

BVGer C-6365/2017 vom 31. Oktober 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6365_2017

FR: TAF C-6365/2017 du 31 octobre 2018

IT: TAF C-6365/2017 del 31 ottobre 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. dbis VwVG]).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG, sofern - wie im vorliegenden Fall - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA), die mit Verfügungen über Rentengesuche befasst ist (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

E. 1.3.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (vgl. Art. 7 Abs. 1 VwVG; BVGE 2014/4 E. 1.2). Verfügungen der IVSTA unterliegen der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht, Verfügungen der kantonalen IV-Stellen sind vor dem kantonalen Versicherungsgericht anfechtbar (vgl. Art. 69 Abs. 1 IVG; Art. 31 ff. VGG).

E. 1.3.2

Die angefochtene Verfügung vom 12. Oktober 2017 wurde von der IV-Stelle B. _____ mit Logo und eigener Adresse sowie mit der Adresse der IVSTA und mit der Unterschrift der Sachbearbeiterin der kantonalen IV-Stelle B. _____ erlassen.

E. 1.3.3

Die Zuständigkeit der IV-Stellen ist in Art. 55 IVG und Art. 40 IVV (SR 831.201) geregelt. Zuständig ist in der Regel die IV-Stelle, in deren Kantonsgebiet der Versicherte im Zeitpunkt der Anmeldung seinen Wohnsitz hat. Der Bundesrat ordnet die Zuständigkeit in Sonderfällen (Art. 55 Abs. 1 IVG). Nach Art. 40 Abs. 1 IVV ist zuständig zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherten ihren Wohnsitz haben (Bst. a) oder für im Ausland wohnende Versicherte -

unter Vorbehalt der speziellen Regelung für Grenzgänger gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV - die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Bst. b). Gemäss Art. 40 Abs. 2 ist bei Grenzgängern die IV- Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Grenzgängerin oder der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen. Laut Art. 40 Abs. 3 IVV bleibt die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle im Verlauf des Verfahrens erhalten.

E. 1.3.4

Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Besitz einer Kurzaufenthaltsbewilligung L zwecks Erwerbstätigkeit in der Schweiz bis zu 120 Tagen pro Jahr war (SUVA-act. 105) und in Europa und Asien Anlagen montierte (IV-act. 21 und 44) beziehungsweise in der Schweiz abmontierte (SUVA-act. 1). Der Versicherte hatte - trotz Erteilung einer Kurzaufenthaltsbewilligung - seinen Wohnsitz nicht in die Schweiz verlegt (vgl. Stellungnahme des Einwohneramtes, IV-act. 20). Die IVSTA ging davon aus, der Beschwerdeführer sei so zu behandeln, wie wenn er im Tätigkeitsgebiet der IV-Stelle B._____ seine Erwerbstätigkeit ausüben würde (SUVA-act. 83). Die kantonale IV-Stelle nahm das Rentengesuch des Beschwerdeführers als Grenzgänger entgegen, was von keiner Seite beanstandet wurde. Zum Zeitpunkt der Anmeldung vom 29. August 2016 und zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung lebte er in Österreich.

E. 1.3.5

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass die IV-Stelle B._____ das Gesuch entgegennehmen konnte. Die angefochtene Verfügung hätte aber richtigerweise von der IVSTA und nicht von der kantonalen IV-Stelle erlassen werden müssen (vgl. Art. 55 IVG; Art. 40 Abs. 2 IVV; Art. 5 Abs. 2 VwVG).

E. 1.3.6

Verfügungen der kantonalen IV-Stellen sind vom kantonalen Versicherungsgericht zu überprüfen (vgl. E. 1.3.1 hiervor). Sowohl der Beschwerdeführer als auch die IVSTA gehen vorliegend von der Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts aus. Diese Zuständigkeit kann im Ergebnis bejaht werden. Ein (örtlicher) Zuständigkeitsmangel kann aus prozessökonomischen Gründen als geheilt eingestuft werden, wenn er nicht gerügt wurde und aufgrund der Akten in der Sache entschieden werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C_891/2010 vom 31. Dezember 2010 E. 2.2; Urteile des BVGer C-915/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3; C-6143/2015 vom 7. Februar 2017 E. 2.4; C-1442/2013 vom 26. Januar 2015 E. 3.3 f. m.H.). Vorliegend hat der Beschwerdeführer den Zuständigkeitsmangel nicht gerügt und sich die IVSTA im Rahmen ihrer Vernehmlassung dem Entscheid der kantonalen IV-Stelle angeschlossen. Bei dieser Sachlage erscheint es als überspitzt, den Mangel, dass die IV-Stelle B._____ die angefochtene Verfügung erlassen hat, als unheilbar zu qualifizieren. Es bestehen keine Zweifel daran, dass die IVSTA mit der Verfügung einverstanden war. Auch bildet der Wohnsitz im Ausland den Anknüpfungspunkt für die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. BVGE 2008/2646 E. 1.1 m.H.) und die Sache muss - wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird - nach Aufhebung der Verfügung mit verbindlichen Weisungen an die zuständige Vorinstanz gehen, welche neu zu verfügen hat.

E. 1.4

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutz-würdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG).

E. 1.5

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht (Art. 38 Abs. 4 ATSG; Art. 60 ATSG; Art. 52 VwVG) und auch der einverlangte Kostenvorschuss geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 12. Oktober 2017, mit der der Anspruch auf eine IV-Rente verneint wurde. Das vom Beschwerdeführer unterschriebene Leistungsbegehren ist am 29. August 2016 bei der kantonalen IV-Stelle eingegangen (IV-act. 14). Aufgrund der Rechtsbegehren streitig und zu prüfen ist daher der geltend gemachte Anspruch auf eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung ab dem 1. Februar 2017.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer war in der Schweiz erwerbstätig, wobei gilt, dass er die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt und in Österreich wohnt, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGER 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGER C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach richten sich die Beurteilung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe alleine nach schweizerischem Recht.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. Oktober 2017) 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). Die im vorliegenden

Beschwerdeverfahren eingegangenen medizinischen Unterlagen datieren teilweise erst nach dem massgebenden Stichtag. Soweit sie den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum vorliegend massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung umschreiben beziehungsweise mit dem vorliegenden Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen, können sie nachfolgend berücksichtigt werden.

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), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 12. Oktober 2017 in Kraft standen.

E. 4.1

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 teil-weise 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. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) 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. Die Rente wird vom Beginn des Monats, in dem der Rentenanspruch entsteht, ausbezahlt (Art. 29 Abs. 3 IVG).

E. 4.3

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.

E. 5.1

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG, Art. 69 Abs. 2 IVV). Die regionalen ärztlichen Dienste stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG

massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV).

E. 5.2

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. 5.3

Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

E. 5.4

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). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.). Berichte der behandelnden Ärzte 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 das Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 5.5

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

E. 5.6

Nicht auf eigenen Untersuchungen beruhende RAD-Berichte (Art. 49 Abs. 3 IVV) können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befragung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Art. 59 Abs. 2bis IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV; vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Ein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung besteht mithin nicht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 465 E. 4.6).

E. 5.7

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50).

E. 6.1

Zunächst ist auf die Rüge des Rechtsvertreters einzugehen, die Verfügung sei am 12. Oktober 2016, ohne das Ende der behördlichen Frist zur Erhebung schriftlicher Einwände abzuwarten, erlassen worden. Der damals noch nicht vertretene Versicherte hat vor Erlass der Verfügung mit Schreiben vom 4. Oktober 2017 (IV-act. 74) Einwände gegen den Vorbescheid erhoben und beantragt, es sei ein unabhängiges Gutachten einzuholen. Weitere Eingaben oder Beweismittel wurden nicht in Aussicht gestellt. Bei dieser Sachlage kann keine Gehörsverletzung festgestellt werden, wenn die Behörde nach der Erhebung von Einwänden von einem liquiden Sachverhalt ausgeht und mit dem Erlass der Verfügung nicht länger zuwartet, zumal sie auch ein Beschleunigungsgebot trifft.

E. 6.2

Im vorinstanzlichen Verfahren lagen zur Beurteilung des Gesundheitszustands folgende Berichte vor:

E. 6.2.1

Diverse Arztberichte von Spezialärzten der Unfallchirurgie des Landeskrankenhauses D. _____ aus den Jahren 2000 bis 2007: - In den Unterlagen vom Juli 2000 (SUVA-act. 90, 91) wird hauptsächlich über eine Meniskusoperation und Knorpelglättung vom 11. Juli

2000 berichtet und folgende Diagnose angeführt: Rupt. men. med. gen. dext. (alter Korbhakenriss), Chondromalacia grad II condylus medialis fem. et tib. dext. - Der Bericht vom 15. November 2004 (SUVA-act. 83) enthält die Diagnose einer medialen Gonarthrose, linkes Kniegelenk, bei Zustand nach Meniskusresektion vier Jahre zuvor. - Gemäss Operationsbericht vom 26. November 2004 (SUVA-act. 83) wurde eine Varusarthrose, linkes Kniegelenk, mit Chondromalazie 3.- 4. Grades medial nach Innenmeniskusresektion diagnostiziert und eine Tibiakopfumstellungsosteotomie vorgenommen. Es erfolgten diverse Nachkontrollen (SUVA-act. 83). - Im Bericht vom 30. November 2007 (SUVA-act. 83) wird über eine Operation vom Vortag betreffend eine Metallentfernung (Platte plus vier Schrauben) nach verheiliter Tibiakopfoosteotomie links berichtet.

E. 6.2.2

Im Weiteren sind ein MRT des linken Kniegelenks und ein Bericht des behandelnden Facharztes für Orthopädie, Dr. E._____, vom 7. März 2012 (SUVA-act. 37) aktenkundig, mit folgenden Diagnosen: o Varusgonarthrose li. o Femoropatellararthrose li. o Z.n. valg. TKO 11 [Tibiakopfoosteotomie]

E. 6.2.3

Bezüglich weiterer gesundheitlicher Probleme im Jahr 2015 gelangten folgende Berichte zu den Akten (SUVA-act. 38): - Röntgen beider Kniegelenke, Röntgen beider Hände vom 17. Juni 2015. - Arztbrief von Dr. F._____, Facharzt für Neurologie, vom 24. Juni 2015, mit der Diagnose eines chronifizierten Karpaltunnelsyndroms links.

E. 6.2.4

Aufgrund eines Arbeitsunfalls vom 19. April 2016 (SUVA-act. 1), bei dem sich der Versicherte das linke Knie verdrehte, gelangten - neben dem MRT vom 21. April 2016 (SUVA-act. 39) - die folgenden medizinischen Berichte der Unfallchirurgie des Landeskrankenhauses G._____ zu den Akten: - Bericht vom 24. Mai 2016 (SUVA-act. 58) über eine vordere Kreuzbandrekonstruktion (Operation vom 23. Mai 2016) samt Nachkontrollen bei folgenden Diagnosen: o Ruptur LCA gen. sin. non rec. o Chondropathia Grad IV cond. med. fem. et tib. sin. o Status nach subtotaler Teilresektion Meniskus medialis gen. sin. - Bericht vom 15. Juni 2016 (SUVA-act. 29) über eine Operation vom 10. Juni 2016 aufgrund folgender Diagnosen: o Suspektes infiziertes Hämatom nach vorderer Kreuzbandplastik linkes Kniegelenk o Zustand nach vorderer Kreuzbandplastik links, fraglicher Wundinfekt im Bereich der Entnahmestelle der Sehne

E. 6.2.5

Danach wurden ein MRT des linken Knies des Instituts H._____ vom 25. Juli 2016 (SUVA act. 40) und ein Bericht des behandelnden Facharztes, Dr. I._____, Unfallchirurg, vom 19. August 2016 (SUVA act. 34) und vom 26. September 2016 (SUVA act. 53) mit der Diagnose Rupt. lig. cruc. ant. gen. sin. operat. infekt. zu den Akten gereicht.

E. 6.2.6

Nachdem Dr. J._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, in der SUVA-kreisärztl. Stellungnahme vom 16. September 2016 (SUVA act. 51) noch von der Notwendigkeit weiterer Abklärungen ausgegangen war, hielt Dr. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, in der kreisärztlichen Stellungnahme vom 19. Oktober 2016 (SUVA act. 59) fest, dass die geltend gemachten Kniebeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 19. April 2016 zurückzuführen seien und von einer richtungsgebenden

Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes auszugehen sei.

E. 6.2.7

Im Bericht vom 16. September 2016 (IV-act. 22) hielt Dr. L._____, Arzt für Allgemeinmedizin, einen Wundinfekt nach Kreuzbandplastik links vom 23. Mai 2016 fest. Der Versicherte sei seit dem 20. April 2016 arbeitsunfähig. Das linke Knie sei kaum beweglich, es bestehe die Gefahr einer erneuten Infektion durch die Arbeitsaufnahme. Im Bericht vom 20. Dezember 2016 (SUVA-act. 82) bestätigte der Hausarzt die Diagnose eines Wundinfektes bei unklarer Prognose und bleibendem Beugedefizit des linken Knies.

E. 6.2.8

Nach Aufforderung der IV-Stelle gelangten folgende Berichte der behandelnden Ärzte zu den Akten: - Der nunmehr behandelnde Facharzt für Unfallchirurgie, Dr. I._____, hielt im Bericht vom 27. März 2017 (IV-act. 49) folgende Diagnosen fest: Riss des vorderen Kreuzbandes am linken Knie mit postoperativem Infekt. Es bestünden Einschränkungen aufgrund der Beeinträchtigung des linken Kniegelenkes, das Ausmass müsse durch ein fachärztliches Gutachten festgestellt werden. - Dr. L._____, Arzt für Allgemeinmedizin, hielt im Bericht vom 9. Mai 2017 (IV-act. 59 ff.) folgende Diagnosen fest: Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: o Ruptur vorderes Kreuzband Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: o Handgelenksarthrose bds; o Herberden- und Bouchard-Arthrose beidseits; o Gonarthrose rechts; o Zn RM-Ruptur und operativer Rekonstruktion rechts Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von 20. April 2016 bis 31. März 2017 (letzte Kontrolle 31. März 2017); in behinderungsangepasster Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit.

E. 6.2.9

Am 22. Juni 2017 (IV-act. 81) verfügte die SUVA, dass gemäss einer Vereinbarung vom 29. Mai 2017 ab 1. Juni 2017 eine 20%ige Rente wegen 20%iger Erwerbsunfähigkeit ausgerichtet werde und Anspruch auf eine 15%ige Integritätsentschädigung bestehe. Die Unfallfolgen am rechten Knie wirkten sich gemäss Aktenlage so aus, dass die Tätigkeit als Maschinenmonteur aufgegeben werden musste. Leichte bis gelegentlich mittelschwere, rein sitzende oder auch wechselbelastende Tätigkeiten seien zumutbar, und zwar ohne ausschliessliches Stehen oder Gehen, ohne Knien, Hocken oder Kauern, ohne Gehen oder Stehen auf unebenem Untergrund, ohne Arbeiten auf Leitern, Gerüsten oder in anderen Absturz gefährdenden Bereichen sowie ohne Verweilen in widrigen Witterungsumständen.

E. 6.2.10

Im Auftrag des österreichischen Versicherungsträgers wurde von Dr. M._____, Facharzt für Orthopädie, am 18. August 2017 (IV-act. 73) ein ärztliches Gesamtgutachten mit folgenden Diagnosen verfasst: Hauptdiagnose: o ICD 10 M 17: Varusgonarthrose und femoropatellare Arthrose li > re (links G IV), ASK und vordere Kreuzbandplastik Knie li mit postoperativer Wundheilungsstörung 23.5.16, vordere Kreuzbandruptur li 19. 4. 16, Zn valgisierende TKO Knie li 2005 Nebendiagnosen: o ICD 10 M 75: AC-Arthrose, Impingement Schulter re, Tendinopathie der Bicepssehne und SSP, Atrophie der kranialen Anteile des M. subscapularis, M. supraspinatus, Slapläsion 9.7.2012 nach Schultertrauma Juni 2012 mit anschliessender operativer Sanierung o ICD 10 M 24: Polyarthrosen Handgelenk li > re, scapholunäre Dissoziation li Handgelenk, Heberden-Bouchardarthrosen bds., Radiokarpalarthrose links, radioulnare Arthrose links, Medianusdekompression li 7.7.2015 In der Gesamtbeurteilung der Leistungsfähigkeit gelangte der Experte zum

Ergebnis, das Beschwerdebild an der Schulter rechts und an beiden Handgelenken sei unverändert; am Knie links sei trotz Physiotherapie keine Verbesserung der Schmerzen und der Gelenksfunktion erfolgt. Eine operative Behandlung werde abgelehnt und es sei mit keiner weiteren Verbesserung der Beschwerden zu rechnen. Ein Anmarschweg von 500 Metern innerhalb von 20 Minuten und geregelte Tätigkeiten seien nicht zumutbar.

E. 6.2.11

Die Berichte der behandelnden Ärzte sowie das Gesamtgutachten des österreichischen Versicherungsträgers und die Unterlagen der SUVA wurden vom RAD, Dr. N._____, Facharzt für Chirurgie, wie folgt beurteilt: - In der Fallübersicht vom 26. September 2016 (IV-act. 24) kam der RAD aufgrund der vorgelegten Berichte des Hausarztes vom 16. September 2016, des behandelnden Unfallchirurgen vom 19. August 2016, des neurologischen Befunds vom 24. Juni 2015 sowie des Befundberichts des Landeskrankenhauses D._____ vom 1. August 2016 und sämtlicher aktenkundiger MRT, Kernspintomographie- und Röntgenbefunde zum Schluss, dass der Versicherte nicht mehr wie bisher in kniebelastender Tätigkeit einsetzbar sei. Medizintheoretisch sei von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in knieentlastender Tätigkeit auszugehen (wechselbelastend, überwiegend sitzend; keine Tätigkeiten kniend oder in gebückter Position; kein Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg), wobei noch ein Verlaufsbericht des behandelnden Arztes und die aktualisierten Akten der SUVA abzuwarten seien. - In der Stellungnahme vom 3. Februar 2017 (IV-act. 41) hielt der RAD fest, dass das medizinische Dossier nicht aussagekräftig sei, weshalb weitere aktuelle Arztberichte und die Unterlagen, auf welchen die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung der SUVA basiere, einzuholen seien. - In der Stellungnahme vom 28. August 2017 (IV-act. 64) schloss sich der RAD der Einschätzung der SUVA an; die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage 0% und in adaptierten Tätigkeiten 100%. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit sei ab 1. Juni 2017 anzunehmen. Als Adaptionkriterium sei zusätzlich zu beachten, dass auch handgelenks- und handbelastende Tätigkeiten wesentlicher Art nicht mehr zuzumuten seien. - Am 12. Oktober 2017 (IV-act. 75) äusserte sich der RAD zum Gesamtgutachten des österreichischen Versicherungsträgers vom 25. Juli 2017, welches am 21. September 2017 zu den Akten gelangt ist (IV-act. 75). Dem Experten seien die Unterlagen der SUVA nicht vorgelegen. Der Versicherte habe diesbezüglich anamnestisch angegeben, er sei arbeitsunfähig, ohne zu erwähnen, dass adaptiert eine volle Arbeitsfähigkeit vorliege. Das Gutachten richte sich zudem nicht nach Schweizer Kriterien und weise keine neuen medizinischen Erkenntnisse auf, die die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu ändern vermöchten.

E. 6.2.12

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden neu folgende ärztlichen Unterlagen des Krankenhauses G._____ (Beilage J. zu BVGer act. 1 und Beilage N. zu BVGer act. 10) eingereicht: - Operationsbericht vom 8. August 2012 zur Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, Unfallchirurgie des Landeskrankenhauses G._____, bei Diagnose einer Supraspinatusruptur rechts aufgrund eines Arbeitsunfalls. - Operationsbericht vom 7. Juli 2015, Medianusdekompression links - Bericht vom 6. April 2016 (BVGer act. 10, Beilage N.), Abteilung Innere Medizin, Landeskrankenhaus G._____, wonach dem Beschwerdeführer aufgrund von Schwankschwindelattacken folgende Diagnosen gestellt wurden: o V.a. paroxysmalen Lagerungsschwindel, CCT o. B., Patient bei Entlassung beschwerdefrei o Nikotinabusus o Anamnestisch degenerative HWS-Veränderungen -

Unterlagen beziehungsweise Krankengeschichten betreffend die folgenden Aufenthalte im Landeskrankenhaus G._____: vom 8. August bis 11. August 2012 (Operation an der rechten Schulter), vom 6. bis 17. Juni 2016 (Wundinfekt am linken Knie), vom April 2016 (Tibiakopfosteotomie), einschliesslich der Laborberichte, Anästhesieunterlagen, Pflegejournale, Berichte über physiotherapeutische Kontrollen, weitere Berichte über Vor- bzw. Nachsorgeuntersuchungen, etc. - Bericht vom 26. Oktober 2017 (BVGer act. 1, Beilage J.) von Dr. E._____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie samt Auszug aus der Krankengeschichte vom 7. März 2012 bis 27. Juli 2015 und den Diagnosen: o Varusgonarthrose li o Femoropatellararthrose li o Zn valg TKO li o Scapholunäre Dissoziation li o Polyarthrose o Pangonarthrose li o RM Ruptur re - Röntgen von Dr. O._____, Klinik P._____, vom 5. Februar 2018 (Beilage L. zu BVGer act. 10) o Röntgen Becken: Geringer Beckentiefstand links. Inzipiente Koxarthrosen. ISG unauffällig. Geringe Enthesiopathie-Alteration Trochanter major beidseits o Röntgen LWS: Multisegmentale, kaudal betonte deutliche LWS-Degeneration. Mögliche ossäre Einengungen LWK 5/SWK 1 o Röntgen beider Hände im Vergleich zum Röntgen 2015 (Anmerkung: wenig Veränderungen) - Dr. E._____, Facharzt für Orthopädie, hielt im Bericht vom 7. Februar 2018 (BVGer act. 10, Beilage K.) folgende Diagnosen fest: o Radiocarpalarthrose bds; o Gonarthrose li; o Zn VKB ruptur li und Infekt Aufgrund der schwersten arthrotischen Veränderungen beider Handgelenke sowie der lumbalen Degeneration sei eine Integration im Arbeitsprozess im erlernten Beruf als Maschinenmechaniker nicht mehr zumutbar. Auch leichte Arbeiten seien aufgrund der schweren Veränderungen im Bereich der Hände, Wirbelsäule sowie Zustand nach Operation des vorderen Kreuzbandes mit anschliessendem Infekt nicht mehr möglich.

E. 7.1

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die nach dem Zeitpunkt des Verfügungserlasses eingereichten, vorstehend erwähnten Arztberichte im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigen sind, weil sie (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügungen vorliegenden - gesundheitlichen Zustand nehmen oder mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und darüber hinaus geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen). Dies gilt für die vom Beschwerdeführer bereits im Vorverfahren geltend gemachten Probleme mit der Wirbelsäule (Einwand vom 4. Oktober 2017; vgl. Sachverhalt Bst. B.e) und die Schwankschwindelbeschwerden, wobei deshalb vom Landeskrankenhaus G._____ am 6. April 2016 anamnestisch degenerative HWS-Veränderungen festgestellt wurden (vgl. oben E. 6.2.12).

E. 7.2

In der angefochtenen Verfügung wurde festgehalten, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Monteur betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % und in einer angepassten Tätigkeit 0 %. Die IVSTA übernahm in der Vernehmlassung (BVGer act. 7) die Erwägungen der kantonalen IV-Stelle. Bezüglich der Schmerzen an der rechten Schulter und am linken Knie wegen zwei Arbeitsunfällen in den Jahren 2012 und 2016 sowie bezüglich der geltend gemachten starken Arthrose an beiden Handgelenken kam die IV-Stelle gestützt auf die Stellungnahmen des RAD und die medizinischen Unterlagen zum Ergebnis, die Schulterverletzung von 2012 sei hinreichend ausgeheilt, zumal der Beschwerdeführer der körperlich strengen Tätigkeit als Monteur bis zum Arbeitsunfall im Jahr 2016 weiter

nachzugehen vermochte. Sodann habe der Hausarzt die übrigen Beschwerden - mit Ausnahme des linken Knies - als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Sämtliche geltend gemachten Beschwerden seien zudem vom RAD qualitativ bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt worden. In quantitativer Hinsicht sei vom RAD eine Einschränkung der Ausübung von Verweistätigkeiten verneint worden. Deshalb seien Tätigkeiten wie leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten, leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung oder eine Beschäftigung am Empfang oder als Telefonist noch möglich.

E. 7.3

Hiergegen machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, dass ihm aufgrund seines Gesundheitszustandes auch keine Verweistätigkeiten mehr zumutbar seien. Die Schulterverletzung von 2012 sei nicht folgenlos ausgeheilt, er leide an Schmerzen, Kraftverlust und habe die Beweglichkeit verloren. Dies gelte auch für die Knieverletzung von 2016, er habe ständig Schmerzen, könne weder knien noch das Bein länger in einer Stellung halten, es sei auch nicht mehr möglich, länger zu sitzen oder Auto zu fahren. Schliesslich bestehe auch eine ausgeprägte Bewegungseinschränkung aufgrund der starken Arthrose an beiden Händen. Replikweise machte der Beschwerdeführer geltend, er verstehe nicht, weshalb die Vorinstanz lediglich die Einschränkungen am linken Knie als wesentlich erachte. Er leide auch an krankheitsbedingten Veränderungen beider Hände und der Wirbelsäule, die keinem Unfall zuzurechnen seien. Weder habe die IVSTA vollständige Befunde erheben lassen, noch seien eigene Untersuchungen vorgenommen worden, aus denen sich eine Gesamtbeurteilung der Einschränkungen ableiten liesse, weshalb die Einholung eines Gerichtsgutachtens verlangt werde. Zudem hätte sich die Vorinstanz mit dem Bescheid des österreichischen Versicherungsträgers auseinandersetzen müssen, mit dem eine unbefristete Invaliditätspension zugesprochen worden sei.

E. 7.4

Zunächst ist festzuhalten, dass der Rentenbescheid des österreichischen Versicherungsträgers vorliegend keine Berücksichtigung finden kann, da ein allfälliger Leistungsanspruch nach schweizerischem Recht zu beurteilen ist (vgl. E. 3.1 hiervor).

E. 7.5

Die angefochtene Verfügung wurde massgeblich auf die Einschätzung des RAD abgestützt. Aufgabe des RAD ist es, aus medizinischer Sicht den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. Urteil BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. oben E. 5.5 und 5.6). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass der RAD-Arzt zwar Facharzt der Orthopädie ist, er seine Beurteilungen aber nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgegeben hat, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht würdigte. Stellungnahmen des RAD können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. E. 5.6 hiervor; Urteile BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.). Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf eine Aktenbeurteilung des RAD entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge

Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465; 122 V 157 E. 1d; Urteile BGer 8C_874/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3 und 9C_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten erlaubten, sich ein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des RAD nachvollziehbar und schlüssig sind.

E. 7.6

Vorab ist festzuhalten, dass die medizinische Aktenlage bereits hinsichtlich des geltend gemachten Knieleidens Unklarheiten aufweist. Etwa ist nicht nachvollziehbar, ob der Beschwerdeführer im Jahr 2000 am rechten oder am linken Knie operiert wurde, die diesbezügliche Diagnose im Bericht vom 13. Juli 2000 weist auf eine Schädigung des rechten Knies hin, hingegen nehmen die nachfolgenden Unterlagen aus dem Jahr 2004 auf eine Meniskusresektion am linken Knie vier Jahre zuvor Bezug (vgl. oben E. 6.2.1). Im Weiteren wird von einem Unfall vom 19. April 2016 berichtet, woraufhin das linke Knie mehrfach operiert worden sei (vgl. E. 6.2.4), die SUVA geht hingegen diesbezüglich in ihrer Einschätzung von "Unfallfolgen am rechten Knie" aus, die sich so ausgewirkt hätten, dass die Tätigkeit als Maschinenmonteur aufgegeben werden musste (vgl. E. 6.2.9 hiavor). Weiter enthalten die Berichte mehrfach die Diagnose einer Gonarthrose betreffend das linke Kniegelenk (vgl. Berichte vom 15. November 2004 [E. 6.2.1], vom 7. März 2012 [E. 6.2.2], vom 28. Oktober 2017 und vom 7. Februar 2018 [E. 6.2.12]). Der Hausarzt berichtete aber am 9. Mai 2017 von einer Gonarthrose rechts (vgl. E. 6.2.8 hiavor). Vom RAD wurde denn auch wiederholt moniert, die Aktenlage sei unklar, es seien die versicherungsmedizinischen Unterlagen, auf die sich die SUVA abstütze, einzuholen. Obwohl daraufhin keine aussagekräftigen kreisärztlichen Befunde beziehungsweise Berichte zu den Akten gereicht wurden, stützte sich der RAD im Ergebnis massgeblich auf die Beurteilung der SUVA ab. Bei dieser Sachlage kann nicht von einem lückenlosen Befund ausgegangen werden, weshalb sich die Vorinstanz nicht auf eine reine Aktenbeurteilung des RAD hätte abstützen dürfen.

E. 7.7

Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer an Beschwerden, insbesondere nach Operationen des linken Knies wie auch der rechten Schulter, leidet. Auch wurde er wegen eines Karpaltunnelsyndroms an der Hand operiert und leidet an Schmerzen in beiden Händen. Es bestehen arthrotische Veränderungen an verschiedenen Stellen. In den Einwendungen wurden erstmals Wirbelsäulenprobleme geltend gemacht. Zudem wurde der Beschwerdeführer wegen Schwankschwindelattacken ärztlich behandelt. Es liegen somit mehrere Faktoren vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken können. Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie der vorliegenden muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierenden Grundlage erfolgen. Zweck solcher interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4).

E. 7.8

Dem RAD standen für die Aktenbeurteilung zwar zahlreiche fachärztliche Berichte zur Verfügung. Bei diesen handelte es sich allerdings, wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt, nicht um allseitige Einschätzungen, welche das Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen rechtsgenügend berücksichtigten. Insbesondere geht aus den Akten nicht hervor, auf welcher Grundlage die Schlussfolgerung des RAD beruht, der versicherungsmedizinischen Einschätzung der SUVA sei zu folgen. Es liegen keine SUVA-kreisärztlichen Untersuchungen oder Berichte vor, welche den beweisrechtlichen Anforderungen zu genügen vermögen (vgl. E. 5.5 hiervor). Sodann gingen die IVSTA und die IV-Stelle richtigerweise gestützt auf die Stellungnahmen des RAD davon aus, dass das Gesamtgutachten, welches vom österreichischen Versicherungsträger in Auftrag gegeben worden ist, in der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar ist. Aus der darin enthaltenen Auflistung der Diagnosen und Befunde lässt sich nicht nachvollziehbar ableiten, weshalb dem Versicherten gar keine Tätigkeiten mehr zumutbar seien. Zudem stützte sich der Experte in der Leistungsbeurteilung auf ein Vorgutachten, welches nicht zu den Akten gereicht wurde, und es fehlt die Auflistung der Arztberichte, in welche er Einsicht genommen hatte. Im Weiteren wurden auch die geltend gemachten Rückenbeschwerden in Österreich nicht abgeklärt, wie auch die Auswirkungen der anamnestic degenerativen HWS-Veränderungen in der medizinischen Beurteilung nicht erwähnt worden sind. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass das Gesamtgutachten die vorliegend geklagten Beschwerden berücksichtigt hat und in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben wurde. Das Gutachten entfaltet somit keine volle Beweiskraft (vgl. E. 5.4 hiervor). Es befindet sich daher in den Akten keine rechtsgenügende ärztliche Beurteilung des Beschwerdeführers, auf die sich der RAD hätte stützen können. Von der Beurteilung eines im Wesentlichen feststehenden medizinischen Sachverhalts durch den RAD ist nicht auszugehen, dieser wird auch - entgegen der Ansicht des RAD - insbesondere nicht aus den aktenkundigen Unterlagen der SUVA ersichtlich.

E. 7.9

Aus den genannten Gründen kann nicht auf die Einschätzung des RAD beziehungsweise auf das Gesamtgutachten des österreichischen Versicherungsträgers abgestellt werden. Auch die übrigen ärztlichen Berichte enthalten keine sämtliche Leiden berücksichtigende, den Beweisanforderungen genügende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen und insbesondere in der vorliegend strittigen leidensangepassten Tätigkeit. Ins Auge sticht hier etwa der Bericht des behandelnden Facharztes vom 17. März 2017 an die IV-Stelle (vgl. E. 6.2.8 hiervor), in dem schon allein hinsichtlich der Schädigung des Kniegelenks klargestellt wird, es sei ein Gutachten nötig, um die verbleibende Arbeitsfähigkeit einschätzen zu können. Der RAD geht sodann auch davon aus, dass die im Weiteren erfolgte Einschätzung des Hausarztes, es sei keine angepasste Tätigkeit mehr möglich, nicht genügt, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Dies gilt auch für die versicherungsmedizinische Beurteilung des österreichischen Experten (vgl. E. 6.2.10). Offen bleibt, worauf dann der RAD seine Einschätzung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit stützen will. Daher lässt sich der Invaliditätsgrad aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Vorinstanz hätte sich unter diesen Umständen nicht mit einer Aktenbeurteilung des RAD begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen.

E. 8

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind. Da bisher noch keine interdisziplinäre, sämtliche Leiden umfassende Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen wurde, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine fachärztliche, pluridisziplinäre Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers sowie von dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Hierfür kommt insbesondere der Einbezug der Fachdisziplinen der Orthopädie, Neurologie und Inneren Medizin in Frage, der Einbezug weiterer Disziplinen - etwa psychiatrischer Fachrichtung - ist in das Ermessen der Vorinstanz zu stellen, denn je nach Diagnosestellung wird allenfalls die Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 zu berücksichtigen sein, damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich sein wird. Anschliessend hat die Vorinstanz unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen zum Valideneinkommen einen Einkommensvergleich durchzuführen und neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 210 E. 7.1), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz können keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit Art. 7 VGKE Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen (namentlich die Kosten für das Kopieren von Schriftstücken, die Porti und die Telefonspesen) sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht und die Mehrwertsteuer nicht bereits berücksichtigt wurde (vgl. Art. 9 Abs. 1 VGKE). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt, exklusive Mehrwertsteuer (vgl. Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE).

E. 9.3

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte mit Beschwerdeschrift, Replik und unaufgeforderter Eingabe vom 8. März 2018 eine Kostennote ein und machte je eine Entschädigung von Fr. 2635.42 (Fr. 2'440.20 zuzüglich 8% Umsatzsteuer von Fr. 195.22) geltend, ohne dabei den Zeitaufwand in Stunden oder Barauslagen zu beziffern. Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erweist sich der geltend gemachte Aufwand insgesamt als zu hoch. Die Kosten für die unaufgeforderte Eingabe zwecks Vorlage von Dokumenten, welche bereits aktenkundig waren, können der IVSTA nicht auferlegt werden, da diese Eingabe unnötig war. Der Aufwand für das Verfassen der Beschwerdeschrift von sieben Seiten und von einer siebenseitigen Replik, ist daher mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime entsprechend zu reduzieren. Zu beachten ist schliesslich, dass für die anwaltliche Vertretung von Personen im Ausland keine Mehrwertsteuer geschuldet und somit auch nicht zu entschädigen ist (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a MWSTG [SR 641.20] in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Dem Beschwerdeführer ist somit zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuerzuschlag) zuzusprechen. (Dispositiv nächste Seite)

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