkeit von 0 % ab dem 29. Juli 2008 (Bericht Rehaklinik C._____) bis 3. Januar 2014 und von 100 % ab dem 4. Januar 2014 bis 3. September 2014 und wiederum von 0 % ab dem 4. September 2014 an. Der Beschwerdeführer habe kurzzeitig, wie dies bei diesen Rückenschmerzen oft geschehen könne, eine akute Schmerzphase vom 4. Januar 2014 (Hospitalisation Klinik G._____) bis am 4. September 2014 (letzte Konsultation bei Dr. D._____, Bericht vom 8. März 2015) erlitten; danach scheine wieder der Status quo ante erreicht worden zu sein, wie im Bericht von Dr. E._____ vom 17. März 2015 auch bestätigt werde. In diesem Sinne sei eine kurzfristige Verschlechterung (4. Januar 2014 bis 3. September 2014) des Gesundheitszustandes glaubhaft dargestellt worden. Ab dem 4. September 2014 bestehe aber wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit unter Einhalten der bereits früher definierten funktionellen Einschränkungen. In einem weiteren Schlussbericht vom 11. Februar 2016 (IV-Akt. 94) stellte Dr. B._____ die gleiche Hauptdiagnose und fügte an, die neuen Unterlagen der SUVA würden eine höchstens kurzzeitige Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Jahre 2014 bestätigen; danach sei wieder der status quo ante erreicht, was ebenfalls durch die SUVA-Unterlagen bestätigt werde. In diesem Sinne würden die neu eingereichten Unterlagen an seiner Beurteilung vom 2. Juli 2015 nichts ändern.

E. 6.3.6

In seinem auf Beschwerdeebene eingereichten Schlussbericht vom 22. Februar 2017 stellte Dr. B._____ fest, neu in den Unterlagen seien Röntgenbilder der [Klinik G._____] vom 28. August 2014. Die vorliegenden Bilder zeigten die bekannte Berstungsfraktur BWK-12 mit einer reaktiven und zu erwartenden Osteochondrose TH11/12. Die

Funktionsaufnahmen zeigten zudem eine stabile Wirbelsäule ohne Wirbelgleiten oder anderweitige Instabilitäten. Die konventionellen Aufnahmen zeigten ausserdem eine sehr schöne und unauffällige Wirbelsäule in allen angrenzenden Segmenten ohne wesentliche degenerative Veränderungen. Zusammenfassend würden die vorliegenden Röntgenbilder nichts an den RAD-Beurteilungen vom 2. Juli 2015 beziehungsweise vom 11. Februar 2016 ändern.

E. 7.1

Der Beschwerdeführer macht in allgemeiner Art geltend, er sei ab dem Datum des Unfalls bis "heute" durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig; er meint damit wohl eine Arbeitsunfähigkeit sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als auch in jeglicher Verweistätigkeit. Er äussert sich jedoch nicht konkret zum Entscheid der Vorinstanz, er sei ab dem 29. Juli 2008 in einer angepassten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Er wehrt sich lediglich gegen die Beurteilungen der Dres. D. _____ und E. _____ und äussert sich damit nur zur Frage der Beurteilung der akuten Schmerzexazerbation Anfang 2014.

E. 7.2

Zu prüfen ist erstens, ob die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zu Recht eine befristete ganze Rente der Invalidenversicherung vom 1. August 2007 bis zum 31. Oktober 2008 gewährte (E. 8 und 9). Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die Vorinstanz die Rente zu Recht aufgrund einer revisionsrechtlich relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auf den 31. Oktober 2008 aufhob. Zweitens ist zu prüfen, ob die Vorinstanz in der gesundheitlichen Verschlechterung des Beschwerdeführers Anfang 2014 zu Recht keine invalidenrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes sah (E. 10). Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die vom Beschwerdeführer gerügte Ablehnung der Kostenübernahme von Medikamenten durch die SUVA.

E. 8.1

Die Fraktur des 12. Brustwirbels, die der Beschwerdeführer bei seinem Unfall am 28. August 2006 erlitt, wurde am 5. September 2006 mit einer Reposition mittels Fixation interne, das heisst durch eine Versteifung des betroffenen Wirbelsäulensegments, stabilisiert. Nach der Operation wurde ein sehr gutes Repositionsergebnis mit guter Lage der Implantate festgestellt. Die postoperative Röntgenkontrolle zeigte die dorsale Stabilisierung der BWK-12-Fraktur über das 11. Thorakalsegment bis zum 1. Lumbalsegment mit gut aufgerichtetem Wirbelkörper (IV-Akt. 21). Nach der Operation wurde Anfang Oktober 2006 mit einem Behandlungsabschluss in 12 bis 16 Wochen gerechnet (IV-Akt. 28, S. 130). Während des Rehabilitationsaufenthaltes in der Klinik M. _____ vom 15. November 2006 bis 13. Dezember 2006 wurden lokale Schmerzen im Brust- und Rückenbereich bei Bewegung und Belastung, jedoch ohne deutliche neurologische Ausfälle, verzeichnet. Auch die Klinik ging von einer viermonatigen Arbeitsunfähigkeit nach der Operation aus (IV-Akt. 28 S. 93). Am 23. März 2007 wurden Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule, unspezifische Beinschmerzen beidseits, aber keine objektivierbaren Sensibilitätsstörungen verzeichnet (IV-Akt. 28, S. 101). In der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. Mai 2007 führt der Beschwerdeführer aus, seit der Rehabilitation in der Klinik M. _____ gehe es ihm langsam immer schlechter; aufgrund einer zunehmenden Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Beines hätten die Schmerzmedikamente angepasst werden müssen. Der Kreisarzt ging weiterhin von einer hundertprozentigen Arbeitsunfähigkeit als Sanitärinstallateur aus und empfahl einen

erneuten stationären Rehabilitationsaufenthalt (IV-Akt. 28, S. 90). Vom 26. Juni 2007 bis zum 7. August 2007 befand sich der Beschwerdeführer in einem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik C._____. Im Austrittsbericht (IV-Akt. 28 S. 68) wurde unter anderem ein persistierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, linksbetont, diagnostiziert. Wiederum wurde ausgeführt, es bestehe aus neurologischer Sicht keine radikuläre Symptomatik. Die berufliche Tätigkeit als Sanitärinstallateur sei nicht zumutbar, eine angepasste, leichte bis mittelschwere Arbeit jedoch schon. Am 13. November 2007 hielt Dr. J._____ in seinem orthopädischen Fachgutachten (IV-Akt. 22) fest, eineinhalb Jahre nach Spondylodese sei mit dem Abschluss des Heilungsprozesses zu rechnen, so dass die körperliche Belastbarkeit wieder hergestellt sei. Die angegebene belastungsabhängige Schmerzempfindung mit Ausstrahlung in das linke Bein seien pseudoradikulärer Natur und sollten bedarfsweise einer konservativen Behandlung zugeführt werden. Nach der Entfernung des Fixateur interne am 21. November 2007 berichtete der Beschwerdeführer über vermehrte Schmerzen in der Wirbelsäule (I-Akt. 23 und 37). Der behandelnde Arzt führte Anfang März 2008 aus (IV-Akt. 37), mit der angewendeten medikamentösen Schmerztherapie komme es zu einer allmählichen Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Nach einem erneuten Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik C._____ vom 9. Juni 2008 bis 16. Juli 2008 (IV-Akt. 45) wurde weiterhin ein persistierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, linksbetont, diagnostiziert. Der Beschwerdeführer klagt über vermehrte belastungsabhängige thorakolumbale Rückenschmerzen. Es gebe keine Hinweise auf eine progrediente Zusammensinterung und es seien aktuell keine Knochenmarksödeme oder anderweitige Pathologien nachweisbar. Es wurde festgestellt, die primär stabile Kompressionsfraktur sei ungenügend aufgestellt worden, die Fraktur sei konsolidiert, es bestehe aber ein Gibbus am thorakolumbalen Übergang. Die Beschwerden seien wohl statisch mitbedingt, jedoch vor allem muskulären Ursprungs. Die berufliche Tätigkeit als Sanitärinstallateur sei nicht zumutbar, andere Tätigkeiten im Sinne von leichten bis mittelschweren Arbeiten jedoch schon.

E. 8.2

Es ist unbestritten und ärztlich mehrfach belegt, dass der Beschwerdeführer für den gesamten relevanten Zeitraum, das heißt, seit dem Unfall vom 28. August 2006 bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung, in seiner angestammten Tätigkeit als Sanitärinstallateur zu 100 % arbeitsunfähig war. Für das Gericht besteht kein Anlass, von dieser Ansicht abzuweichen. Es ist damit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem 28. August 2006 in seiner angestammten Tätigkeit als Sanitärinstallateur zu 100 % arbeitsunfähig ist.

E. 8.3.1

Die Vorinstanz geht zudem - ohne dies jedoch genau zu begründen - davon aus, dass dem Beschwerdeführer bis zum Abschluss der medizinischen Behandlung seiner Fraktur des 12. Brustwirbels, das heißt bis zum Abschluss der Rehabilitation nach der operativen Entfernung des Fixateur interne, (auch) keine Verweistätigkeit zumutbar war.

E. 8.3.2

Für die Zeit bis vier Monate nach der Operation zur Einsetzung des Fixateur interne, das heißt bis Anfang Januar 2007, ist ärztlich belegt und unbestritten, dass dem Beschwerdeführer die Aufnahme einer Verweistätigkeit nicht zumutbar war.

E. 8.3.3

Nach Januar 2007 klagte der Beschwerdeführer über zunehmende Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen bis ins linke Bein. Der erste Aufenthalt in der Rehaklinik C. _____ (vom 25. Juni 2007 bis 7. August 2007) diente (auch) der Abklärung der Ursache dieser Schmerzen, insbesondere der neurologischen Symptomatik des linken Beines (vgl. IV-Akt. 28 S. 92). Im Austrittsbericht der Rehaklinik C. _____ wurde diesbezüglich festgestellt, die thorakolumbalen Beschwerden seien mit der aufgrund des keilförmig deformierten 12. Brustwirbels beeinträchtigten Statik der Wirbelsäule zu erklären. Damit erscheint auch für diesen Zeitraum (Januar 2007 bis August 2007), in dem eine Abklärung der Ätiologie der Schmerzen des Beschwerdeführers im Zentrum stand, eine volle Arbeitsunfähigkeit auch in einer Verweistätigkeit des Beschwerdeführers vertretbar.

E. 8.3.4

Anfang November 2007 stellte Dr. J. _____ in seinem orthopädischen Fachgutachten fest, eineinhalb Jahre nach der Spondylodese sei mit dem Abschluss des Heilungsprozesses zu rechnen, so dass die körperliche Belastbarkeit wieder hergestellt sei. Die angegebene belastungsabhängige Schmerzempfindung mit Ausstrahlung in das linke Bein sei pseudoradikulärer Natur und sollte konservativ behandelt werden. Bereits Mitte November 2007 wurde dann allerdings der Fixateur interne operativ entfernt, und nach dieser Operation klagte der Beschwerdeführer wiederum über vermehrte Schmerzen. Ein erneuter Aufenthalt in der Rehaklinik C. _____ folgte (9. Juni bis 16. Juli 2008). Im Austrittsbericht der Rehaklinik vom 29. Juli 2008 wird festgestellt, dass die Fraktur des 12. Brustwirbels konsolidiert sei, auch wenn ein Gibbus am thorakolumbalen Übergang bestehe. Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien zwar statisch mitbestimmt, vor allem aber muskulären Ursprungs. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei zumutbar.

E. 8.3.5

Die genannten ärztlichen Gutachten und Klinikberichte erlauben insgesamt eine nachvollziehbare und schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dies insbesondere deshalb, weil die gesundheitliche Situation und die darauf beruhenden funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers in den vorliegenden Berichten weitgehend übereinstimmen und die Berichte die gesamte relevante Dauer umfassend abdecken.

E. 8.3.6

Es erscheint aufgrund dieser Arztberichte korrekt, dass die Vorinstanz von einer hundertprozentigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auch in Verweistätigkeiten ab dem Tag des Unfalls, dem 28. August 2006, ausging. Insgesamt erscheint es auch korrekt, dass die Vorinstanz davon ausging, nach Abschluss der Rehabilitation nach der operativen Entfernung des Fixateur interne Ende Juli 2008 sei keine Arbeitsunfähigkeit in einer zumutbaren Verweistätigkeit mehr gegeben. Dies insbesondere auch deshalb, weil selbst der behandelnde Orthopäde (Dr. F. _____) bereits Anfang März 2008 angegeben hatte, mit der aktuellen medikamentösen Schmerztherapie komme es zu einer allmählichen Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers Ende Juli 2008 durch die Entfernung des Fixateur interne und nach einer angemessenen Rehabilitationszeit nach der Operation in anspruchserheblicher Weise im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und Art. 88a Abs.1 IVG verändert hatte. Zu diesem Zeitpunkt wurden keine neurologischen Störungen festgestellt, und die Schmerzen wurden hauptsächlich auf muskuläre Probleme zurückgeführt. Eine

progrediente Zusammensinterung wurde verneint. Zu diesem Zeitpunkt kann die ärztliche Behandlung der Brustwirbelfraktur als grundsätzlich abgeschlossen betrachtet werden (es bestand auch keine Indikation zu einer erneuten Operation [IV-Akt. 37]). Aufgrund der verbliebenen Einschränkungen der Belastbarkeit der Wirbelsäule und der Rückenschmerzen bestand auch nach diesem Zeitpunkt für die angestammte Tätigkeit als Sanitärmonteur eine hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit; angepasste leichte (vgl. SUVA-Akt. 131) Verweistätigkeiten waren dem Beschwerdeführer jedoch wieder voll zumutbar.

E. 8.4

Damit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer seit dem 28. August 2006 in seiner angestammten Tätigkeit als Sanitärmonteur zu 100 % arbeitsunfähig ist. Vom 28. August 2006 bis zum 29. Juli 2008 war er zudem auch in einer angepassten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Ab dem 30. Juli 2008 war er in einer angepassten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (leichte Arbeit, ganztags, spezielle Einschränkungen: wechselbelastende Arbeit max. 30 Minuten am Stück stehend oder sitzend, keine Tätigkeit in länger dauernder vorgeneigter und/oder verdrehter Rumpfposition).

E. 9.1

Die Vorinstanz sprach dem Beschwerdeführer eine ganze, befristete Invalidenrente vom 1. August 2007 bis zum 31. Oktober 2008 zu.

E. 9.2.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs, das heisst mittels eines Vergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitlich gleicher Grundlage zu bestimmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2 m.w.H.; BGE 129 V 222 E. 4).

E. 9.2.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgeblichen Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 m.w.H.).

E. 9.2.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Ist kein tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturserhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 m.w.H.). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt, wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 m.w.H.). Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E.

4.3.2; 126 V 75 E. 3b/bb).

E. 9.2.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage der LSE ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (leidensbedingter Abzug). Ob und in welcher Höhe statistische Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des Einzelfalles ab, die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen. Relevante Merkmale sind leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (BGE 134 V 322 E. 5.2 m.w.H.).

E. 9.2.5

Für die Zeit vom 28. August 2006 bis zum 29. Juli 2008 (hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten und in einer Verweistätigkeit) ist die Vorinstanz zu Recht von einem Invaliditätsgrad von 100 % ausgegangen.

E. 9.2.6

Für die Zeit ab 30. Juli 2008 hat die Vorinstanz im November 2008 (IV-Akt. 55) gestützt auf den zuletzt in der Schweiz erzielten Lohn des Beschwerdeführers ein Valideneinkommen für das Jahr 2006 von Fr. 4750.00 ermittelt. Zur Bestimmung des Invalideneinkommens hat sie den Tabellenlohn der LSE 2006 für den Dienstleistungssektor herangezogen und ein Invalideneinkommen von Fr. 4570.32 ermittelt. Einen leidensbedingten Abzug hat sie nicht gewährt. Durch die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen berechnete sie einen Invaliditätsgrad von abgerundet 11 %.

E. 9.2.7

Das Vorgehen der Vorinstanz bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades wird vom Beschwerdeführer nicht bemängelt und ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Zu korrigieren ist lediglich die Verwendung der LSE 2006 durch die Vorinstanz, da der Einkommensvergleich auf den Zeitpunkt hin vorzunehmen ist, auf den die Rente verändert wird (Urteil des BGer 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1), vorliegend also auf das Jahr 2008, und die aktuellsten statistischen Daten entsprechend der LSE 2008 zu entnehmen sind. Die Verwendung der Daten der LSE 2008 und die Indexierung des Valideneinkommens auf das Jahr 2010 ergeben einen Invaliditätsgrad von 13 % (Validenlohn: Fr. 5145.84 / 2014 [Indexwert 1999] x 2092 [Indexwert 2014] = Fr. 5345.13; Invalidenlohn: Fr. 4444.00 / 40 x 41,7 = Fr. 4632.87) und damit keine wesentliche Veränderung gegenüber den Berechnungen der Vorinstanz. Hinzuzufügen ist, dass selbst bei Gewährung des maximalen Leidensabzugs von 25 % im Einkommensvergleich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von maximal 34.99 % resultieren würde. Ab dem 30. Juli 2008 besteht somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad.

E. 9.3

Die Vorinstanz stützt die angefochtene Verfügung auf die "Anmeldung vom 19.07.2007 und vom 03.02.2015 erhalten am 30.01.2008 bzw. am 02.06.2015". Geht man von der Anmeldung des Beschwerdeführers vom 3. Februar 2015 aus, in der er ausdrücklich eine Invalidenrente beantragte, könnte ihm eine Rente frühestens ab dem 1. August 2015 gewährt werden (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Eine befristete Rente 1. August 2007 bis zum

31. Oktober 2008 wäre entsprechend nicht möglich. Der Beschwerdeführer hat sich jedoch bereits im Juli 2007 bei der Vorinstanz angemeldet (IV-Akt. 1), damals jedoch nur um Berufsberatung und Umschulung auf eine neue Tätigkeit ersucht, nicht jedoch um eine Rente. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung wahrt der Versicherte jedoch mit der Anmeldung bei der Invalidenversicherung grundsätzlich alle seine gegenüber der Versicherung bestehenden Leistungsansprüche, auch wenn er diese im Anmeldeformular nicht im einzelnen angibt (BGE 132 V 286 E. 4.3 m.w.H.). Dieser Grundsatz ist vorliegend anzuwenden. Da sich die Anmeldung vom Juli 2007 auf den gleichen Sachverhalt stützt - den Unfall vom 28. August 2006 und die daraus folgenden gesundheitlichen Beschwerden - ist nach den gesamten Umständen des Einzelfalles im Lichte des Grundsatzes von Treu und Glauben davon auszugehen, dass die Anmeldung vom Juli 2007 auch einen eventuellen Anspruch auf eine Rente umfasste. Aufgrund der relevanten Rechtslage bis zum 31. Dezember 2007 (4. IV-Revision) entstand damit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers wie von der Vorinstanz zu Recht ausgeführt nach Ablauf des Wartejahres nach aArt. 29 IVG (BGE 138 V 475 E. 2.1.1), das heisst am 1. August 2007. Die Befristung der Rente bis zum 31. Oktober 2008, das heisst nach Ablauf von drei Monaten nach Eintritt der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit am 29. Juli 2008 (Art. 88a Abs. 1 IVV) ist nicht zu beanstanden.

E. 9.4

Die Vorinstanz hat damit dem Beschwerdeführer zu Recht eine befristete ganze Rente vom 1. August 2007 bis zum 31. Oktober 2008 gewährt.

E. 10.1

Der Beschwerdeführer macht zudem geltend, dass er im Januar und Februar 2014 aufgrund starker Rückenschmerzen zweimal in stationärer Behandlung war.

E. 10.2

Dem Bericht der [Klinik G. _____] (Aufenthalt vom 1. bis 10. Januar 2014) ist zu entnehmen, dass die Aufnahme aufgrund von akut exazerbierter Beschwerden im Bereich des BWS-LWS-Überganges mit deutlicher Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und erheblicher Einschränkung der allgemeinen Mobilität erfolgte. Diagnostiziert wurden insbesondere ein lokales bis pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei Z.n. BWK-12-Fraktur, eine akute Schmerzexazerbation und eine ausgeprägte Mobilitätseinschränkung. Entlassen wurde der Beschwerdeführer "mässig beschwerdegelindert" und auf der Station wieder weitgehend mobil. Im Bericht [der Klinik L. _____] (Aufenthalt vom 28. Januar 2014 bis 11. Februar 2014) wurden insbesondere chronische thorakolumbale Rückenschmerzen nach Fraktur BWK 12 und eine hochchronifizierte multilokuläre Schmerzerkrankung diagnostiziert. Es lägen keine Hinweise auf eine Myelonkompression vor. Insgesamt hätten die Schmerzen auf der visuellen Analogskala von zum Aufnahmezeitpunkt 7 auf VAS 4-5 zur Entlassung reduziert werden können. Durch die begonnene antineuropathische Medikation hätten die in das linke Bein ausstrahlenden Schmerzen nahezu vollständig reduziert werden können.

E. 10.3

Gestützt auf diese beiden Berichte ist - wie die Vorinstanz zu Recht ausführt - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es beim Beschwerdeführer Anfang 2014 zu einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Sinne einer Exazerbation der Schmerzen kam. Gemäss Bericht [der Klinik L. _____] konnten diese Schmerzen jedoch

durch eine neue medikamentöse Therapie erheblich respektive bezüglich der in das Bein ausstrahlenden Schmerzen sogar nahezu vollständig reduziert werden. Hinweise auf eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers können den Berichten nicht entnommen werden. Dies wird auch durch den ärztlichen Befundbericht von Dr. D. _____ vom 8. März 2015 und die Arztvorlage von Dr. E. _____ vom 17. März 2015 bestätigt. An dieser Feststellung ändert auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, diese beiden Ärzte seien nicht massgebend, nichts. Der Beschwerdeführer bringt vor, für ihn sei einzig sein behandelnder Orthopäde, Dr. F. _____, massgebend; dieser schreibe ihn seit dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer reichte jedoch weder bei der Vorinstanz noch beim Bundesverwaltungsgericht oder bei der SUVA einen aktuellen Arztbericht von Dr. F. _____ ein. Den schlüssigen und nachvollziehbaren Berichten der beiden Kliniken kann deshalb ohne Weiteres gefolgt werden.

E. 10.4

Die Vorinstanz geht davon aus, dass die kurzfristige Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers höchstens bis zum 4. September 2014 anhielt. An diesem Tag war der Beschwerdeführer zum letzten Mal in der Praxis von Dr. D. _____ (IV-Akt. 75). Daraus schliesst die Vorinstanz, spätestens zu diesem Zeitpunkt sei wieder der "status quo ante" erreicht worden. Daraus ergebe sich kein neuer Rentenanspruch, da die Voraussetzung des einjährigen Wartejahres nicht erfüllt sei.

E. 10.5

Diese Ausführungen der Vorinstanz sind zwar im Ergebnis - kein erneuter Rentenanspruch - richtig, jedoch in zweierlei Hinsicht zu korrigieren.

E. 10.5.1

Erstens ist festzustellen, dass - entgegen den Ausführungen der Vorinstanz - die akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht bis zum 4. September 2014 glaubhaft gemacht ist, sondern lediglich bis zum Ende des (zweiten) stationären Aufenthaltes [in der Klinik L. _____], das heisst bis Mitte Februar 2014. So führt der Bericht [der Klinik L. _____] aus, die Schmerzen des Beschwerdeführers hätten reduziert werden können und es liegen keine Arztberichte für die Zeit nach Mitte Februar 2014 vor, die auf eine andauernde Verschlechterung hinweisen würden. Deshalb ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Abschluss des zweiten stationären Klinikaufenthaltes Mitte Februar 2014 in dem Sinne wieder verbessert hat, als der gesundheitliche Status vor Ausbruch der Schmerzexazerbation wieder hergestellt werden konnte.

E. 10.5.2

Zweitens ist der Vorinstanz zu widersprechen, wenn sie ausführt, es ergebe sich aufgrund der Schmerzexazerbation kein neuer Rentenanspruch, da das einjährige Wartejahr nicht erfüllt sei. Richtig ist, dass sich kein neuer Rentenanspruch ergibt. Dies jedoch nicht aufgrund des Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG, sondern aufgrund der Regelung zur Berücksichtigung von Änderungen des Anspruchs nach Art. 88a Abs. 2 IVV. Das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG besteht darin, dass ein Rentenanspruch erst entstehen kann, wenn der Versicherte während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist. Gemeint ist damit nur die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (BGE 105 V 156 E. 2a;

Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, S. 300). Diese Wartefrist hatte der Beschwerdeführer jedoch bereits direkt nach dem Unfall vom 28. August 2006 erfüllt (E. 9.3). Seither war der Beschwerdeführer ununterbrochen zu 100 % in der angestammten Tätigkeit als Sanitärmoniteur arbeitsunfähig (weshalb auch Art. 29bis IVV nicht zur Anwendung kommt, der von einem Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit ausgeht). Der Beschwerdeführer hat entsprechend erneut Anspruch auf eine Rente sobald er alle übrigen Voraussetzungen der Rentengewährung erfüllt - ohne, dass er erneut ein Wartejahr abwarten muss. Ebenfalls kein Hindernis stellt die Regelung von Art. 29 Abs. 1 IVG dar, hat der Beschwerdeführer den Rentenanspruch doch schon mit der Anmeldung im Juli 2007 geltend gemacht (E. 9.3). Hingegen kommt Art. 88a Abs. 2 IVV zur Anwendung, der vorsieht, dass eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Diese Bestimmung kommt bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente analog zur Anwendung (BGE 133 V 263 E. 61 m.w.H.). Es erscheint angemessen, diese Regelung auch auf Fälle wie den vorliegen, in denen eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit nicht auf eine Phase einer Teilrente folgt, sondern auf eine Phase ohne rentenbegründende Invalidität, analog anzuwenden (vgl. auch bzgl. Abgrenzung der Wartezeit zu Änderung des IV-Grades, Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, a.a.O., S. 304). Vorliegend hat die Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit nicht mindestens drei Monate, sondern lediglich etwa eineinhalb Monate gedauert.

E. 10.6

Die Vorinstanz hat damit die Gewährung einer Rente für die glaubhaft gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Januar bis Februar 2014 im Ergebnis zu Recht abgelehnt.

E. 11

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zu Recht eine ganze, befristete Invalidenrente vom 1. August 2007 bis zum 31. Oktober 2008 gewährte, jedoch ebenfalls zu Recht nach diesem Zeitpunkt einen Rentenanspruch verneinte. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. oben E. 7.2 in fine).

E. 12.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 12.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). (Dispositiv nächste Seite)

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