

# **BVGer C-6971/2014 vom 15. September 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6971\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6971_2014)

FR: TAF C-6971/2014 du 15 septembre 2016

IT: TAF C-6971/2014 del 15 settembre 2016

## **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 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 ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

### **E. 1.4**

Da die Beschwerde rechtzeitig und knapp formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht wurde und auch der vollständige Kostenvorschuss innert der auferlegten Fristen geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die Beschwerde einzutreten.

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher und türkischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist.

#### **E. 2.1.1**

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die

Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

### **E. 2.1.2**

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

### **E. 2.1.3**

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor. Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte demnach 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).

### **E. 2.2**

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: 3. November 2014) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit ein Anspruch 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. 3.1**

Anfechtungsobjekt im Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht bildet der vorinstanzliche Entscheid. Das Anfechtungsobjekt bildet den Rahmen, welcher den möglichen Umfang des Streitgegenstandes begrenzt. Gegenstand des Beschwerdeverfahrens kann nur sein, was Gegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens war oder nach richtiger Gesetzesauslegung hätte sein sollen. Streitgegenstand ist in der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege das Rechtsverhältnis, das Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet, soweit es im Streit liegt. Fragen, über welche die erstinstanzliche Behörde nicht entschieden hat, darf auch die zweite Instanz nicht beurteilen, sonst würde in die funktionelle Zuständigkeit der ersten Instanz eingegriffen (Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, Rz. 2.7 f., mit weiteren Hinweisen).

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer beantragt in seiner Beschwerde eine höhere Invalidenrente. Er bezieht sich sinngemäss auf ihm bekannte Fälle, in welchen trotz kurzer Beitragszeiten in der Schweiz höhere Renten ausgerichtet würden als diejenige, welche ihm zugesprochen worden sei. In einem dieser Fälle werde die (viel höhere) Rente nach einem Unfall ausgerichtet (vgl. B-act. 1 und 5).

### **E. 3.3**

Die Vorinstanz hat sich in der angefochtenen Verfügung zur Gesetzgebung und Anspruchsermittlung aufgrund der ermittelten Invalidität des Beschwerdeführers sowie zu seinen an die AHV/IV geleisteten Beiträgen und zur Berechnung der IV-Rente anhand dieser Beiträge geäussert. Darauf gestützt hat sie den Anspruch des Beschwerdeführers festgelegt. Demnach betrifft das Anfechtungsobjekt und damit der anfechtbare Streitgegenstand die Frage nach dem IV-Rentenanspruch des Beschwerdeführers gestützt auf den ermittelten IV-Grad sowie die geleisteten Beiträge und die geleistete Beitragszeit in der Schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. Falls der Beschwerdeführer darüber hinaus sinngemäss Ansprüche aus anderen in der Schweiz geleisteten Sozialbeiträgen (insbesondere aus der Unfallversicherung und der beruflichen Vorsorge [zweite Säule] geltend zu machen scheint, sind diese Begehren nicht durch das Anfechtungsobjekt gedeckt, weshalb darauf nicht eingetreten wird (vgl. jedoch zur zweiten Säule hinten E. 6.2.3).

### **E. 4.1**

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. 4.2**

Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu

sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

### **E. 4.3**

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung 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 Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht bestätigt (vgl. z.B. Urteil des BGer 9C\_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

#### **E. 4.4.1**

Invaliderität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invaliderität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2).

#### **E. 4.4.2**

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert [BGE 135 V 215 E. 7.3]).

#### **E. 4.4.3**

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 4.5**

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). Als weitere Anspruchsbedingung muss eine versicherte Person beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Mindestbeitragsdauer von drei (vollen) Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet haben. Ist in der Schweiz eine Beitragsdauer von mindestens einem Jahr erfüllt, jedoch nicht die dreijährige Beitragsdauer, so sind allfällige Versicherungszeiten in einem EU- oder EFTA-Staat anzurechnen (vgl. Rz. 2023.1 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung vom 1. Januar 2010 [KS VI, Fassung gültig ab 1. Januar 2014]). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

#### **E. 4.6**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem solchen von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (vgl. Art. 29 Abs. 4 IVG), was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine - vorliegend zutreffende - Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft (EU), denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

#### **E. 4.7.1**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Personen wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; Art. 16 ATSG und Art. 28a Abs. 1 IVG). Dabei sind die Erwerbs- beziehungsweise Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf beziehungsweise der bisherigen Tätigkeit, sondern - wenn erforderlich - auch in zumutbaren anderen, sogenannten Verweisungstätigkeiten zu prüfen (vgl. BGE 110 V 273). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4).

#### **E. 4.7.2**

Für die Ermittlung des Einkommens, welches ein Versicherter ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was er im fraglichen Zeitpunkt nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein gültigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen) als Gesunder tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (vgl. BGE 134 V 322 E. 4.1 m.H.). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist - wie hier - kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen nach Eintritt der Invalidität mehr gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder zumindest keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss den vom BFS periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Massgebend sind dabei die monatlichen Bruttolöhne (Zentralwerte) im jeweiligen Wirtschaftssector. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4 des Arbeitsplatzes gemäss LSE) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 E. 3c cc). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b).

#### **E. 4.8.1**

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). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung beziehungsweise von der Berufsberatung zu beantworten

(vgl. Urteil des EVG I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

#### **E. 4.8.2**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte oder Gutachten (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

#### **E. 4.8.3**

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 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). Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung 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). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den 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 bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb, SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 122 V 157 E. 1d; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

## **E. 5**

Vorliegend umstritten und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Grad der Invalidität des Beschwerdeführers sowie die Berechnung der Invalidenrente. Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, er habe - da er nicht mehr arbeiten könne - Anspruch auf eine ganze Rente. Ausserdem sei die zugesprochene Rente gestützt auf die geleisteten Beiträge zu tief ausgefallen.

### **E. 5.1**

Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer während mehr als einem Jahr in der Schweiz (IV 2, 4) und während über 10 Jahren in Deutschland Beiträge geleistet hat (IV 37.6 ff.). Damit erfüllt er die Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Rz. 2023.1 KSVI ohne Weiteres (siehe oben E. 4.5). Damit bleibt zu prüfen, ob sein Rentenanspruch ab April 2014 korrekt berechnet wurde. Zunächst ist demnach die Festlegung des IV-Grads (vgl. oben E. 4.4. ff.) zu überprüfen (E. 5.2 ff.). Anschliessend ist auf die Berechnung der Rentenhöhe gestützt auf die geleisteten Beiträge einzugehen (E. 6).

### **E. 5.2**

Gemäss den vorliegenden Akten liegen folgende medizinischen Beurteilungen vor beziehungsweise werden darin erwähnt: - Dres. Prof. Dr. F.\_\_\_\_\_, PD Dr. G.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, I.-Klinikum W.\_\_\_\_\_ GmbH, Klinik für Neurologie, vom 12. Januar 2008 (stationäre Behandlung 31.12.2007 - 12.01.2008; IV 12 = B-act. 5 Beilage 9) - Dr. J.\_\_\_\_\_, Kernspintomographie LWS vom 7. März 2008 (Bericht vom 10. März 2008; IV 13) - Dr. K.\_\_\_\_\_, Arzt für Anästhesiologie/spezielle Schmerztherapie, vom 13. Mai 2008; IV 14) - Zwischenbericht I.-Klinikum W.\_\_\_\_\_, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Dres. PD L.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, vom 18. Oktober 2010 (IV 15 = B-act. 5 B. 8) - Medizinischer Befundbericht des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin, I.-Klinikum, Prof. Dr. O.\_\_\_\_\_, MRT Knie links, Bericht vom 18. November 2010 (erwähnt in IV 39 S. 3) - Neurologischer Befundbericht der Klinik für Neurologie, Prof. P.\_\_\_\_\_, I.-Klinikum, W.\_\_\_\_\_, vom 30. März 2011 (erwähnt in IV 39 S. 3) - Klinik für Neurochirurgie, Dr. Q.\_\_\_\_\_, I.-Klinikum, W.\_\_\_\_\_, vom 12. April 2011 (IV 16 = B-act. 5 B. 7) - Zwischenbericht Dr. D.\_\_\_\_\_, FA für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Sportmedizin, vom 19. April 2011 (IV 20) - Zwischenbericht Dr. D.\_\_\_\_\_, vom 29. September 2011 (IV 18) - Zwischenbericht Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik V.\_\_\_\_\_ (BG Klinik), Hand-, Plastische, Rekonstruktive und Verbrennungs-chirurgie, Prof. Dr. R.\_\_\_\_\_, Dr. S.\_\_\_\_\_, Dr. T.\_\_\_\_\_, FA für Plastische und Ästhetische Chirurgie, vom 27. Oktober 2011 (IV 17) - Zwischenbericht Dr. D.\_\_\_\_\_, vom 28. November 2011 (IV 19) - Zwischenbericht BG Klinik, V.\_\_\_\_\_, Prof. Dr. R.\_\_\_\_\_, Dr. S.\_\_\_\_\_, Dr. T.\_\_\_\_\_, vom 25. Januar 2012 (IV 21) - 1. Rentengutachten, Dr. U.\_\_\_\_\_, FA Neurologie und Psychiatrie, vom 16. März 2012 (zitiert in IV 28 S. 10 und 39 S. 5) - 1. Rentengutachten aus unfallchirurgischer Sicht, Dr. V.\_\_\_\_\_, vom 6. Mai 2012 (zitiert in IV 28 S. 11) - Zwischenbericht BG Klinik V.\_\_\_\_\_, Prof. Dr. R.\_\_\_\_\_, Dr. S.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_, vom 8. Mai 2012 (IV 22) - Prof. X.\_\_\_\_\_ Beratungsärztliche Stellungnahme des med. Begutachtungs-Instituts vom 9. Juni 2012 (zitiert in IV 28 S. 10 und S. 12 ff.) - Zwischenbericht Dr. D.\_\_\_\_\_, vom 26. Juli 2012 (IV 23) - 1. Rentengutachten Neurologisches Gutachten vom 16. Oktober 2012, Dr. Y.\_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie (zitiert in IV 28 S. 11 f. und IV 39 S. 5) - Dr. Z.\_\_\_\_\_, Computertomographie LWS vom 12. November 2012 (IV 24) -

Zwischenbericht Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2012, (IV 26) - Zwischenbericht BG Klinik, Unfallklinik V. \_\_\_\_\_, Prof. Dr. R. \_\_\_\_\_, Dr. T. \_\_\_\_\_, Dr. AA. \_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2013 (IV 25) - BB.-Klinik, Abteilung Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Krankenhaus U. \_\_\_\_\_, Schmerztherapie vom 26. März 2013; Dr. CC. \_\_\_\_\_, Dr. DD. \_\_\_\_\_, stationärer Aufenthalt vom 12.03.2013 - 26.03.2013 (IV 31 = B-act. 5 Beil. 6) - Zweites Rentengutachten der BB.-Klinik, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, T. \_\_\_\_\_, Prof. EE. \_\_\_\_\_, Dr. FF. \_\_\_\_\_, vom 13. Juni 2013 (IV 27) - Neurologisches Zusatzgutachten, Neurologische Universitätsklinik S. \_\_\_\_\_, Prof. GG. \_\_\_\_\_, Dr. HH. \_\_\_\_\_ vom 11. September 2013 (IV 28) - Dr. II. \_\_\_\_\_, Radiologie, Kernspintomographie LWS vom 13. Dezember 2013 (IV 29) - Neurologisch-psychiatrisches Gutachten der BB.-Klinik, zu Handen Sozialgericht in X. \_\_\_\_\_, PD Dr. JJ. \_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, spezielle Schmerztherapie, Epileptologie und Klinische Geriatrie, vom 5. Februar 2014 (IV 39) - Dr. KK. \_\_\_\_\_, FA für Chirurgie/Unfallchirurgie, Ärztliche Untersuchungsstelle Deutsche Rentenversicherung Y. \_\_\_\_\_, X. \_\_\_\_\_, E 213 vom 19. Februar 2014 (Untersuchung: 20.01.2014; IV 11) - LL.-Hospital gGmbH, R. \_\_\_\_\_, Zentrum für Psychiatrie, Abteilung Neurologie, vorläufiger Entlassungsbericht, Dr. MM. \_\_\_\_\_, Hr. NN. \_\_\_\_\_, Stationsarzt, vom 25. März 2014 (B-act. 30.6) - LL.-Hospital gGmbH, R. \_\_\_\_\_, Abteilung Neurologie, Hr. NN. \_\_\_\_\_, Stationsarzt, vom 15. April 2014, Stationäre Behandlung vom 17.03.2014 - 26.03.2014 (B-act. 5 B. 2) - Medizinische Stellungnahme zu Handen der IVSTA, Dr. B. \_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, Zertifizierter RAD-Arzt, vom 8. Juni 2014 (IV 42) - LL.-Hospital gGmbH, R. \_\_\_\_\_, Zentrum für Psychiatrie, Abteilung Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Dr. OO. \_\_\_\_\_, Hr. PP. \_\_\_\_\_, Stationsarzt, vom 13. Juni 2014, Kurzbericht zum Austritt (B-act. 30.5, erwähnt in B-act. 20.1) - LL.-Hospital gGmbH, R. \_\_\_\_\_, Abteilung Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Dr. OO. \_\_\_\_\_, Hr. PP. \_\_\_\_\_, vom 14. August 2014, zum stationären Aufenthalt vom 01.04.2014 - 13.06.2014 (B-act. 5 B. 3) - Dr. D. \_\_\_\_\_, Bericht vom 16. September 2014 (Verweis darauf in B-act. 20.1) - Dr. QQ. \_\_\_\_\_, Internist, Diabetologe, Ernährungsmedizin, vom 30. September 2014, zu Handen Sozialgericht X. \_\_\_\_\_ (B-act. 5 B. 4) - Dr. K. \_\_\_\_\_, FA für Anästhesiologie/spez. Schmerztherapie vom 14. Oktober 2014 (erwähnt in B-act. 20.1) - LL.- Hospital gGmbH, R. \_\_\_\_\_, Psychiatrische Abteilung, Dr. RR. \_\_\_\_\_, Hr. PP. \_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2014 unter Bezugnahme auf die stationäre Behandlung im von April - Juni 2014 (B-act. 5 B. 5) - BB.-Klinik U. \_\_\_\_\_, Abteilung Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Dr. SS. \_\_\_\_\_, Chefarzt, Dr. TT. \_\_\_\_\_, Ärztin für Anästhesie, Dr. UU. \_\_\_\_\_, Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Arzt für Radiologie, Psychotherapie und Sozialmedizin vom 11. Dezember 2014 zum stationären Aufenthalt vom 27.11.2014 - 11.12.2014 (B-act. 5 B. 1) - Nevenfachärztliches Gutachten, Dr. VV. \_\_\_\_\_, Ärztin für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Ärztliches Qualitätsmanagement, Verkehrsmedizin, zu Handen Sozialgericht Reutlingen, vom 16. März 2015 (B-act. 30.3) - Stellungnahme Dr. B. \_\_\_\_\_ zu Handen der IVSTA vom 2. April 2015 (IV 72) - Stellungnahme Dr. WW. \_\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zu Handen IVSTA vom 3. Mai 2015 (IV 74) - LL.-Hospital gGmbH, R. \_\_\_\_\_, Psychiatrische Abteilung, Dr. XX. \_\_\_\_\_, Hr. PP. \_\_\_\_\_, Stationsarzt, vom 19. Juni 2015 (Beilage zu B-act. 15) - Dr. WW. \_\_\_\_\_ zu Handen der IVSTA vom 10. August 2015 (B-act. 17.1) - Psychiatrisches Gutachten, Dr. C. \_\_\_\_\_, FA Psychiatrie und Neurologie -

Psychotherapie, zu Handen Sozialgericht X. \_\_\_\_\_, vom 7. September 2015 (B-act. 20.1, Seiten 1 - 18 [ohne Unterschrift]) mit Ergänzung vom 8. September 2015 (B-act. 30.4) - Stellungnahme Dr. WW. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2015, zum Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_\_, zu Handen der IVSTA (B-act. 24.1).

### **E. 5.3.1**

Aus diesen Akten geht im Wesentlichen hervor, dass der Beschwerdeführer sich am 6. Januar 2008 einer Operation eines Bandscheibenvorfalls L5/S1 unterzog. Nach der Krankschreibung während vier Monaten kehrte er an seinen Arbeitsplatz im Tiefbau zurück (vgl. IV 11, 12 - 14, 28 S. 17). Im November 2012 wurden eine konzentrische Protrusio, Spinalkanalenge, relativ enge neuroforaminale Verhältnisse beidseits bei L3/4 und L4/5 sowie in Höhe L5/S1 eine Osteochondrose rechts, ein medio-lateraler Bandscheibenvorfall und eine nachvollziehbare S1-Wurzelreizung rechts diagnostiziert (IV 24). Am 13. Dezember 2013 diagnostizierte Dr. Z. \_\_\_\_\_ gestützt auf eine Kernspinttomographie LWS orthotope Bandscheiben und frei einsehbare Neuroforamina L1/2 und L2/3, je eine konzentrische Protrusio und Spinalkanalenge, bei frei einsehbaren Neuroforamina (L3/4 und L4/5) sowie eine Osteochondrose und ein kleiner medio-lateraler Bandscheibenvorfall auf Höhe L5/S1 rechts (IV 29).

### **E. 5.3.2**

Im Nachgang zum erlittenen Arbeitsunfall am 12. Oktober 2010 (Kreissägenverletzung des lateralen distalen Oberschenkels links) wurde eine Defektwunde mit knöchernem Defekt am lateralen Femurkondylus und eine traumatische Irritation des Nervus peroneus diagnostiziert und operiert (Wundrevision distaler Oberschenkel links lateral; IV 15). Im Nachgang dazu wurde die Diagnose einer Durchtrennung des N. peroneus mit fehlender Kontinuität innerhalb des Narbenareals in der lateralen Kniekehle gestellt (vgl. Verweis auf den Befundbericht von Prof. Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2010 in IV 39 S. 3) sowie am 30. März 2011 eine Fuss- und Zehenparese links, eine deutliche Atrophie des Musculus tibialis anterior und des Musculus extensor digitorum brevis bei symmetrisch auslösbaren Beineigenreflexen und im Bereich des peronealen Versorgungsgebietes eine Dysästhesie links festgestellt. Es wurde ein Peroneusschaden links bei dringendem Verdacht auf Axonotmesis und fehlender Reinnervation gestellt, sowie darüber hinaus ein neuropathisches Schmerzsyndrom (vgl. Verweis auf den Befundbericht von Prof. P. \_\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, IV 39 S. 3 f.). Am 7. April 2011 wurde operativ ein Narbenneurom abgetragen und der Nerv transplantiert (Nerventransplantation am N. peroneus mit Interposition von Transplantaten aus dem linken N. suralis und Nervennaht; IV 16 = B-act. 5 B. 7). Weiteren Verlaufsberichten ist zu entnehmen, dass die Peroneuslähmung links nicht behoben werden konnte und sich dazu Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels entwickelten. Der Versicherte blieb weiterhin arbeitsunfähig. Seine Rückkehr in den Strassenbau wurde ausgeschlossen (IV 17 - 23, 25 f.).

### **E. 5.3.3**

Vom 12. März - 26. März 2013 wurde der Beschwerdeführer in der BB.-Klinik im Krankenhaus U. \_\_\_\_\_, Abteilung Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, schmerztherapeutisch stationär wegen Rückenschmerzen, die ins rechte Bein ausstrahlten, und neuropathischen Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels wegen der Kreissägenverletzung behandelt und je ein psychosomatisches und ein neurologisches

Konsil durchgeführt. Die Schmerzsymptomatik konnte nur geringfügig verbessert werden, es wurde aber eine stationäre Reha-Massnahme eingeleitet (IV 31).

#### **E. 5.3.4**

Gemäss den Akten wurde im März und Mai 2012 in Deutschland das erste Rentengutachten bestehend aus einem Gutachten aus neurologisch-psychiatrischer Sicht vom 16. März 2012, aus unfallchirurgischer Sicht vom 6. Mai 2012 und aus neurologischer Sicht vom 16. Oktober 2012 eingeholt (Gutachten nicht aktenkundig, Verweise darauf in IV 28 S. 10 ff. und 39 S. 5). Zum Gutachten vom 16. März 2012 nahm das medizinische Begutachtungsinstitut Prof. Dr. X.\_\_\_\_\_ (Fachrichtung unbekannt) als Beratungsarzt des medizinischen Begutachtungsinstituts Stellung und rügte eine Unvollständigkeit des Gutachtens beziehungsweise die fehlende Nachvollziehbarkeit des ersten neurologisch-psychiatrischen Gutachtens (nicht aktenkundig, zitiert in IV 28 S. 10 ff.). In der Folge wurde erneut ein 1. Rentengutachten auf neurologischem Fachgebiet, von Dr. Y.\_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie vom 16. Oktober 2012 eingeholt (nicht aktenkundig, zitiert in IV 28 S. 11 f. und 39 S. 5). Im zweiten Rentengutachten von Prof. Dr. EE.\_\_\_\_\_, Chefarzt, Dr. FF.\_\_\_\_\_, Oberarzt, der BB.-Klinik, T.\_\_\_\_\_, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, vom 13. Juni 2013 (IV 27), wurden als noch bestehende Unfallfolgen die komplette traumatische Nervus Peroneusparese links, die erloschene Fuss- und Zehenhebung links, die beschriebenen Sensibilitätsstörungen am linken Unterschenkel, eine Muskelverschwächung am linken Unterschenkel, Nervenschmerzen am linken Unterschenkel und die beschriebene Narbe, sowie als unfallunabhängige krankhafte Veränderungen ein Diabetes mellitus Typ 2 und ein Bandscheibenvorfall (operativ versorgt 2008) diagnostiziert. Die Gutachter stellten eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30 % fest und gaben an, es sei keine Änderung zu erwarten und es seien derzeit keine weiteren Massnahmen erforderlich. Im dieses Gutachten ergänzenden neurologischen Fachgutachten vom 11. September 2013 (IV 28) diagnostizierte Prof. Dr. GG.\_\_\_\_\_, zertifizierter Gutachter der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Ärztlicher Direktor der neurologischen Universitätsklinik S.\_\_\_\_\_ (Untersuchungen vom 17. und 29. Juli, am 5. September 2013 durchgeführte elektrophysiologische Funktionsdiagnostik), eine traumatische partielle Läsion des Nervus peroneus communis links, eine muskuläre Schwäche des linken Beines und Plegie der Fussheber, nicht neurologisch erklärbarer Ätiologie, ein chronisches Schmerzsyndrom auf Basis der partiellen Peroneusläsion bei Verdacht auf psychische Komorbidität und ein Diabetes mellitus, medikamentös behandelt. Er schätzte die Erwerbsminderung aufgrund der Schädigung des N. peroneus links auf 17.5 % und führte aus, die Einschätzung der Einschränkung darüber hinaus durch das Schmerzsyndrom sei Aufgabe einer psychiatrischen oder psychosomatischen Begutachtung (IV 28). Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten der BB.-Klinik T.\_\_\_\_\_, von PD Dr. JJ.\_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, spezielle Schmerztherapie, Epileptologie und Klinische Geriatrie, vom 5. Februar 2014 zu Händen des Sozialgerichts in X.\_\_\_\_\_ (IV 39), finden sich neben den bekannten Diagnosen des Nervus peroneus-Schadens links sowie des Bandscheibenvorfalles LWK 5/SWK 1 (operiert 2008) und des Diabetes mellitus Typ II die Diagnosen eines neuropathischen Schmerzsyndroms (DD: CRPS Typ II Kausalgie) sowie eine mittelgradige depressive Episode. Der Gutachter schätzte eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 % und führte aus, es sei von keiner Besserung der Gesamtsymptomatik auszugehen (IV 39).

### **E. 5.3.5**

Dr. KK. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie der ärztlichen Untersuchungsstelle, Deutsche Rentenversicherung, Y. \_\_\_\_\_, X. \_\_\_\_\_, diagnostizierte in ihrem ausführlichen ärztlichen Bericht (E 213) vom 19. Februar 2014 eine Fuss- und Zehenheberlähmung links nach operierter traumatischer Läsion des N. peroneus links im Oktober 2010 (Arbeitsunfall) sowie Revisions-OP mit Nerventransplantation im April 2011 (T93.4), degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit kleinem Rezidivbandscheibenvorfall L5/S1 nach Bewegungseinschränkungen, ohne Nervenwurzelzeichen, ohne wesentliches sensomotorisches Defizit (M51.2), Diabetes mellitus (ED ca. 2000), mit Tabletten behandelt, mit Schädigung der körperfernen Beinnerven (E11), chronisches Schmerzsyndrom und depressive Störung, bisher unzureichend beziehungsweise nicht behandelt (F32, F45.4), sowie anamnestisch Herzinfarkt im April 2001, in den letzten Jahren keine Diagnostik, keine Schmerzen, keine Zeichen der Herzmuskelschwäche (I25.22). Die Ärztin legte die bestehenden Gesundheitsschäden ausführlich dar. Sie stellte fest, dass die Behandlung zwischen Orthopädie und Schmerztherapeut nicht abgesprochen sei, der Versicherte erhalte unterschiedliche Medikamente mit praktisch gleicher Wirkungsweise. Der Serumspiegel sei negativ gewesen, die regelmässige Medikamenteneinnahme sei daher in Frage zu stellen. Insgesamt könnte die Schmerztherapie adäquater sein. Die Krankengymnastik sei zu intensivieren, bezüglich dem Rücken sei sie in Eigenregie ausreichend, eine Rehabilitation nicht nötig. Sie stellte ausserdem fest, der Diabetes sei unzureichend eingestellt. Die Behandlung der Depression beziehungsweise des Schmerzsyndroms sei unzureichend. Eine Besserung sei durch konsequente Therapie nach WHO-Stufenschema zu erwarten. Bisher sei keine Vorstellung beim Psychiater erfolgt und werde keine Psychotherapie durchgeführt. Die ambulanten Therapiemöglichkeiten seien noch nicht ausgeschöpft, sie empfahl, eine psychosomatische medizinische Rehabilitation mit einem muttersprachlichen Therapeuten in Erwägung zu ziehen. Sie verwies auf die im März 2013 erfolgte stationäre Behandlung in der Schmerztherapie der BB.-Klinik im Krankenhaus U. \_\_\_\_\_, die nur zu einer geringfügigen Besserung geführt habe. Es sei bei der Begutachtung nicht zu erfahren gewesen, weshalb diese Rehabilitation nicht durchgeführt worden sei. Zum Leistungsvermögen führte sie aus, dieses sei gemindert, aber nicht aufgehoben. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien möglich, überwiegend im Sitzen vollschichtig. Langes Stehen, Gehen sowie Treppensteigen, das Ersteigen von Leitern und Gerüsten, Arbeiten im Knien und Hocken sei zu vermeiden, ebenso häufige Zwangshaltungen der Wirbelsäule. Die sozialmedizinisch relevanten Gehstrecken zum Erreichen eines Arbeitsplatzes seien dem Versicherten möglich und auch zumutbar, ebenso die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und eines PKW. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Arbeiter im Strassenbau sei auf Dauer nicht mehr möglich.

### **E. 5.3.6**

Im Nachgang zur versicherungsmedizinischen Untersuchung vom 19. Februar 2014 in Deutschland wurde das diagnostizierte chronische Schmerzsyndrom, Stadium II nach Gerbershagen, sowie das neuropathische Schmerzsyndrom des linken Unterschenkels bei Peroneusläsion links, im Rahmen einer stationären Behandlung vom 17. - 26. März 2014 in der neurologischen Abteilung der LL.-Hospital gGmbH, R. \_\_\_\_\_, behandelt (B-act. 5 B. 2, B-act. 30 B. 6). Der Verdacht auf eine Polyneuropathie liess sich bestätigen. Aufgrund der laborchemischen Befunde wurde am ehesten eine diabetische Polyneuropathie

angenommen (ED Diabetes mellitus Typ II im Jahr 2000; siehe IV 11 S. 9). Das chronische Schmerzsyndrom mit der begleitenden Depression wurde in der Folge in der Abteilung Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der LL.-Hospital gGmbH ab 1. April bis 13. Juni 2014 weiter stationär behandelt (B-act. 5 B. 3, B-act 30 B. 5). Bei Eintritt wurden aus psychiatrischer Sicht eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2), eine chronische Schmerzstörung (F45.41) sowie die Diagnosen Verletzung des Nervus peroneus in Unterschenkelhöhe (S84.1), Typ-2 Diabetes mellitus (E 11.90) und lumbaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie (M51.0) gestellt. Der Patient wurde mit Remission der Depressionssymptomatik bei weiterhin bestehender Schmerzsymptomatik bei fehlender Eigen- oder Fremdgefährdung nach Hause entlassen.

#### **E. 5.3.7**

Der Hausarzt Dr. QQ.\_\_\_\_\_, Internist/Diabetologe, nahm am 30. September 2014 zu Händen des Sozialgerichts X.\_\_\_\_\_, als "sachverständiger Zeuge" Stellung. Er stellte fest, es sei unter der verstärkten antidepressiven Therapie in der neurologischen Klinik in R.\_\_\_\_\_ zu keiner relevanten Besserung gekommen, beziehungsweise das Medikament habe wegen Unverträglichkeit abgesetzt werden müssen. Die Liste der psychotropen Medikamente/Analgetika sei aber weiterhin sehr lang und bedeute eine erhebliche Einschränkung der Vigilanz (Wachheit) und der Tatkraft. Für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit seien als Fachgebiete die Neurologie, die Orthopädie und die Psychologie/Psychiatrie massgebend, am besten neurologisch-psychiatrisch. Abschliessend gab der behandelnde Arzt an, er halte unter der Fülle der Medikation eine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für mindestens sechs Stunden für eine Zumutung. Die Konzentrationskraft sei mit Sicherheit erheblich eingeschränkt, und aufgrund der Rücken- und Beinbeschwerden könne der Patient weder länger stehen noch länger sitzen (B-act. 5 B. 4).

#### **E. 5.3.8**

Eine weitere stationäre schmerztherapeutische Behandlung (Multimodale Schmerztherapie) wurde vom 27. November bis 11. Dezember 2014 im Krankenhaus U.\_\_\_\_\_ durchgeführt. Betreffend die Schmerzproblematik wurden die Diagnosen chronisches Schmerzsyndrom III nach Gerbershagen, chronische Rückenschmerzen bei Lumbago, Nacken-Schulter-Syndrom, Failed Back-Syndrom nach Laminektomieoperation L5/S1 2008, Radikulopathie Bein rechts, NP-Protrusion L3/4, L4/5, Spinalkanalstenose L3/4, L4/5, N. peroneus-Läsion links (traumatisch 2010) mit Kausalgie/Neuropathie bei Zustand nach Nerventransplantation gestellt (vgl. B-act. 5 B. 1). Die stationäre Behandlung mittels Sakralblockade habe einen guten Erfolg gebracht und der Patient wurde mit stabilisiertem Allgemeinzustand mit derzeit tolerablem Schmerzniveau entlassen. Der Beschwerdeführer unterzog sich ab dem 2. April 2015 nochmals einer mehrmonatigen stationären Behandlung in der Abteilung Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der LL.-Hospital gGmbH, R.\_\_\_\_\_ (vgl. Zwischenbericht vom 19. Juni 2015, B-act. 15).

#### **E. 5.3.9**

Im Rahmen des laufenden Gerichtsverfahrens in Deutschland wurden ab März 2015 weitere neurologisch-psychiatrische Gutachten zu Händen des Sozialgerichts X.\_\_\_\_\_ eingeholt (vgl. B-act. 30 B. 3 und 4, B-act. 20.1). Im freien, nervenärztlichen Gutachten von Dr. VV.\_\_\_\_\_, Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychiatrie vom 16. März 2015 wurde ausgeführt, dem Beschwerdeführer zumutbar blieben leichte Tätigkeiten mit Heben

und Tragen von Lasten bis 5 kg, überwiegend sitzend und mit der Möglichkeit zeitweiligen Stehens und Gehens, auch unter gleichförmiger Körperhaltung und gelegentlichen Bückens. Tätigkeiten unter Hitze, Kälte, Zugluft, Nässe, Lärm, Staub, Gas, Dämpfen und Reizstoffen sowie im Freien seien nicht zumutbar, auch keine Tätigkeiten mit besonderer Verantwortung wegen der Medikamenteneinnahme. Unter diesen Einschränkungen könne der Beschwerdeführer leichte Tätigkeiten vollschichtig, das heisse sechs Stunden und mehr täglich verrichten. Die Zeiten der Arbeitsunfähigkeiten seien dokumentiert. Das festgestellte Leistungsvermögen gelte seit Jahren und bestehe auf Dauer (B-act. 30.3 S. 22 ff.). Der Psychiater, Neurologe und Psychotherapeut Dr. C.\_\_\_\_\_ führte in seiner Begutachtung vom 1. September (Gutachten vom 7. September 2015, mit Ergänzung vom 8. September 2015 [B-act. 20.1, Seiten 1-18 und B-act. 30.4]) zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, dieser sei nicht mehr, auch nicht mehr unter erleichterten Bedingungen in der Lage, leichte Tätigkeiten von mehr als drei Stunden täglich auszuführen. Ein Versuch, ihn an einem seiner körperlichen Behinderung wohl einigermaßen gerechten Arbeitsplatz einzugliedern, sei gescheitert; der Explorand sei mindestens seit Rentenantragstellung (in Deutschland) voll erwerbsunfähig. Es sei keine Verbesserung zu erwarten. Es sei zu einer andauernden Persönlichkeitsstörung gekommen, die Schmerzsymptomatik habe sich trotz intensiver Behandlungsversuche nicht verbessert, sondern verschlechtert (S. 16 f.).

#### **E. 5.4**

In den Akten finden sich weiter folgende für den vorliegend zu beurteilenden Sachverhalt massgebende Beurteilungen des ärztlichen Dienstes der IVSTA, welche sich auf die ihm vorgelegten Akten stützen.

##### **E. 5.4.1**

Dr. B.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, zertifizierter RAD-Arzt, nahm am 8. Juni 2014 zu Handen der IVSTA Stellung (IV 42). Er diagnostizierte im Wesentlichen eine Peroneusparese nach Kreissägenverletzung am 12. Oktober 2010, die sich nicht zurückgebildet habe, und stellte fest, dass sich neben der Muskelschwäche und der Zehenheberparese ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom mit depressiven Anteilen entwickelt habe. Zudem sei im Jahr 2008 eine Diskushernienoperation durchgeführt worden und bestehe zusätzlich ein Diabetes mellitus Typ II. Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, als Bauarbeiter sei der Versicherte seit dem Unfall am 12. Oktober 2010 nicht mehr arbeitsfähig, in Verweistätigkeiten stundenweise, das heisse 50 % ab 12. Oktober 2010, halbtags, sitzend, bei einem höchstens hebbaren Gewicht von 15 kg. Als mögliche Verweistätigkeiten führte er folgende Tätigkeiten auf: Concierge, Park-/Museumswächter, Magaziner/Lagerist, Reparaturen kleiner Apparate und Haushaltartikel, Billetverkäufer. Gestützt auf die im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Akten betreffend den Zeitraum vom 26. März 2014 - 11. Dezember 2014 (vgl. B-act. 5, IV 71) ergänzte Dr. B.\_\_\_\_\_ am 2. April 2015 zu Handen der IVSTA, es bestünden keine neuen körperlichen oder psychischen Ausfälle, im Zentrum stehe das chronische Schmerzsyndrom. Die objektivierbaren Funktionseinschränkungen hätten sich nicht verändert, der Beschwerdeführer könne zu 50 % leichte angepasste Verweistätigkeiten ausführen, daran änderten auch seine Wutausbrüche nichts. Es sei aber noch eine psychiatrische Stellungnahme einzuholen und allenfalls zuvor das Dossier aufgrund des deutschen Verfahrens zu vervollständigen (IV 72).

#### **E. 5.4.2**

Dr. WW. \_\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom medizinischen Dienst der IVSTA, führte am 3. Mai 2015 aus, die in den deutschen Akten diagnostizierte, aktuell schwere depressive Episode des Beschwerdeführers sei nicht begründet beziehungsweise nicht belegt. Ausserdem sei die vom Hausarzt beschriebene "ökonomische Notsituation" naturgemäss IV-fremd. Im Übrigen sei die aufgeführte "chronische Schmerzstörung (ICD 45.41)" eine sogenannte "Anhaltende somatoforme Schmerzstörung", welche nach den Schweizer IV-Bestimmungen keinen medizinischen Grund zur Arbeitsunfähigkeit darstelle. Aus psychiatrischer Sicht ändere sich nichts an der Stellungnahme von Dr. B. \_\_\_\_\_ (IV 74). Zum Bericht der psychiatrischen Abteilung des LL-Hospital gGmbH vom 19. Juni 2015, gemäss welchem der Beschwerdeführer in einem zweiten stationären Aufenthalt seit 2. April 2015 wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen behandelt wurde (vgl. Beilage zu B-act. 15), führte Dr. Zogg am 10. August 2015 zu Händen der IVSTA aus, die Befunde entsprächen nicht einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode. Von den geforderten mindestens acht Kriterien B und C würden zwei aus der Gruppe B erfüllt und aus der Gruppe C drei, also fünf der geforderten acht diagnostischen Kriterien. Zudem werde von einer Besserung berichtet. Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Anlass auf Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit. Gestützt auf das vom Beschwerdeführer eingereichte psychiatrische Gutachten zu Händen des Sozialgerichts X. \_\_\_\_\_ vom 7. September 2015 von Dr. C. \_\_\_\_\_ (siehe oben E. 5.2.9), in welchem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer, ohne psychische Symptome, und eine chronische Schmerzstörung bei Zustand nach Bandscheiben-OP 2008, Verletzung des N. Peroneus links 2010, Nerventransplantation sowie eine andauernde Persönlichkeitsveränderung (ICD-10: F62.8) diagnostiziert wurde und der Gutachter in seiner Beurteilung (soweit dem Bundesverwaltungsgericht eingereicht) von einer vollen andauernden Erwerbsunfähigkeit ausging, führte Dr. WW. \_\_\_\_\_ aus, das Gutachten sei widersprüchlich und es liege aufgrund der Befunde (je 3 Kriterien B und C) höchstens eine mittelschwere Depression vor. Die therapeutischen Möglichkeiten der Behandlung der Depression seien seines Erachtens noch nicht ausgeschöpft. Er verwies ausserdem auf die Beschreibung einer Aggravation bezüglich der Schmerzstörung, er bezweifle auch hier, dass alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft seien. Was die beschriebene Persönlichkeitsveränderung betreffe, sei diese kaum erklärt. Die angegebene Form (schwerer) Verstimmungen sei klinisch nicht hinreichend bewiesen und die Aggressionen des Beschwerdeführers könnten nicht zwangsläufig auf die Depression zurückgeführt werden. Zusammenfassend gehe er weiterhin von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, aus und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (mit Aggravationstendenz), welche eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Strassenbauer) rechtfertige, jedoch sei eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit zumutbar. Er führte jedoch an, dass das Dossier noch aus somatischer Sicht beurteilt werden sollte (B-act. 24, Beilage).

#### **E. 5.5.1**

Zu beurteilen ist vorliegend, wie bereits dargelegt, der Sachverhalt bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 4. November 2014 (siehe oben E. 2.2). Demnach ist der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen verbleibende Arbeitsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt zu beurteilen. Sofern sich sein Gesundheitszustand und damit seine

verbleibende Arbeitsfähigkeit danach verändert haben sollte, ist dies in einem separaten Verfahren durch die Vorinstanz zu prüfen. Es ist daher nachfolgend nur auf die medizinischen Berichte abzustellen, die den Zeitraum bis November 2014 betreffen oder Aussagen für diesen Zeitraum enthalten, wobei die in diesem Zeitraum durchgeführte stationäre Schmerztherapie im Spital U.\_\_\_\_\_ (B-act. 1 Beilage 1), die in diesen Zeitraum fällt und zu welcher der medizinische Dienst der IVSTA Stellung genommen hat, noch zu berücksichtigen ist.

### **E. 5.5.2**

Aufgrund der Akten ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer im Nachgang zum Unfall vom 12. Oktober 2010 wegen der Einschränkungen im linken Bein und der damit verbundenen Schmerzsymptomatik, aber auch aufgrund der Rückenproblematik, nicht mehr im Strassenbau erwerbstätig sein kann. Umstritten ist indessen, ob der Beschwerdeführer in einer leichten Verweistätigkeit, und wenn ja, in welchem Mass er im November/Dezember 2014, das heisst nach der stationären Schmerztherapie, noch arbeitsfähig war. Dr. B.\_\_\_\_\_, FMH allgemeine Medizin und zertifizierter RAD-Arzt, schätzte die Arbeitsfähigkeit in einer leichten Verweistätigkeit in somatischer Hinsicht auf 50 % stundenweise, halbtags sitzend. An dieser Einschätzung hielt er in Berücksichtigung der medizinischen Behandlungen bis Dezember 2014 fest, verwies aber darauf, dass die Angelegenheit noch psychiatrisch zu beurteilen und allenfalls das Dossier anhand der Akten des Verfahrens in Deutschland zu vervollständigen sei (IV 42, 72). Der von der Vorinstanz beauftragte Psychiater Dr. WW.\_\_\_\_\_ schloss sich bezüglich der Einschränkungen aus psychischer Sicht der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_\_ an und blieb im Lauf des Verfahrens bei dieser Einschätzung (vgl. IV 74, B-act. 15 und 24). Gestützt auf den Entlassungsbericht der BB.-Klinik U.\_\_\_\_\_, Abteilung Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Schmerztherapie, vom 11. Dezember 2014, ist von einer etwas verbesserten (Schmerz)-Situation auszugehen ("deutlich verbesserter Allgemeinzustand"). Die Ärzte empfehlen die Fortführung des körperlichen Aktivierungstrainings, zur Arbeitsfähigkeit äussert sich der Bericht indessen nicht (B-act. 5 B. 1). Die Gutachterin Dr. VV.\_\_\_\_\_ beurteilte im März 2015 die berufliche Leistungsfähigkeit des Exploranden für eine leichte Tätigkeit mit einfachen Anforderungen als vollschichtig möglich, das heisst für mindestens sechs Stunden täglich, unter den dargelegten qualitativen Einschränkungen, dies seit Jahren. Der Gutachter Dr. C.\_\_\_\_\_ hielt nach seiner Exploration im September 2015 fest, aus seiner Sicht sei der Explorand seit der Rentenantragstellung voll erwerbsunfähig. Er habe am 1. September 2015 (nach der dreimonatigen stationären Therapie) einen Exploranden in einer schweren depressiven Verfassung kennengelernt. Es bestehe keine Aussicht auf Besserung (B-act. 20.1 und 30.4).

### **E. 5.5.3**

In Beurteilung der vorhandenen Akten ergibt sich ein unvollständiges und widersprüchliches Bild. Einerseits fehlen teilweise entscheidende Akten aus dem deutschen Rentenverfahren (bspw. neurologische Befunde vom November 2010 und März 2011 [vgl. IV 39 S.3] sowie das 1. Rentengutachten bestehend aus drei Gutachten von März bis Oktober 2012 in neurologisch-psychiatrischer, unfallchirurgischer und neurologischer Hinsicht [vgl. IV 28 S. 10 f. und 39 S. 5] sowie die beratungsärztliche Stellungnahme dazu von Juni 2012 [vgl. IV 28 S. 11 ff.]). Da diese Gutachten nicht aktenkundig sind, konnte der gesundheitliche Zustand und Verlauf - auch durch den medizinischen Dienst der IVSTA - nicht zuverlässig beurteilt werden. Andererseits widersprechen sich die beiden deutschen

Gerichtsgutachten (nervenfachärztlich [B-act. 30.3] und psychiatrisch [B-act. 20], jeweils von Fachärzten der Neurologie-Psychiatrie) zuhanden des Sozialgerichts X.\_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2015 diametral, soweit sie aktenkundig sind und soweit sie den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum bis November/ Dezember 2014 betreffen (Dr. VV.\_\_\_\_\_: vollschichtige Erwerbsfähigkeit im Rahmen der dargelegten Einschränkungen seit Jahren; Dr. C.\_\_\_\_\_: volle Erwerbsunfähigkeit seit Rentenantragstellung). Das Gutachten von Dr. VV.\_\_\_\_\_ konnte den Ärzten des medizinischen Dienstes nicht vorgelegt werden, da es erst später aktenkundig wurde, und das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ liegt nur teilweise vor (es fehlt der Schluss). Dr. B.\_\_\_\_\_ empfahl der Vorinstanz bereits am 2. April 2015 im Hinblick auf das in Deutschland laufende Gerichtsverfahren, das Dossier zu vervollständigen. Entsprechende Vorkehrungen sind indes nicht ersichtlich. Zudem finden sich keine Hinweise dazu, dass die Angelegenheit einem Facharzt einer somatischen Disziplin des für die IVSTA zuständigen regionalärztlichen Dienstes (RAD) Rhône (vgl. <http://www.aivs.ch/de/rad-rhone/rad-rhone.html>; abgerufen am 8. August 2016) - statt nur den beratenden Ärzten im medizinischen Dienst der IVSTA (vgl. Art. 59 Abs. 2 und 2bis IVG) - vorgelegt worden wäre, was sich bei der hier bestehenden chirurgisch-orthopädischen Problematik mit neurologischer und psychischer Komponente als zwingend erwiesen hätte. Es fehlt auch eine Darlegung des Einflusses der medikamentösen Behandlung auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Soweit der Psychiater Dr. WW.\_\_\_\_\_ vom 5. Mai 2015 in seiner Stellungnahme entgegen den Beurteilungen der behandelnden Psychiater, Neurologen und Schmerzspezialisten ausführt, es könne keine aktuell schwere depressive Episode begründet werden, überzeugt seine Begründung insoweit nicht, als dass er auf die fehlende IV-Relevanz nach schweizerischer Rechtspraxis hinweist (s. sogleich). Eine für das - nicht als Fachgericht ausgestaltete - Bundesverwaltungsgericht nachvollziehbare Darlegung, weshalb die Beurteilungen widersprüchlich seien und weshalb die "schwere depressive Episode ohne psychische Symptome (ICD F32.2)" aus medizinischer Sicht nicht hinreichend belegt sei (IV 74 S. 2), findet sich in seinen Ausführungen nicht. Soweit er feststellt, die "chronische Schmerzstörung (ICD F45.41)" sei nach schweizerischen IV-Bestimmungen kein Grund zu einer Arbeitsunfähigkeit, fehlt eine Auseinandersetzung mit dem - von Dr. B.\_\_\_\_\_ festgestellten und im Wesentlichen unbestrittenen - somatischen (Teil-)Substrat der Schmerzen (Lumbalsyndrom nach Diskushernien-OP im Jahre 2008; neuropathisches Schmerzsyndrom bei Peronäus-Läsion nach Arbeitsunfall und diabetischer Polyneuropathie). Im Sinne der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichts ist diesbezüglich auf die Aufgabe des Arztes zu verweisen, wonach dieser sich zur (verbleibenden) Arbeitsfähigkeit der versicherten Person zu äussern hat und rechtliche Beurteilungen, wonach gewisse Faktoren (in der Biografie einer versicherten Person) (k)einen Einfluss auf einen IV-Anspruch hätten, in die Beurteilung der Verwaltung oder des Gerichts fallen. Darunter fällt auch die Frage der Massgeblichkeit einer Schmerzstörung im konkreten Fall in Berücksichtigung der von den Ärzten beschriebenen Situation (siehe oben E. 4.9.1 und unten E. 5.6). In den weiteren Stellungnahmen vom 10. August 2015 und vom 20. November 2015 begründet Dr. WW.\_\_\_\_\_ zwar seine Einschätzung ausführlicher, weshalb aus seiner Sicht - entgegen den Einschätzungen der behandelnden Psychiater nach über zweimonatiger stationärer Behandlung beziehungsweise des begutachtenden Psychiaters Dr. C.\_\_\_\_\_ - die jeweils gestellte Diagnose einer schweren Depression nicht mit den dazu notwendigen Befunden beziehungsweise Anzahl Kriterien versehen sei. Er zitiert indes nur einzelne verkürzte Ausschnitte des Berichts/des Gutachtens und erläutert

nicht nachvollziehbar, welche Kriterien beziehungsweise inwiefern deren Ausprägtheit für das vollständige Krankheitsbild einer schweren Depression fehle (vgl. Dilling/Mombour/ Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff. [F32 depressive Episode]). Er widerspricht auch der Auffassung des Dr. C.\_\_\_\_\_, dass aus seiner Sicht die therapeutische Möglichkeit der Behandlung der Depression ausgeschöpft sei, ohne sich zu möglichen Behandlungsmassnahmen zu äussern (je Beilage zu B-act. 17 und 24). Zu ergänzen bleibt, dass Dr. WW.\_\_\_\_\_, wie bereits gesagt, nicht vollständig dokumentiert war. Beispielsweise wurde ihm das Gutachten von Dr. VV.\_\_\_\_\_ nicht vorgelegt, zudem hat er den Versicherten - anders als die Spitalärzte und die beiden deutschen Gutachter - nicht selbst untersucht. Somit war es ihm auch nicht möglich, eine vollständige nachvollziehbare Beurteilung abzugeben. Was die Beurteilung von Dr. KK.\_\_\_\_\_ durch die ärztliche Untersuchungsstelle der deutschen Rentenversicherung (E 213, IV 11) betrifft, stellte sie Auswirkungen durch den Diabetes fest (S. 9, 12), anders als der Hausarzt, der Diabetologe ist und der in seinem (späteren) Bericht keine Hinweise zu Einschränkungen wegen des Diabetes festhält (vgl. B-act. 5 B. 4 S. 4). Bei der Beurteilung von Dr. KK.\_\_\_\_\_ ist zu beachten, dass sie die Angelegenheit aus somatischer Sicht als Fachärztin für Chirurgie und Unfallversicherung beurteilte. Sie empfahl ergänzend eine psychiatrische Behandlung (S. 12). Diese wurde in der Folge auch durchgeführt (vgl. B-act. 5 B. 2 und 3, B-act. 30 B. 5 und 6), aber - da diese erst von März bis Juni 2014 erfolgte - in ihrer Gesamtbetrachtung vom 19. Februar 2014 fehlt. Letztere Behandlung ist indes für die vorliegende Beurteilung bedeutsam. Zu ergänzen bleibt, dass auch der Psychiater Dr. WW.\_\_\_\_\_, im Zeitpunkt, als ihm ein Teil des psychiatrischen Gerichtsgutachtens von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 7. September 2015 (Begutachtung nach dem vorliegend relevanten Beurteilungszeitraum) vorgelegt wurde, zu Händen der IVSTA empfahl, das Dossier nochmals somatisch prüfen zu lassen (siehe Beilage zu B-act. 24). Dies unterblieb in der Folge.

#### **E. 5.5.4**

Zusammenfassend ist zu den in den Akten vorhandenen medizinischen Beurteilungen festzuhalten, dass grundsätzlich den beiden deutschen Gutachten in nervenfachärztlicher und psychiatrischer Hinsicht aus dem Jahr 2015, die je auf einer umfassenden Untersuchung des Beschwerdeführers beruhen und in sich nachvollziehbar sind, grundsätzlich eine hohe Beweiskraft zukommt, soweit sie den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum bis November/Dezember 2014 betreffen, auch wenn sie sich in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers diametral widersprechen. Was die Stellungnahmen der beiden Ärzte des medizinischen Dienstes betrifft, beruhen sie nicht auf einer vollständigen Aktenlage. Zudem fehlt bei den Kurzstellungnahmen des Dr. B.\_\_\_\_\_ aus somatischer Sicht die fachärztliche Beurteilung und die Auseinandersetzung mit der Schmerzproblematik in rheumatologisch-/orthopädischer und neurologischer Hinsicht. Auch die Stellungnahmen des Psychiaters Dr. WW.\_\_\_\_\_ sind wie dargelegt nicht voll beweiskräftig, weshalb die Berichte des medizinischen Dienstes den strengen Anforderungen an die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen nicht stand halten (siehe oben E. 4.8.3).

#### **E. 5.6**

Unter diesen Umständen ist nicht möglich, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers per November/Dezember 2014 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festzustellen, was Grundlage für die Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des

Beschwerdeführers wäre. Die Angelegenheit ist demnach zur Vervollständigung der Akten und zur neuen Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers an die Vorinstanz zurückzuweisen. Da anhand der vorhandenen Akten auch die Grundlagen des Erwerbsvergleichs nicht rechtskonform ermittelt werden können (siehe hiernach E. 6.1), bleibt kein Raum für die Erstellung eines Gerichtsgutachtens (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Nach Einholung des vollständigen Aktendossiers (siehe oben E. 5.5.3) ist die Sachverhaltsabklärung mit einer interdisziplinären Begutachtung in der Schweiz in den Disziplinen Innere Medizin, Rheumatologie/Orthopädie und Psychiatrie unter Beizug der Neurologie zu ergänzen. Alternativ besteht die Möglichkeit, dass der RAD Rhône nach Vervollständigung der umfangreichen Akten aus Deutschland die Aktenlage interdisziplinär, in Berücksichtigung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit und unter expliziter Würdigung der sich widersprechenden Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen der deutschen Gutachter ergänzend prüft und Stellung zuhanden der Vorinstanz nimmt.

### **E. 5.7**

Nach Vervollständigung der Sachverhaltsabklärung ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers - je nach Diagnosenstellung (vgl. zur Schmerzstörung mit/ohne somatisches Substrat E. 5.5.3, 1. Abschnitt) -allenfalls ergänzend nach den vom Bundesgericht in BGE 141 V 281 ff. aufgestellten Kriterien zu prüfen (vgl. auch Petra Fleischanderl, Aktuelle Urteile zu BGE 141 V 281, in: SZS 59/2015 S. 557). Zu ergänzen bleibt, dass der Gesundheitszustand des Versicherten sich aufgrund der vorliegenden Akten, die teilweise auch den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach November/Dezember 2014 beschreiben, verändert haben könnte. Die IVSTA wird demnach auch zu beurteilen haben, ob sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ergeben hat, und wenn ja, ob diese bereits im Verfügungszeitpunkt vom 3. November 2014 bestanden hat oder erst später eingetreten ist, und ob dem Beschwerdeführer im letzteren Fall eine abgestufte Rente zuzusprechen wäre. Zu beachten ist im Übrigen, dass ab Ende 2013 immer wieder längere stationäre Spitalaufenthalte des Beschwerdeführers dokumentiert sind, während welchen er als vollständig arbeitsunfähig zu beurteilen sein dürfte.

### **E. 5.8**

Aufgrund der Beschränkung des zu überprüfenden Sachverhalts bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 3. November 2014 (vgl. E. 2.2, Abschnitt 1) sind die im vorliegenden Verfahren mit Eingabe vom 9. September 2016 aktenkundig gemachte Erkrankung am 23. März 2016 an einem Herpes Zoster (Hautausschlag infolge Viruserkrankung) und einer Paronychie (Entzündung des Nagelfalzes) am rechten Daumen (Arztbericht Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 23. März 2016, B-act. 35 Beilage 2) sowie des mit Kernspintomographie vom 31. März 2016 festgestellten Rezidivprolaps des Wirbelkörpers im Segment L5/S1 mit leichter Irritation der Wurzel von S1 rechts, der gering aktivierten Osteochondrose in dieser Etage, sowie der unverändert geringen Bandscheibenprotrusion L3/4 und L4/5 (Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 31. März 2016, B-act. 35 Beilage 3) vorliegend nicht zu beachten.

### **E. 6**

Ergänzend bleibt antragsgemäss auf den von der Vorinstanz errechneten IV-Grad sowie auf die Höhe der ermittelten IV-Rente von Fr. 51.- (Dreiviertelsrente) einzugehen.

### **E. 6.1**

Zum von der Vorinstanz ermittelten Erwerbsvergleich (IV 43) bleibt folgendes anzumerken. Gestützt auf die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichts ist beim Valideneinkommen grundsätzlich auf den letzten erzielten Lohn der versicherten Person abzustellen (oben E. 4.7.2). Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer zuletzt (vor seinem Unfall) einen Stundenlohn von Euro 15.59 erzielte und am 16. April 2014 (Datum der Stellungnahme des ehemaligen Arbeitgebers) ohne Unfall zirka Euro 16.90 erzielen würde. Der Beschwerdeführer gibt an, er habe zuletzt vom 1. November - 30. November 2010 (d.h. nach seinem Unfall am 12. Oktober 2010) einen Bruttolohn von Euro 2'774.87 erzielt, wobei er ab 24. November 2010 Krankengeld bezogen habe. Er habe zuletzt im Sommer 9,5 Stunden und im Winter 8,5 Stunden gearbeitet (IV 37 S. 3 und 7). Gestützt auf diese Angaben erweist es sich als unmöglich, das Valideneinkommen des Beschwerdeführers zu bestimmen, da verlässliche Unterlagen zu den bezahlten (Jahres-)Löhnen vor dem Unfall im Oktober 2010, sei es als Lohnauszüge des Arbeitgebers oder gestützt auf die bezahlten Beiträge an den deutschen Versicherungsträger, fehlen. Die Vorinstanz wird demnach auch hierzu die Akten zu vervollständigen haben. Zum von der Vorinstanz ermittelten Invalideneinkommen des Beschwerdeführers (vgl. IV 43 S. 1) ist zu ergänzen, dass in Anwendung der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichts auf die Zentrallöhne, und nicht auf (zufällig ausgewählte) statistische Berufsgruppen abzustellen ist (siehe oben E. 4.7.2 sowie Susanne Leuzinger-Naef, Der Einkommensvergleich - Rückblick und Ausblick, in: Ueli Kieser, Validen- und Invalideneinkommen, St. Gallen 2013, S. 37 f., und 46), weshalb auch der von der Vorinstanz ermittelte Invalidenlohn sich nicht als rechtskonform ermittelt erweist.

## **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer rügt, die von der IV-Stelle zugesprochene Rente von Fr. 51.- sei viel zu tief und nochmals zu prüfen.

### **E. 6.2.1**

Gemäss den Akten arbeitete der Beschwerdeführer von Dezember 1984 bis August 1986 in der Schweiz und leistete in dieser Zeit AHV/IV-Beiträge. Es sind ihm demnach AHV/IV-Beiträge von einem Jahr und acht Monaten anzurechnen, dies bei einem durchschnittlichen Jahreseinkommen von Fr. 29'484.- (vgl. IV 1-4, 62 f.). Dies bestreitet der Beschwerdeführer nicht.

### **E. 6.2.2**

Die Vorinstanz hat die Rechtslage zur Berechnung und die genaue Berechnung der Rente in ihrer Vernehmlassung vom 12. Mai 2015 korrekt dargelegt, darauf kann verwiesen werden (vgl. B-act. 12 S. 1 f.). Gemäss den Einträgen in den individuellen Beitragskonten (IK) in den Jahren 1984 - 1986 ergibt sich ein Einkommen von Fr. 45'673.- (IV 4). Das aufgewertete Einkommen beträgt Fr. 47'363.- (Aufwertungsfaktor 1.037 im Jahr 2011; vgl. Rententabellen AHV/IV des Bundesamtes für Sozialversicherungen, 2011, S. 15; <http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/view/365/lang:deu/category:23>; abgerufen am 19. Juli 2016). Dieser Betrag geteilt durch die anrechenbare Beitragsdauer von einem Jahr und acht Monaten ergibt ein durchschnittliches Jahreseinkommen von Fr. 28'418.- beziehungsweise als nächsthöhere Bestimmungsgrösse der BSV-Rententabellen 2011 von Fr. 29'232.-. Die anwendbare Rentenskala errechnet sich folgendermassen: Der Beschwerdeführer ist im Jahr 1962 geboren. Der Versicherungsfall ist im Jahr 2011 eingetreten. Daraus ergeben sich 28 Jahre des Jahrgangs (vgl. Rententabellen AHV/IV

2011, S. 8). Nach dem Skalenwähler ist bei einem vollen Beitragsjahr bei 28 Jahren des Jahrgangs die Rentenskala 2 anwendbar (vgl. Rententabellen AHV/IV 2011 S. 10, Skala 2: S. 102 f.). Der Rentenanspruch wurde im Jahr 2014 verfügt, weshalb die Vorinstanz auf die letzte angepasste Rententabelle 2013 abstellte. Das an die Preisentwicklung angepasste anwendbare massgebende Einkommen nach der Rententabelle 2013 beträgt Fr. 29'484.- Die darauf gestützte ganze Invalidenrente der Rentenskala 2 beträgt demnach Fr. 68.- beziehungsweise Fr. 51.- für eine Dreiviertelsrente (vgl. Rententabellen 2013 S. 102 f.). Die Ermittlung der Rentenskala durch Vorinstanz erweist sich demnach als korrekt. Die Rente fällt deshalb so tief aus, weil dem Beschwerdeführer in der Schweiz nur ein massgebendes Beitragsjahr angerechnet werden kann.

### **E. 6.2.3**

Soweit der Beschwerdeführer darüber hinaus beanstandet, die zugesprochene Rente erweise sich als zu tief, und Vergleiche zu anderen ihm bekannten Fällen zieht, ist er darauf hinzuweisen, dass nur der Anspruch der schweizerischen Invalidenversicherung (1. Säule) Anfechtungsobjekt der vorliegend angefochtenen Verfügung bildet (oben E. 3.2). Was ein allfälliger Rentenanspruch aus beruflicher Vorsorge (2. Säule) betrifft, bleibt es dem Beschwerdeführer unbenommen, bei seinen ehemaligen Arbeitgebern in der Schweiz oder bei der Zentralstelle 2. Säule, Verbindungsstelle Sicherheitsfonds BVG (Meldung von kontaktlosen und vergessenen Guthaben [vgl.

[http://www.sfbvg.ch/xml\\_2/internet/de/application/d354/f366.cfm](http://www.sfbvg.ch/xml_2/internet/de/application/d354/f366.cfm)], abgerufen am 19. Juli 2016) einen allfälligen Leistungsanspruch abzuklären.

### **E. 7**

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Beschwerdeführer betreffend seine Beschwerde, sein Rentenanspruch sei nicht korrekt abgeklärt worden, durchdringt. Die Verfügung vom 3. November 2014 wird deshalb aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen den Sachverhalt ergänzend abkläre (siehe hiervor E. 5.5 und 6.1). Im Nachgang dazu hat sie den IV-Grad des Beschwerdeführers neu zu ermitteln und anschliessend neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu verfügen. Soweit der Beschwerdeführer über seinen Anspruch aus der Invalidenversicherung hinaus beanstandet, die Rente sei zu tief ausgefallen, ist nicht auf das Begehren einzutreten.

### **E. 8**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

#### **E. 8.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass dieser keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der am 19. Dezember 2014 und am 16. Januar 2015 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.66 (B-act. 4 und 7) ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Dem nicht-anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten im Sinne von Art. 64 Abs. 1 VwVG entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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