

BVGer C-5620/2014 vom 10. Dezember 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-12-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5620_2014

FR: TAF C-5620/2014 du 10 décembre 2015

IT: TAF C-5620/2014 del 10 dicembre 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 25. August 2014 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG).

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist slowenischer Staatsangehöriger, so dass vorliegend das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Verordnung Nr. 1408/71, SR 0.831.109.268.1) haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen

Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Ebenso zu beachten sind vorliegend die am 1. April 2012 für die Schweiz anwendbar gewordenen neuen EU-Verordnungen (insb. Verordnung [EG] Nr. 883/2004 und Verordnung [EG] Nr. 987/2009).

E. 2.2

Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens - unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität - sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG, der IVV (SR 831.201), dem ATSG sowie der ATSV (SR 830.11). Gemäss Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Mitgliedstaates 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 V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Slowenien und der Schweiz (ebenso wie das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist. Gemäss Art. 40 der Verordnung Nr. 574/72 hat der Träger eines Mitgliedstaates aber bei der Bemessung des Invaliditätsgrades die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie Auskünfte der Verwaltung zu berücksichtigen, soweit sie rechtsgenügend ins Verfahren eingebracht werden (vgl. Art. 32 VwVG). Jeder Träger behält jedoch die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Eine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung besteht allerdings nicht (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2712/2013 vom 24. September 2015 E. 2.2).

E. 3.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 25. August 2014) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab die-sem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwal-tungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.2

Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV sind bis zum 31. Dezember 2007 das IVG und das ATSG in der Fassung vom 21. März 2003, die IVV in der Fassung vom 21. Mai 2003 (4. IV-Revision, AS 2003 3837 beziehungsweise AS 2003 3859) und ab dem 1. Januar 2008 die mit der 5. IV-Revision in Kraft getretenen Gesetzes- und Verordnungsän-derungen anwendbar (AS 2007 5129 und AS 2007 5155). Soweit ein An-spruch auf Rente ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten

Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden - falls nichts Gegenteiliges vermerkt - die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung zitiert.

E. 4.1

Anspruch auf eine Invalidenrente der IV hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Mindestbeitragsdauer von 3 Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat.

E. 4.2

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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. 4.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche 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 zu 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. 4.4

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU

Wohnsitz haben.

E. 5.1

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 5.2

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass 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 IV-Stelle (Art. 54 bis 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 Bst. c bis g IVG).

E. 5.3

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweismässigkeit; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts 9C_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

E. 5.4

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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

E. 5.5

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 Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die

Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 5.6

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 5.7

Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Gestützt auf die Angaben des medizinischen Dienstes kann die IV-Stelle über die Leistungsberechtigung befinden, wobei sie auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen kann, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Nimmt der medizinische Dienst selber keine Untersuchung vor, hat der versicherungsinterne Arzt zunächst zu überprüfen, ob die medizinischen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben respektive ob ein von ihm angefordertes Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht und die im konkreten Fall erforderlichen Untersuchungen vorgenommen und dokumentiert wurden (vgl. zu den Anforderungen an einen Aktenbericht die Urteile des BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1).

E. 5.8

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zukommt wie einem gerichtlichen oder in einem Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten (vgl. BGE 135 465 E. 4.4, unter Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a und BGE 122 V 157 E. 1c). Zur Frage

der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wurde der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt [...]. Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d sowie BGE 135 V 465 E. 4.4). Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht vielmehr entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6).

E. 6.1

Einleitend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss Formular E 205 (Versicherungsverlauf in der Schweiz) eine Gesamtversicherungszeit von 69 Monaten aufweist, womit er die Mindestbeitragsdauer nach Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt (doc. 12). Damit bleibt zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 25. August 2014 den Rentenantrag des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat

E. 6.2

Es befinden sich die folgenden massgeblichen medizinischen Unterlagen in den Akten: - Der Entlassungsbericht des chirurgischen Dienstes des allgemeinen Krankenhauses Y._____ (Serbien) vom 28. Oktober 2010, nach Aufnahme am 25. Oktober 2010 wegen Autounfalls, mit folgenden Diagnosen (doc. 33): Abdomen acutum traumaticum, ruptura lienis, haematoperitoneum (T91.5), luxatio genus I. dex. (S83) sowie ruptura LCA, LCP et LCM genus I. dex. Folgende Eingriffe seien am 25. Oktober 2010 nach dem Unfall des Beschwerdeführers durchgeführt worden: Lap. mediana. sup. et part. inf; splenectomy facta (Milzentfernung); exploratio cavi abdominis; drainage subphrenici sin. et cavi Douglasi. Der Patient sei auf eigenen Wunsch vorzeitig zur Fortsetzung der Behandlung in Z._____ entlassen worden. - Der Bericht der internistischen Notfall-Ambulanz des allgemeinen Krankenhauses W._____ vom 11. November 2010 (doc. 26, 2. Seite fehlt) hält fest, der Patient sei nach einer Milzentfernung wegen Dehiscenz (Aufklaffen) der Wunde und Luxation des Knies hospitalisiert und in der internistischen Notfallambulanz wegen des Verdachts auf eine hämatologische Erkrankung untersucht worden. Im Vergleich zu den Befunden in der chirurgischen Abteilung sei das Hämoglobin etwas höher, die Trombozyten hätten ungefähr den gleichen Wert, die Leukozyten seien abgefallen, das Differentialblutbild sei normal. Der Patient sei nach Anleitung zur medikamentösen Behandlung gleichentags entlassen worden. - Dr. E._____, Facharzt für Chirurgie des allgemeinen Krankenhauses W._____, stellte in seinem Bericht vom 25. November 2010 (doc. 25, 31) einen Zustand nach Splenektomie (Milzentfernung, Z98.8) sowie einen Zustand nach Luxation des rechten Knies (Ruptur LCA, LCP und LCM) fest. Das Knie sei geschwollen, erkennbar sei eine Atrophie der Schenkelmuskulatur Er empfahl weiterhin das Tragen einer Tutorlonguette und erachtete den Patienten unfähig zur Ausübung einer schwierigen körperlichen Arbeit. - Im Bericht vom 25. November 2010 hielt die chirurgische Abteilung des allgemeinen Krankenhauses W._____, nach einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 1. bis 5. November 2010, eine Infektion der postoperativen Wunde nach Splenektomie (T79.8), einen Zustand nach Splenektomie (Z98.8), einen Zustand nach Luxation des rechten Knies (T93.3), eine Ruptur LCA, LCP

und LCM des rechten Knies (S83.5) sowie einen Status febrilis (R.50.9) fest (doc. 27, 2. Seite fehlt). - Dr. E._____ des allgemeinen Krankenhauses W._____ hielt in seinem Bericht vom 26. Januar 2011 fest, das Knie sei geschwollen, eine Instabilität bestehe vor allem anterolateral, erkennbar sei eine Atrophie der Schenkelmuskulatur, die Beweglichkeit sei nicht vollständig, auf dem Abdomen sei ein Nabelbruch unmittelbar über dem Nabel sichtbar, der Bruch sei vorläufig klein. Er diagnostizierte u.a. einen Zustand nach Splenektomie (Milzentfernung) und nach Luxation des rechten Knies sowie eine Hernia umbilicalis (Nabelbruch) postoperativ (doc. 34). - Im Bericht von Dr. F._____ (chirurgische Ambulanz des allgemeinen Krankenhauses W._____) vom 13. Mai 2011 wurde nach einem Treppensturz des Beschwerdeführers am 6. Mai 2011 eine distorsio ATC rechts sowie eine distensio musculi adductore femoris links festgestellt. Der Beschwerdeführer wurde gleichentags mit der Anweisung, sich beim Hausarzt für eine schmerzlindernde Physiotherapie und zu Übungen für die Schenkmuskulatur zu melden, entlassen (doc. 24). - Die radiologische Untersuchung des rechten Knies durch das diagnostische Radiologiezentrum Z._____ vom 21. Juni 2011 (Dr. G._____) ergab einen grossen Erguss, eine suspekta Synovitis (Entzündung der Gelenkkapsel), einen Zustand nach Kontusion der Patella, eine Ruptur des medialen Meniskus, eine grössere partielle Ruptur des medialen Kollateralligaments, eine vollständige Ruptur des mittleren Kreuzbandes, eine suspekta Ruptur des hinteren Kreuzbandes sowie eine partielle Ruptur des lateralen Kollateralligaments (doc. 35) - Am 14. September 2011 diagnostizierte Dr. H._____ der internistischen Notfallambulanz des allgemeinen Krankenhauses W._____ den Verdacht auf eine chronische myeloproliferative Krankheit (bösartige Erkrankung der blutbildenden Organe) sowie einen Zustand nach Splenektomie. Der Patient sei für morgen zur Operation einer postoperativen Umbilikalhernie bestellt. Nun werde er in die hämatologische Ambulanz der Poliklinik des Unikrankenhauses Z._____ bestellt; die Operation sei (inzwischen) annulliert worden (doc. 30). - Die Abteilung für Hämatologie des klinischen Zentrums Z._____ (Dr. I._____) stellte am 20. September 2011 eine reaktive Thrombozytose nach Entfernung der Milz sowie reaktive Leukozytose fest (doc. 37). Dieselbe Abteilung hielt am 29. September 2011 fest, die Ergebnisse der Untersuchungen bestätigten die Thrombozyten-Dysfunktion. Der Patient habe sehr wahrscheinlich eine essentielle Thrombozytämie (doc.38). - Die hämatologische Ambulanz des Universitätsspitals Z._____ (Dr. I._____) stellte am 1. Dezember 2011 nach erfolgten Laboruntersuchungen eine reaktive Leukozytose wegen des Rauchens und eine Thrombozyten-Dysfunktion fest. Sie ordnete die Einnahme von Aspirin an und empfahl die Einstellung des Rauchens (doc. 36). - Am 11. Januar 2012 diagnostizierte das chirurgische Sanatorium V._____, wo der Patient wegen einer Hernie im Bereich des Nabels untersucht wurde, eine appendicitis acuta i.o. (Blinddarmentzündung), hernia postoperativa ventralis (Bauchbruch postoperativ) und einen Status post splenectomiam (Status nach Milzentfernung), und verwies den Patienten an die Chirurgie des Krankenhauses Z._____ (doc. 29). - Die klinische Abteilung für Abdominalchirurgie des Universitätsspitals Z._____ (Dr. J._____) hielt am 12. Januar 2012 (doc. 28) fest, dass der Patient wegen des klinischen Bildes einer akuten Appendizitis aufgenommen worden sei. Die Schmerzen seien 3 Tage vorher aufgetaucht, zunächst im Epigastrium, dann über dem gesamten Abdomen. Das Labor habe erhöhte Entzündungsparameter festgestellt. Der Patient wurde am 12. Januar 2012 nach Hause entlassen. - Laut Bericht von Dr. E._____ vom 14. November 2012 (doc. 32) wurde der Patient vom 9. bis 11. November 2012 zur Sanierung der postoperativen Ventralhernie behandelt. Es erfolgte ein operatives Einsetzen eines

Netzes (Hernioplastic). Am 14. November 2012 sei die Entlassung auf eigenen Wunsch erfolgt. - Das Gutachten der Invalidenkommission des slowenischen Versicherungsträgers vom 13. November 2012 unter dem Vorsitz von Dr. C._____, Facharzt für Orthopädie (doc. 23, 47). In der Anamnese erwähnen die Ärzte, dass der Untersuchte am 25. Oktober 2010 bei einem Verkehrsunfall verletzt worden sei. Dabei sei es zu einer Verletzung des Abdomens gekommen, die Milz sei entfernt worden, es sei zu einer komplexen Verletzung des rechten Knies mit Luxation und komplexer Verletzung der Bänder gekommen, weswegen er bei Chirurgen und Orthopäden operiert worden sei. Später habe sich nach der Operation des Abdomens ein postoperativer Bruch entwickelt. Es sei ein operativer Eingriff wegen dieses Bruchs vorgesehen, später gegebenenfalls auch eine komplexe Rekonstruktion der verletzten Bänder des rechten Knies. Als Diagnosen werden ein Status nach komplexer Verletzung der Bänder des rechten Knies (LCM, LCL, LCA, LCP, T93.5), ein Zustand nach Splenektomie wegen Verletzung der Milz (Z98.8), sowie eine Thrombozyten-Dysfunktion diagnostiziert. Der Versicherte werde ab dem 13. November 2012 wegen der Folgen der Verletzung ausserhalb der Arbeit der zweiten Invaliditätskategorie zugeteilt, für eine Arbeit an einem anderen Arbeitsplatz sei keine berufliche Rehabilitation möglich, die ihm wegen seines Alters nicht gewährleistet werde. Er sei von Beruf Bauarbeiter / Maurer; die Belastungen an diesem Arbeitsplatz stünden in einem ausgeprägten Widerspruch zur starken Pathologie des rechten Knies nach der Verletzung, die lange bleiben werde. Die Operation selbst könne aber wegen der Thrombozyten-Dysfunktion problematisch sein, ihr Ausgang sei wegen der starken Verletzung der Bänder und des Alters des Versicherten fraglich. Für den Erhalt einer Arbeit mit entsprechenden Entlastungen wäre eine berufliche Rehabilitation erforderlich, die aber wegen seines Alters nicht zweckmässig sei. - Der RAD-Arzt, Dr. B._____
(Allgemeinmediziner FMH), hielt am 22. April 2014 aufgrund der medizinischen Unterlagen einen Status nach Verkehrsunfall mit vollständiger Knieinstabilität rechts bei Status nach Laparatomie (Öffnen der Bauchhöhle) und Splenektomie am 25.10.2010, Status nach Operation einer posttraumatischen Umbilikalhernie (Nabelbruch) am 9.11.2012 und eine Thrombozytose mit Thrombozyten-Dysfunktion fest. Die einzige Verletzung, welche als invalidisierend zurückgeblieben sei, sei die totale Knieinstabilität wegen der Ruptur aller Bänder nach Knieluxation. Eine stabilisierende Operation könne wegen Blutungs- und Komplikationsgefahr aus hämatologischen Gründen nicht erfolgen. In seiner angestammten Tätigkeit sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig; eine angepasste, streng sitzende Tätigkeit sei aber 6 Monate nach dem Unfall ab dem 1. Mai 2011 zu 100% zumutbar. Die anderen Diagnosen (Status nach Operation einer posttraumatischen Nabelhernie, Thrombozytose) hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer streng sitzenden Tätigkeit (doc. 40). - Der Bericht von Dr. C._____ vom 13. Juni 2014 (doc. 48/50) hielt nebst einem Status nach schwerer ligamentärer Verletzung des rechten Knies mit sich ergebender Instabilität, dem Status nach Splenektomie und dem Status nach operativer umbikaler Hernie und gestörter Thrombozytenfunktion einen Status nach einer Schnittverletzung des rechten Unterarms fest, bei einem möglichen Schaden der Nervenstruktur. Der Patient erhalte heute eine Vierpunkt-Schiene für sein rechtes Knie, eine Operation komme nicht in Frag. Der rechte Arm weise eine funktionale Minderwertigkeit auf. Zu weiteren Abklärungen der Schnittverletzung, deren Natur und des Grades der Verletzung der Nervenstrukturen überweise er den Patienten zu einer EMG der oberen Extremitäten. - Der RAD-Arzt bestätigte in seiner Stellungnahme vom 19. August 2014 (doc. 52) seine Einschätzungen vom 22. April 2014. Zum Status nach einer

Schnittverletzung hielt er fest, dass die beschriebenen Symptome weder zu einer klaren Nervenverletzung noch zu einer strukturell tiefen Muskelverletzung passten. Die im RAD-Bericht vom 22. April 2014 beschriebenen funktionellen Einschränkungen (doc. 40 S. 3) schlossen die Verletzung am rechten Vorderarm mit ein.

E. 7.1

Übereinstimmend äussern sich der RAD-Arzt, Dr. B. _____, und der Gutachter des slowenischen Versicherungsträgers, Dr. C. _____, Facharzt für Chirurgie, zum Zustand des rechten Knies des Beschwerdeführers. Der RAD-Arzt hält in seiner Stellungnahme vom 22. April 2014 eine totale Knieinstabilität wegen der Ruptur aller Bänder nach Knieluxation fest (doc. 40); Dr. C. _____ beschreibt in seinem Gutachten vom 13. November 2012 einen Status nach komplexen Verletzungen der Bänder des rechten Knies (LCM, LCL, LCA, LCP, T93.5, vgl. doc. 23 p. 5, doc. 47 p. 5). Ebenfalls übereinstimmend stellen die beiden Ärzte die erfolgte Splenektomie wegen Milzruptur sowie eine Thrombozytose fest sowie die Tatsache, dass aufgrund der Thrombozyten-Dysfunktion eine Operation des Knies problematisch sei (doc. 23 p. 5, doc. 40. P. 1,2). Der RAD-Arzt erwähnt zusätzlich den Status nach Operation einer posttraumatischen Umbilikalhernie (Nabelbruch), welche am 9. November 2012, also vor dem Gutachten von Dr. C. _____ erfolgte. Im Bericht von Dr. C. _____ vom 13. Juni 2014 (doc. 48, 50), welcher im Rahmen des Einwandverfahrens eingereicht wurde, wird diese Operation des Nabelbruchs bestätigt. Die übereinstimmenden medizinischen Feststellungen der beiden Ärzte zu den Knieverletzungen, der Splenektomie, der Thrombozytose und des Nabelbruchs werden durch umfangreiche medizinische Unterlagen gestützt und sind ausgewiesen.

E. 7.2.1

Zu den Auswirkungen der schweren Knieverletzung auf die Erwerbsfähigkeit ist seitens der Ärzte ebenfalls unbestritten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter / Mauer arbeitsunfähig ist (doc. 23 p. 5, doc. 40 p. 1).

E. 7.2.2

Ergänzend führt der RAD-Arzt aus, die einzige Verletzung, welche schliesslich als invalidisierend zurückgeblieben sei, sei die totale Knieinstabilität wegen der Ruptur aller Bänder nach Knieluxation. Eine stabilisierende Operation könne wegen Blutungs- und Komplikationsgefahr aus hämatologischen Gründen nicht erfolgen. In seiner angestammten Tätigkeit sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig; eine angepasste, streng sitzende Tätigkeit sei aber 6 Monate nach dem Unfall ab dem 1. Mai 2011 zu 100% zumutbar. Die anderen Diagnosen (Status nach Operation einer posttraumatischen Nabelhernie, Thrombozytose) hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer streng sitzenden Tätigkeit (doc. 40).

E. 7.2.3

Dr. C. _____ führt die Arbeitsunfähigkeit in seinem Gutachten vom 13. November 2012 (doc. 23) ebenfalls einzig auf die Kniebeschwerden zurück. Der Versicherte werde ab dem 13. November 2012 wegen der Folgen der Verletzung ausserhalb der Arbeit der zweiten Invaliditätskategorie zugeteilt. Für eine Arbeit an einem anderen Arbeitsplatz sei keine berufliche Rehabilitation möglich, da diese wegen seines Alters nicht zweckmässig sei. Der Versicherte sei von Beruf Bauarbeiter / Maurer. Die Belastungen an diesem Arbeitsplatz stünden in einem ausgeprägten Widerspruch zur starken Pathologie des rechten Knies nach der Verletzung, die lange bleiben werde. Die Operation selbst könne wegen der

Thrombozyten-Dysfunktion problematisch sein, ihr Ausgang sei aber wegen der starken Verletzung der Bänder und des Alters des Versicherten fraglich. Für den Erhalt einer Arbeit mit entsprechender Entlastung wäre eine berufliche Rehabilitation erforderlich, die aber wegen des Alters nicht zweckmässig sei. Die Einschätzungen der Ärzte zu den Auswirkungen der Kniebeschwerden sind nachvollziehbar, schlüssig und deshalb nicht zu beanstanden, auch wenn die Beurteilung des Invaliditätsgrades unterschiedlich ausfällt (Schweiz 29%, Slowenien 45% [B-act. 17 Beilage 2]). Diese unterschiedliche Beurteilung ist auf die unterschiedliche Gesetzgebung der beiden Länder und auf die bundesgerichtliche Praxis zu den noch zumutbaren Verweistätigkeiten zurückzuführen. Die strengere Beurteilung durch die Vorinstanz ist angesichts der Tatsache, dass vorliegend ausschliesslich Schweizer Recht zur Anwendung gelangt (vgl. vorne E. 2.2), nicht zu beanstanden. Die entsprechenden Rügen des Beschwerdeführers sind unberechtigt. Ebenso übereinstimmend stellen die Ärzte fest, dass die erfolgte Milzentfernung und die erfolgte Operation des Nabelbruchs sowie die bestehende Thrombozyten-Dysfunktion keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Auch diese Schlussfolgerung ist schlüssig, nachvollziehbar und deshalb nicht zu beanstanden.

E. 8.1

In der Einsprache und der Beschwerde rügt der Beschwerdeführer, der Bericht von Dr. C. _____ vom 13. Juni 2014 (doc. 50) stelle nebst der schweren Knieverletzung zusätzlich eine Verletzung an der rechten Hand fest, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke und von der Vorinstanz nicht berücksichtigt worden sei.

E. 8.2

Im Bericht von Dr. C. _____ vom 13. Juni 2014 (doc. 50) wird zur Armverletzung ausgeführt, im Mai vorigen Jahres habe sich der Versicherte an der Unterarminnenseite geschnitten. Der Beschwerdeführer berichte noch immer von einer verringerten Fingerkraft der rechten Hand und einem veränderten Gefühlsempfinden am Unterarm und den Fingern. Er habe eine Quernarbe an der Volarseite unterhalb des rechten Ellenbogens, eine geschwächte Muskelkraft vor allem der Flexoren, sowie eine Hypästhesie am Unterarm bis zu den Fingern. Bei der beschriebenen Schnittwunde sei es wahrscheinlich neben der Muskelverletzung zu einer Beschädigung der Nerven gekommen. Die gebliebene Störung könnte am besten durch eine EMG-Untersuchung definiert werden; deswegen überweise er den Patienten zu einem EMG der oberen Extremitäten.

E. 8.3

Der RAD-Arzt führt dagegen in seiner ergänzenden Beurteilung vom 19. August 2014 aus, im Bericht von Dr. C. _____ würde weder die Natur dieser Verletzung noch der Hergang beschrieben; es stehe nur, dass die Fingerkraft verringert und ein verändertes Gefühlsempfinden am Unterarm und an den Fingern vorhanden sei; diese Beschreibungen passten aber weder zu einer klaren Nervenverletzung noch zu einer strukturell tiefen Muskelverletzung; eine nervenbedingte Lähmung der Fingerbeugemuskulatur würde einer Verletzung eines Nervs viel weiter proximal erfordern; ein vermindertes Gefühl im beschriebenen Bereich wäre höchstens durch eine Verletzung eines oberflächigen Hautnervs erklärbar, was aber an der Funktion der rechten Hand wenig ändere. Zudem schlossen die seinem Bericht vom 22. April 2014 beschriebenen funktionellen Einschränkungen die Verletzungen am rechten Vorderarm mit ein (doc. 52).

E. 8.4

Zu den Auswirkungen der Schnittverletzung am Unterarm auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liegen also unterschiedliche Auffassungen der beiden Ärzte vor. Da die Schlussfolgerungen der Ärzte sich widersprechen, ist die Beweiskraft der medizinischen Unterlagen hinsichtlich der Armverletzung zu würdigen.

E. 8.5.1

Vorliegend geht aus den Akten zwar nicht zweifelsfrei hervor, ob der Bericht von Dr. C._____ vom 13. Juni 2014 (doc. 50) als Gutachten (jährliches Gutachten zuhanden des slowenischen Versicherungsträgers) oder als Arztbericht zu werten ist. Die Tatsache, dass Dr. C._____ im vorliegenden Fall schon als Gutachter für den serbischen Versicherungsträger aktiv war, sowie der Vermerk "gültig bis 14. Juni 2015" lassen indes darauf schliessen, dass es sich um ein Gutachten zuhanden des serbischen Versicherungsträgers handelt und somit von erheblichem Beweiswert und nicht mit Vorbehalt zu würdigen ist (vgl. vorne E. 5.6). Das Gutachten von Dr. C._____ ist nachvollziehbar und schlüssig. Er stellt im Wesentlichen - aufgrund einer eigenen Untersuchung - fest, dass es bei der beschriebenen Schnittwunde wahrscheinlich neben der Muskelverletzung zu einer Beschädigung der Nerven gekommen sei. Zur genauen Abklärung sei eine EMG-Untersuchung notwendig.

E. 8.5.2

Der RAD-Arzt hat den Beschwerdeführer nicht selber untersucht. Seine Schlussfolgerungen bezüglich der Armverletzung in seiner Stellungnahme vom 19. August 2014 (doc. 52) stützen sich ausschliesslich auf das Gutachten von Dr. C._____, allerdings mit gegenteiligen Schlussfolgerungen. Die Ausführungen des RAD-Arztes, wonach die vom Beschwerdeführer beschriebenen Einschränkungen weder zu einer klaren Nervenverletzung noch zu einer strukturell tiefen Muskelverletzung passten, sind indes nicht im Detail begründet. Seine ergänzende Ausführung, dass eine nervenbedingte Lähmung der Fingerbeugemuskulatur einer Verletzung eines Nervs viel weiter proximal erfordern würde, und dass ein vermindertes Gefühl im beschriebenen Bereich höchstens durch eine Verletzung eines oberflächigen Hautnervs erklärbar wäre, was aber an der Funktion der rechten Hand wenig ändere, ist ebenfalls nicht im Detail begründet. Nicht aktenkundig ist zudem die von Dr. C._____ angeordnete EMG-Untersuchung des rechten Arms, die weiteren Aufschluss über die Schwere der Schnittverletzung geben würde. Ebenfalls schwer nachvollziehbar ist zudem seine Feststellung, wonach die in seinem Bericht vom 22. April 2014 (doc. 40) beschriebenen funktionellen Einschränkungen die Verletzungen am rechten Vorderarm bereits mit eingeschlossen hätten. Denn im erwähnten Bericht vom 22. April 2014 sind unter dem Titel "Funktionelle Einschränkungen" zwar die Positionen "Arbeitsposition sitzend" sowie "Gehstrecke limitiert" angekreuzt, nicht aber "Heben von Gewichten"; eine Armverletzung würde das Heben von Gewichten zumindest erschweren. Das Gutachten von Dr. C._____ vom 13. Juni 2014 ist deshalb insgesamt geeignet, Zweifel an den Schlussfolgerungen des RAD-Arztes in Bezug auf die Auswirkungen der Armverletzung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu wecken. Der RAD-Arzt hält in seiner Stellungnahme (doc. 52) zudem selber ausdrücklich fest, dass weder der Unfallhergang noch die Natur der Verletzung klar seien. Vorliegend soll der Versicherungsfall ohne persönliche Begutachtung und ohne Einholung eines externen Gutachtens beurteilt werden, weshalb an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind. Selbst bei leichten Zweifeln sind weitere Abklärungen vorzunehmen oder anzuordnen (vgl. vorne E. 5.8).

E. 8.6

Insgesamt ist vorliegend der Sachverhalt in Bezug auf die Auswirkungen der Armverletzung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht vollständig abgeklärt worden (vgl. vorne E. 5.2). Vor diesem Hintergrund und aufgrund der Aktenlage ist deshalb nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b) anzunehmen, dass die Armverletzung sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Die Vorinstanz hat es unterlassen, entsprechende weitere Abklärungen vorzunehmen oder zu veranlassen; eine antizipierte Beweiswürdigung war vorliegend unzulässig (vgl. vorne E. 5.3).

E. 9

Die angefochten Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese, in Ergänzung der bisherigen Feststellungen, die Auswirkungen der Armverletzung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei Dr. C. _____ (allenfalls unter Beizug eines Neurologen) ergänzend abklären lasse und eine nachvollziehbare Begründung zur Arbeitsfähigkeit und zur Resterwerbstätigkeit vornehme und über den Rentenanspruch neu verfüge. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die der Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die IVSTA entgegenstehen würden, zumal vorliegend eine ergänzende Begutachtung zu einer erstmals abzuklärenden gesundheitlichen Einschränkung vorzunehmen ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Deshalb ist auch der Antrag des Beschwerdeführers, es sei ein gerichtliches Gutachten in Auftrag zu geben, abzuweisen.

E. 10

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass dieser keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Dem teilweise obsiegenden, jedoch anwaltlich nicht vertretenen Beschwerdeführer sind keine notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb keine Parteientschädigung auszurichten ist (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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