

BVGer C-6358/2008 vom 10. Februar 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-02-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6358_2008

FR: TAF C-6358/2008 du 10 février 2010

IT: TAF C-6358/2008 del 10 febbraio 2010

Regeste

Invaliditätsbemessung

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Die IVSTA ist eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG. Die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zur Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen dieser IV-Stelle ist zudem in Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ausdrücklich vorgesehen.

E. 1.1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten.

E. 1.1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Die Prozessvoraussetzungen sind demnach erfüllt, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

E. 1.2

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 12. September 2008. Streitig und zu prüfen ist, ob diese den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat bzw. in diesem Zusammenhang, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden war.

E. 1.3

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2.1

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2B, 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit Serbien beziehungsweise (nach dessen Unabhängigkeitserklärung) Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als Bürger von Kosovo findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die IV gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Bestimmungen, die hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente und der anwendbaren Verfahrensbestimmungen von dem in Art. 2 des Abkommens aufgestellten Grundsatz der Gleichstellung abweichen, finden sich weder im Abkommen selbst noch in den seitherigen schweizerisch-jugoslawischen Vereinbarungen. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich demnach allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften resp. des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 2.2.1

Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formell-rechtlicher Hinsicht mangels anders lautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445).

E. 2.2.2

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 12. September 2008 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision).

E. 2.2.3

Für die Prüfung des Rentenanspruchs ist sodann das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG anwendbar. Da die darin enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit, der Invalidität und der Einkommensvergleichsmethode den bisherigen von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung entsprechen und die von der Rechtsprechung dazu herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG weiterhin Geltung haben (BGE 130 V 343), wird im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen.

E. 2.3

Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit einer angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweis). Hingegen sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen; zur Ausdehnung des Streitgegenstandes vgl. auch BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 2.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7): Ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden

ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

E. 2.5

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht gegeben.

E. 2.6

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

E. 2.7

Nach Art. 48 IVG (mit Wirkung ab 1. Januar 2008 durch Ziff. I des IVG vom 6. Oktober 2006 aufgehoben [5. IV-Revision; AS 2007 5129]) erlischt der Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war (Abs. 1). Meldet sich jedoch ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs zum Leistungsbezug, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme vornimmt (Abs. 2).

E. 2.8

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 251 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes

eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit besteht. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 sowie I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, beide mit Hinweisen).

E. 3.1

Der Versicherte liess beschwerdeweise unter anderem geltend machen, auf die ausgestellten Arztzeugnisse, Anträge und Begründungen sei nicht eingegangen worden. Insoweit der Beschwerdeführer hiermit - zumindest implizit - eine Verletzung der Begründungspflicht als Teilaspekt des Verbots formeller Rechtsverweigerung hat geltend machen lassen, ist dazu Folgendes festzustellen:

E. 3.2

Die Vorinstanz hat im Vorbescheid vom 28. Juli 2008 (act. 39) und in der angefochtenen Verfügung vom 12. September 2008 (act. 43) kurz die Rechtsnormen und die Überlegungen genannt, von denen sie sich hat leiten lassen und auf welche sich ihre Entscheide stützten. Aufgrund des Umstandes, dass die Vorinstanz im Rahmen des Erlasses sowohl des Vorbescheids als auch der angefochtenen Verfügung offensichtlich die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. C. _____ vom 20. Juni 2008 (act. 37) als massgebliche Entscheidungsgrundlage herangezogen hatte, sowie unter dem Aspekt, dass sich die Vorinstanz im Rahmen der Begründungspflicht von Art. 49 Abs. 3 ATSG weder ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung noch jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss, sondern sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken kann

(BGE 124 V 181 E. 1a; SVR 1996 UV Nr. 62 E. 4; RKUV 1994 K 928 S. 12 E. 2b), ist vorliegend nicht von einer Verletzung des Anspruchs auf Begründung auszugehen.

E. 4.1

Mit Blick auf die Verfügung der Suva vom 5. Oktober 1993 (Suva-act. 18) ist in koordinationsrechtlicher Hinsicht vorab festzuhalten, dass die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem Einzelfall selbstständig vorzunehmen haben. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrads des Unfallversicherers bzw. der IV-Stelle begnügen (BGE 126 V 288 E. 2d). Der koordinationsrechtliche Gesichtspunkt hat sodann dadurch an Bedeutung verloren, dass nach dem Urteil des Bundesgerichts vom 13. Januar 2004 (publiziert in AHI 2004 S. 186) und BGE 131 V 362 die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung entfaltet. Dasselbe gilt auch in umgekehrter Hinsicht, räumt doch das Gesetz weder der Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung noch derjenigen der Unfallversicherung Priorität ein (BGE 133 V 549 E. 6).

E. 4.2

Aufgrund der vorstehend zusammengefasst wiedergegebenen Rechtsprechung war die Vorinstanz beim Erlass der Verfügung vom 12. September 2008 grundsätzlich nicht an die durch die Suva vorgenommene Invaliditätsbemessung gebunden. Da die Invaliditätseinschätzung der SUVA lediglich die natürlich und adäquat kausalen gesundheitlichen und erwerblichen Unfallfolgen berücksichtigt hatte, ist im Folgenden mit Blick auf den finalen Charakter der IV insbesondere auch zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer zusätzliche krankheitsbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen und ob bzw. in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt die Gesamtheit der gesundheitlichen Einschränkungen zu einer rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeit geführt haben.

E. 5.1

Wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.2 hiavor), diente der Vorinstanz insbesondere die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. C. _____ vom 20. Juni 2008 als Entscheidungsgrundlage für die angefochtene Verfügung vom 12. September 2008. Dr. med. C. _____, Allgemeiner Medizin FMH, diagnostizierte zur Hauptsache chronische Lumbosciatalgien und mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Diskushernienoperation auf Höhe L4/L5 und attestierte dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 20. März 1992 sowie in einer leidensangepassten Verweistätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit ab 1. Oktober 1992. Weiter führte er aus, die posttraumatisch aufgetretene Diskushernie habe eine chirurgische Intervention notwendig gemacht. Eine Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen schweren Tätigkeiten habe ab dem Unfalldatum (20. März 2003) wegen chronischen persistierenden Beschwerden der lumbalen Wirbelsäule bestanden. Es lägen keine neurologischen Defizite vor. Aufgrund des vom Neuropsychiater Dr. med. D. _____ beschriebenen psychischen Status bestünden keine Symptome für eine schwere Psychopathologie. Es lägen keine psychischen Beschwerden vor, welche geeignet seien, eine Arbeitsunfähigkeit von längerer Dauer zu bewirken.

E. 5.2

Wie in vorstehender E. 2.6 dargelegt, kann auf Stellungnahmen des RAD nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und darüber hinaus die RAD-Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Dass Dr. med. C. _____ den Beschwerdeführer nicht selber untersucht hatte, ist wie erwähnt gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung grundsätzlich nicht zu beanstanden. Etwas anderes gilt jedoch hinsichtlich der fachlichen Qualifikation von Dr. med. C. _____. Dieser Arzt verfügt über den Facharzttitel Allgemeine Medizin FMH. Mit Blick auf die beim Beschwerdeführer vorliegenden somatischen und psychischen Leiden wäre das Einholen der Stellungnahmen bei entsprechend ausgebildeten Fachärzten notwendig gewesen, um den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht zu genügen. Da die Vorinstanz ein derartiges Vorgehen unterlassen hatte bzw. keine von Spezialärzten vorgenommenen Beurteilungen betreffend die somatischen und psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorliegen, kann bereits aus diesem Grund nicht auf den Bericht von Dr. med. C. _____ vom 20. Juni 2008 abgestellt werden. Insbesondere fällt die Beantwortung der Frage, ob aufgrund der vom Neuropsychiater Dr. med. D. _____ diagnostizierten schweren depressiven Episode (ohne psychotische Symptome; ICD-10: F32.2) Symptome für eine schwere Psychopathologie vorliegen, welche eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, in der Kompetenz eines entsprechenden Spezialarztes.

E. 5.3

Weiter ist festzuhalten, dass die Stellungnahme von Dr. med. C. _____ inhaltlich - insbesondere hinsichtlich der attestierten vollständigen Arbeitsfähigkeit ab 1. Oktober 1992 - Fragen aufwirft. Der Beschwerdeführer befand sich vom 27. Januar bis 19. März 1993 stationär in der E. _____ und war folglich für diese Zeit vollständig arbeitsunfähig. Bei Klinikaustritt attestierten ihm die Fachärzte ab 29. März 1992 für leichte wechselbelastende Tätigkeiten eine (theoretische) 50%ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 13), was die Beurteilung von Dr. med. C. _____ ebenfalls nicht schlüssig und überzeugend erscheinen lässt. Dies auch mit Blick auf den Umstand, dass dem Beschwerdeführer gemäss ärztlicher Abschlussuntersuchung vom 29. April 1993 bloss noch eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit in einer geschlossenen Werkstätte zugemutet und dabei (in der Regel) von einer zwei- bis dreistündigen Reduzierung der Leistungsfähigkeit ausgegangen wurde (act. 14). In Übereinstimmung mit dieser damaligen, schlüssigen und überzeugenden und somit voll beweiskräftigen Beurteilung des Kreisarztes wurde in der rentenzusprechenden Verfügung der Suva vom 5. Oktober 1993 (act. 18) in einer leidensadaptierten Tätigkeit zufolge der unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen denn auch eine Leistungsverminderung von täglich zwei Stunden bzw. 25% berücksichtigt (act. 18).

E. 5.4

Zu ergänzen ist, dass auch dem Bericht von Dr. med. F. _____ vom 11. Juni 2007 (act. 28 und 29) keine Beweiskraft zugesprochen werden kann. Einerseits werden darin keine Diagnosen gestellt, und andererseits verfügt auch Dr. med. F. _____ als Hausarzt nicht über die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung geforderte Fachkompetenz. Hinzu kommt, dass sich seine Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der damaligen Berichterstattung der Suva-Ärzte sowie des Umstandes, dass mit Blick auf die in mehreren ausländischen Kurzberichten gestellten Diagnosen (act. 16 bis 22) Hinweise darauf bestehen, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit dem Unfallereignis bzw.

der Rentenzusprache vom Oktober 1993 nicht wesentlich verändert hat, nicht schlüssig und überzeugend nachvollziehen lässt. Dass unter diesen Umständen aus rein somatischer Sicht eine generelle Arbeitsunfähigkeit von 70 % vorliegen soll, ist nach dem Dargelegten ebenfalls nicht rechtsgenügend erstellt. Daran ändert somit nichts, dass Dr. med.

G._____, welcher über eine spezialärztliche orthopädische Ausbildung verfügt, in seinem Bericht vom 23. April 2007 ebenfalls von einer generellen 70%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen war (act. 26 und 27).

E. 5.5

Schliesslich ergibt sich hinsichtlich des Berichts des Neuropsychiaters Dr. med. D.____ vom 13. April 2009 (act. 23 bis 25) - welcher vorliegend zu berücksichtigen ist, da er sich auf den Überprüfungszeitraum bezieht und mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang steht (vgl. E. 2.3 hiervor) - Folgendes: Dr. med. D._____ erwähnte nebst den seit Jahren bekannten Befunden eine schwere depressive Episode und attestierte dem Versicherten - in Übereinstimmung mit den Dres. med. F._____ und G._____ - eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit. Gleichzeitig hielt er ebenfalls dafür, dass der Versicherte weder im bisherigen noch in einem anderen Beruf arbeiten könne. Auf diese Einschätzung kann einerseits mangels Fachkompetenz in Bezug auf die diagnostizierten somatischen Leiden bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit und andererseits aufgrund des Umstands, dass sich der Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht möglicherweise seit 1993 nicht wesentlich verändert hat (vgl. E. 5.4 hiervor), mangels Beweiskraft nicht abgestellt werden. Hinzu kommt, dass aus diesem Bericht nicht klar ersichtlich wird, inwieweit nebst den psychischen auch die somatischen Leiden bei der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit Berücksichtigung fanden. Aufgrund seiner Fachkompetenz hätte sich Dr. med. D._____ diesbezüglich in erster Linie zu den psychischen Leiden bzw. der daraus resultierenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu äussern. Ergänzend ist im Zusammenhang mit dem Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen zu erwähnen, dass eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade nicht zulässig ist (vgl. SVR 2000 IV Nr. 1 S. 2 Erw. 2 i.f.; Urteil des EVG I 368/01 vom 11. November 2002 mit Hinweisen).

E. 6

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen bzw. der vorliegenden Akten ergibt sich demnach zusammenfassend, dass die angefochtene Verfügung vom 12. September 2008 auf einem unvollständig resp. unkorrekt ermittelten Sachverhalt beruht und demnach eine rechtskonforme Beurteilung des vorliegend zu beurteilenden Rentenanspruchs nicht möglich ist. Die Beschwerde vom 23. Dezember 2008 ist demnach insoweit gutzuheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 12. September 2008 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist; soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen. Die Vorinstanz hat - unter Beilage sämtlicher medizinischer Akten und unter Berücksichtigung aller bisher gestellten Diagnosen - ergänzende medizinische Abklärungen in psychiatrischer und somatischer Hinsicht bei Spezialärzten (und/oder -ärztinnen) mit entsprechenden Facharzttiteln durchzuführen. Im Rahmen dieser Abklärungen sind auch die Fragen hinsichtlich der Auswirkungen sämtlicher Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers interdisziplinär abklären bzw. ein rechtsgenügendes Zumutbarkeitsprofil erstellen zu lassen. Mit Blick auf die gesamten Umstände hat die entsprechende Begutachtung vorzugsweise in der Schweiz stattzufinden.

Nach Vorliegen der entsprechenden gutachterlichen Berichte hat die IVSTA über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen.

E. 7.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

Der Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung auf Grund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 750.-- gerechtfertigt.

E. 7.3

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

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