

# **BVGer C-3705/2015 vom 25. Januar 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-01-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3705\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3705_2015)

FR: TAF C-3705/2015 du 25 janvier 2017

IT: TAF C-3705/2015 del 25 gennaio 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 11. Juni 2015 (Posteingang: 12. Juni 2015) einzutreten (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2.1**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Damit ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungen (hier: 13. Mai 2015) eingetretenen Sachverhalt abzustellen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

### **E. 2.2**

Soweit der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 13. August 2015 unter Hinweis auf den damit eingereichten Arztbericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 3. August 2015 und die operativen Eingriffe am Rücken vom 30. Juni 2015 und vom 9. Juli 2015 eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend macht (vgl. BVGer act. 5 samt Beilage), ist er darauf hinzuweisen, dass eine solche nicht im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens, sondern im Rahmen einer Neuanmeldung bei der zuständigen

IV-Stelle vorzubringen ist (vgl. dazu Art. 87 Abs. 3 IVV; SR 831.201). Mangels Anfechtungsgegenstandes ist demnach auf die nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung geltend gemachte Verschlechterung nicht einzutreten. Nachdem die allfällige Verschlechterung - wie ausgeführt - einen nach dem vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfenden Zeitraum betrifft, liegt allenfalls eine Neuanschuldung gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV vor. Deshalb ist die Angelegenheit nach Abschluss des vorliegenden Beschwerdeverfahrens an die Vorinstanz zu überweisen, damit diese prüft, ob vorliegend die diesbezüglichen Voraussetzungen (vgl. dazu Art. 87 Abs. 2 IVV) gegeben sind. Dabei ist insbesondere die mit Arztbericht vom 3. August 2015 geltend gemachte Verschlechterung der Rückenproblematik zu berücksichtigen (vgl. dazu Urteile des BVGer C-4737/2012 vom 18. Juli 2014 E. 7 und C-7149/2009 vom 19. Mai 2011 E. 6.7).

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung 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 IVSTA erlassen.

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger im Kanton Basel-Stadt erwerbstätig (act. 20, S. 8 - 11) und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Frankreich, wo er heute noch lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf die Zeit seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen waren die IV-Stelle Basel-Stadt zur Entgegennahme und Prüfung der IV-Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

### **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger und wohnt in Frankreich, 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) zu beachten ist. Das FZA setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsahen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (13. Mai 2015) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen

Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: VO 883/2004) 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 (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 VO 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. VO 883/2004. Die Beurteilung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.; Basile Cardinaux, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23). Leistungen bei Invalidität sind im System der europäischen Sozialrechtskoordinierung in den Art. 44 - 49 VO Nr. 883/2004 geregelt. Frankreich und die Schweiz sehen Rechtsvorschriften nach dem sog. Koordinationstyp B vor, das heisst sie gewähren Leistungsansprüche beziehungsweise Teilrenten in Abhängigkeit von der Dauer der Versicherung (Art. 44 Abs. 1 VO 883/04 i.V.m. Anhang VI e contrario; Bernd Schulte, Die neue Europäische Sozialrechtskoordinierung in Gestalt der Verordnungen [EG] Nrn. 883/04 und 987/09, SZS 01/2012 S. 44 ff. und S. 143 ff., insbesondere S. 159 f.).

#### **E. 4.2**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat vorliegend während mehr als 31 Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (act. 101, S. 15 f.); er erfüllt mithin ohne Weiteres die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente.

#### **E. 4.3**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). 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. 4.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

#### **E. 4.5.1**

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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4; 115 V 133 E. 2).

#### **E. 4.5.2**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

#### **E. 4.5.3**

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

#### **E. 4.5.4**

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). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C\_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, zu denen die RAD-Berichte gehören, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweis; Urteile des BGer 8C\_588/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 2 und 8C\_385/2014 E. 4.2.2).

#### **E. 4.5.5**

In einem jüngst ergangenen Grundsatzentscheid (BGE 141 V 281) hat das Bundesgericht seine langjährige Praxis zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. dazu die Übersicht im Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH [gültig ab 1. Januar 2015], Rz. 1017.4 1/14) einer eingehenden Prüfung unterzogen und in wesentlichen Teilen geändert. Danach gilt insbesondere die Überwindbarkeitsvermutung im Sinne der bisherigen Schmerz- und Überwindbarkeitspraxis (vgl. dazu BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50; 130 V 352) nicht mehr. Die Frage, ob ein psychosomatisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, stellt sich nun nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung der Ausgangsvermutung. Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt neu vielmehr eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.5 und 3.6). Das bisherige Regel-Ausnahmemodelle (Überwindbarkeitsvermutung; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) soll demnach in Weiterführung der Rechtsprechung (BGE 139 V 547) durch ein sogenanntes (durch Indikatoren) strukturiertes Beweisverfahren ersetzt werden. Unter dem Aspekt des funktionellen Schweregrades sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen) und "Sozialer Kontext" (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren einerseits und Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds andererseits) zu prüfen. Die auf diesem "Grundgerüst" beruhenden Folgerungen müssen schliesslich einer Konsistenzprüfung standhalten, welche einerseits die Teilfragen der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und andererseits den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck umfasst (BGE 141 V 281 E. 4.1.3; vgl. dazu auch Jörg Jeger, Die neue

Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter vom 13. Juli 2015, Rz. 30 ff.; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter vom 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.).

#### **E. 4.5.6**

Nach der mit BGE 141 V 281 begründeten neuen Rechtsprechung sind die bisherigen Kriterien "psychiatrische Komorbidität" und "körperliche Begleiterkrankungen" zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen. Erforderlich ist danach eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. SVR 2011 IV Nr. 17 [9C\_98/2010] E. 2.2.2), ist nicht Komorbidität (vgl. SVR 2012 IV [9C\_1040/2010] Nr. 1 E. 3.4.2.1), sondern allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen. Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Daher verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (vgl. dazu beispielsweise das Urteil des BGer 9C\_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Beschwerdebilder jedoch, die bloss als diagnostisch unterschiedlich erfasste Varianten derselben Entität mit identischen Symptomen erscheinen, sind von vornherein keine Komorbidität. Andernfalls würde die auf mehrere Arten erfass- und beschreibbare Gesundheitsbeeinträchtigung doppelt veranschlagt (E. 4.3.1.3 mit Hinweisen).

#### **E. 4.6**

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

#### **E. 4.7**

Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 5**

Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist.

### **E. 5.1**

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere die folgenden Gutachten und Arztberichte vor: -Gestützt auf eine persönliche Untersuchung hielt der Suva-Kreisarzt, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, mit Bericht vom 16. März 2012 fest, es seien unfallbedingt ein Status nach Schulterkontusion rechts vom 23. August 2010 (recte: 23. August 2011) mit Rotatorenmanschettenruptur sowie ein Status nach Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und Akromioplastik am 26. September 2011 zu diagnostizieren; als nicht unfallbedingte Diagnosen hielt er eine Diskushernie L5/S1 sowie einen Status nach Diskushernienoperation und Diskushernienrezidiv-Operation L3/L4 fest. Ferner habe die Palpation der rechten Schulter eine deutliche Druckdolenz über der Supraspinatussehne und der Subscapularissehne ergeben. Die lange Bizepssehne sei mässig druckdolent. Die Beweglichkeit der rechten Schulter sei massiv eingeschränkt, aktiv werde die Horizontale nicht erreicht. Bei jeder Bewegung würden Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Hand geklagt. Ferner bestehe eine massive Einschränkung der Faustschlusskraft rechts. Von Seiten der rechten Schulter bestehe ein protrahierter Heilverlauf, und die Funktion der rechten Schulter sei massiv eingeschränkt. Als nächste medizinische Massnahme sei eine orthopädische Zweitmeinung einzuholen. Aufgrund der Gesundheitsbeeinträchtigung an der rechten Schulter sei eine Arbeitsfähigkeit derzeit nicht gegeben (act. 32.9, S. 1 - 5.). -Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Chefarzt-Stellvertreter an der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital J.\_\_\_\_\_, diagnostizierte mit Bericht vom 21. Mai 2012 ein ausgeprägtes, teilweise radikuläres Schmerzsyndrom der rechten Schulter (bei Status nach schwerer Schulterkontusion rechts mit AC-Gelenksluxation (Tossy Grad II-III rechts) sowie Supraspinatussehnenruptur rechts vom 23. August 2010 ([recte: 23. August 2011]; Complex Regional Pain Syndrome mit konsekutiver scapulothoracaler Dyskinese), eine offene Rotatorenmanschettennaht sowie Akromioplastik vom 26. September 2011, eine Diskushernie L5/S1 (rechtsbetont) sowie einen Status nach Diskushernien-Operation sowie Diskushernienrezidiv-Operation L3/4. Ferner führte er aus, die anschliessende postoperative Rehabilitation habe sich aufgrund des sehr ausgeprägten generalisierten Schmerzes im Bereich des rechten Armes und einer ausgeprägten Einschränkung der aktiven Beweglichkeit als sehr schwierig gestaltet. Seither habe sich die Symptomatik tendenziell eher verschlechtert und führe zu einer Verzweiflung des Patienten. Es bestehe ein sehr ausgeprägter schmerzhafter Zustand des rechten Armes im Sinne eines Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) nach Naht einer Rotatorenmanschettenverletzung und traumatischer AC-Gelenksinstabilität. Dieses klinische Bild lasse sich mit Sicherheit nicht durch eine allfällige kleinere Rotatorenmanschettenruptur erklären. Es bestehe eine generalisierte massive Reaktion, welche zu einer vollständigen muskulären Koordinationsstörung geführt habe. Letztere lasse sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt sicher nicht durch eine operative Massnahme positiv beeinflussen. Als erste Massnahme sei vielmehr eine ausführliche neurologische Diagnostik (inkl. EMG und Ausschluss einer zervikalen Pathologie) sinnvoll (act. 39.7, S. 1 - 3). -Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik K.\_\_\_\_\_ vom 2. Juni bis 15. August 2012 hielten die verantwortlichen Ärzte als Diagnosen eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne von einem halben Zentimeter sowie eine AC-Gelenksluxation (Tossy Grad II bis III), ein ausgeprägtes, teilweise radikuläres

Schmerzsyndrom, ein CRPS des rechten Armes (aktuell weitgehend remittiert), eine Diskusprotrusion L4/L5 rechtsbetont, einen Status nach Diskushernien-Operation sowie Diskushernienrezidiv-Operation L3/L4 sowie einen Status nach schwerer depressiver Episode mit Suizidalität, vorübergehend teilremittiert und aktuell wieder mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F32.1) fest, wobei der Verdacht auf eine erhebliche somatoforme Mitbeteiligung am derzeitigen Beschwerdebild (ICD-10: F45.4) bestehe. Im Rahmen eines neurologischen Konsiliums während des stationären Aufenthaltes hätten die motorischen Einschränkungen sowie die Hypästhesien am rechten Arm und am linken Bein nicht respektive nur zum Teil erklärt werden können. Auch die Hypästhesie am linken Bein habe nur zum Teil durch ein sensibel radikuläres Syndrom (S1) erklärt werden können. Im Zusammenhang der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und von Eingliederungsperspektiven führten sie ferner aus, die festgestellte psychische Störung begründe derzeit eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung; die Arbeitsfähigkeit sollte aus psychiatrischer Sicht nach Ablauf von zwei Monaten neu evaluiert werden. Am Anfang des Aufenthaltes sei eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit erzielt worden. Im Verlaufe des Aufenthaltes seien zunehmend Schwindelattacken mit Sturzgefahr und Kreuzschmerzen in den Vordergrund getreten. Danach habe sich der Beschwerdeführer nur noch in der Lage gefühlt, die Trainingsvorgaben in geringem Umfang umzusetzen. Er habe auf einem sehr niedrigen Niveau trainiert und habe somit die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit nicht mehr steigern können. Aufgrund der notwendigen weiteren medizinischen Massnahmen seien prognostische Aussagen über die Funktionsfähigkeit und Behinderung in beruflicher und sozialer Hinsicht zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich (act. 43.9, S. 1 - 10). -Gestützt auf internistische, rheumatologische, neurologische und psychiatrische Untersuchungen hielten die Spezialisten im E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 12. Dezember 2013 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Periarthropathia humeroscapularis rechts sowie ein chronisches lumboradikuläres Syndrom S1 links fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie folgende an: Status nach arthroskopischer Menispektomie rechts (02/2013) und links (09/2010), einen Status nach Bimalleolarfraktur links (06/2011), ein Schlafapnoe-Syndrom (unter CPAP-Therapie kompensiert), eine arterielle Hypertonie (mit Orthostase-Symptomen, am ehesten im Rahmen des Schmerzsyndroms), eine Sinustachykardie (ebenfalls am ehesten im Rahmen des Schmerzsyndroms), Übergewicht, eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, bei gegenwärtig leichter depressiver Episode (ICD-10: F33.0). In ihrer zusammenfassenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kamen die Gutachter im Wesentlichen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer am 23. August 2011 eine Schulterkontusion rechts mit einer Rotatorenmanschettenruptur erlitten habe, welche nachfolgend mittels Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und einer Akromioplastik operativ versorgt worden sei. Ferner bestehe ein langjähriges Schmerzsyndrom der Wirbelsäule mit Schwerpunkt im Bereich der HWS und LWS, wobei der Versicherte im Segment L3/4 (2002) und im Segment L5/S1 (2006) operiert worden sei. Es bestünden keine neurologischen Ausfälle im Rahmen der beschriebenen Grunderkrankungen; auch aus dem aktuellen neurologischen Untersuchungsbefund würden sich keine Hinweise für bedeutsame Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems ergeben. Klinisch führend seien ein anhaltendes Schmerzsyndrom im Bereich der rechten Schulter und eine Lumboischialgie links. Im Rahmen des Schmerzsyndroms sei eine depressive Symptomatik eingetreten mit einer vorübergehenden depressiven Dekompensation im Frühjahr 2012. Mittlerweile habe sich

die emotionale Belastbarkeit unter einer fortlaufenden psychiatrischen Behandlung stabilisiert, wobei die Behandlungsmöglichkeiten (Verhaltenstherapie/medikamentöse antidepressive Therapie) nicht ausgeschöpft seien. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2013 sowohl in einer Verweistätigkeit als auch in der ursprünglichen beruflichen Tätigkeit mit 100 % einzuschätzen. Aus neurologischer Sicht seien bei voller Arbeitsfähigkeit die gleichen Einschränkungen wie beim Belastungsprofil im Rahmen des degenerativen Wirbelsäulensyndroms und wie im rheumatologischen Teilgutachten umschrieben zu beachten. Entscheidend seien schliesslich die Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht. Aufgrund der derzeit hochgradigen Bewegungseinschränkungen des rechten Schultergelenks sei im Rahmen einer multimodalen intensiven Rehabilitation des rechten Schultergelenks eine Arbeitsfähigkeit im Laufe von drei Monaten in der Grössenordnung von mindestens 50 % (die bisherige Tätigkeit betreffend) und von 50 - 80 % für körperlich leichte und vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne kraftaufwendige manuelle Verrichtungen (Verweistätigkeit) zu attestieren. Mit Blick auf das Belastungsprofil seien Tätigkeiten zu vermeiden, welche mit einem aussergewöhnlichen Verantwortungsbereich, einem besonderen Zeitdruck (Akkordbedingungen), mit regelmässigem Publikumsverkehr oder mit Wechselschichtbedingungen verbunden seien. Aus rheumatologischer Sicht könne aufgrund der Unfähigkeit des Beschwerdeführers, seinen rechten Arm zu bewegen, derzeit kein Belastungsprofil definiert werden. Bei Status nach zweimaliger Diskushernienoperation und einem residuellen radikulären Syndrom links sei erst nach erfolgreicher Behandlung des Schulterleidens eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit möglich, bei welcher der Beschwerdeführer abwechselnd gehen, stehen und sitzen könne und nicht repetitiv Lasten über 5 - 10 kg heben oder tragen müsse. Empfohlen werde eine erneute Prüfung in 3 bis 6 Monaten (act. 70, S. 27 - 31). -Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, hielt in seinem rheumatologischen Gutachten vom 28. Januar 2015 als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom links mit/bei Status nach Diskushernien-Operation L3/4 rechts, Status nach Diskushernien-Operation L5/S1 und Status nach degenerativer Diskopathie L3/4, sowie Periarthropathia humeroscapularis rechts mit chronischer Schulter-Schmerzsymptomatik rechts fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom unter CPAP-Therapie, die arterielle Hypertonie sowie der Status nach arthroskopischer totaler Menishektomie des posterioren Segmentes des Innenmeniskus am Knie rechts sowie nach arthroskopischer subtotaler Menishektomie des Innenmeniskus am Knie links. In seiner Gesamtbeurteilung führte der Rheumatologe weiter aus, die Halswirbelsäule sei altersentsprechend normal beweglich; die rechte Schulter bewege der Explorand bei Testung aktiv nur in geringem Ausmass mit einer Flexion und Abduktion von nur je 60°. Passiv finde sich eine Einschränkung; allerdings falle hier auf, dass vor allem die Abduktion eingeschränkt sei und weniger die Aussenrotation, was für ihn eher einem schmerzbedingten Bild als einer eindeutigen interaktiven Capsulitis (frozen shoulder) entspreche. Eine frozen shoulder könne er zwar nicht ausschliessen, nur sei bei einer derartigen Abduktion der Wert der Aussenrotation "relativ zu gut". Das Bild passe so schlecht zu einer frozen shoulder. Die Kraft am rechten Arm werde schmerzbedingt durch die Schulterproblematik überhaupt nicht eingesetzt. Es finde sich eine Atrophie des Supra- und auch des Infraspinatus rechts, was auf eine Schulterschonung schliessen lasse. Sein Befund der seitengleichen Umfänge an Ober- und Unterarmen sei kompatibel mit einer Schulterschonung rechts. Die Brust- wie auch die Lendenwirbelsäule seien allseits zwei

Drittel eingeschränkt. Es sei nicht eindeutig entscheidbar, ob eine effektive frozen shoulder vorliege. Nicht mit letzter Sicherheit könne die Diagnose eines CRPS gestellt werden. Der Beschwerdeführer zeige sodann eine erhebliche Selbstlimitierung bei der Untersuchung. Aufgrund gewisser Inkonsistenzen während der Untersuchung - insbesondere angesichts der Angabe einer erheblichen Schmerzmedikation mit einer Viererkombination von einerseits 90 mg Morphin pro Tag, andererseits einer erheblichen Paracetamol- und Codein-Medikation, unterstützt von einer Schmerzmodulation mit Ludiomil - habe er sich entschlossen, die Blutspiegel zu bestimmen. Die Blutanalyse habe ergeben, dass sämtliche angegebenen Medikamente nicht messbar gewesen seien. Angesichts dieses Ergebnisses seien die anamnестischen Angaben mit einer gewissen Vorsicht zu behandeln, und man müsse die objektiven Befunde von den subjektiven Beschwerden trennen und sich an die "harten" objektivierbaren Kriterien halten. Zusammenfassend bestehe eine organische Schulterproblematik, welche die Belastung der rechten oberen Extremität klar einschränke. Ferner bestehe ein Status nach Rückenoperation mit heute lumbospondylogener Symptomatik, welche die Belastbarkeit des Achsenorgans einschränke. Mit Blick auf die gesundheitliche Beeinträchtigung der rechten Schulter könne er nicht über 7.5 kg heben, stossen oder ziehen, er könne mit dem rechten Arm nicht über Schulterhöhe und nicht über Kopfhöhe arbeiten. Aufgrund der Rückenproblematik könne er nicht über 7.5 kg heben, stossen oder ziehen. Er könne weder dauernd sitzen noch dauernd stehen noch dauernd gehen. Eine Tätigkeit, welche diese Restriktionen berücksichtige, sei ihm zu einem Ganztagespensum zumutbar; für eine solche Tätigkeit bestehe demnach eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Rein formal sei es dann zu einer Rückenoperation vom 20. März 2014 gekommen. Im Anschluss an diese Operation gehe er von einer dreimonatigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Nicht vergessen werden dürfe die psychiatrische Situation, zumal der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben wöchentliche Termine beim Psychiater wahrnehme. Allerdings sei der Maprotilin-Spiegel praktisch nicht messbar gewesen, sodass eine Medikamenteneinnahme hier unwahrscheinlich erscheine. Er gehe nicht davon aus, dass er kein psychiatrisches Problem habe. Er gehe aber davon aus, dass die somatische Seite klar dominiere. Berufliche Massnahmen seien aufgrund des gesundheitlichen Zustandes und der Selbsteinschätzung des Exploranden nicht indiziert (act. 90, S. 32 - 42). -Der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2015 insbesondere aus, dass das rheumatologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ aus Sicht des RAD beweiskräftig sei. Obwohl im rheumatologischen Gutachten beschrieben werde, dass sich der Beschwerdeführer moralisch sehr schlecht fühle, seien keine weiteren psychiatrischen Abklärungen notwendig, zumal die behandelnde Hausärztin in ihrem IV-Arztbericht vom 24. August 2014 eine Depression im Jahr 2012 erwähnt und diese aktuell als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angeführt habe. Diese Einschätzung entspreche auch jener des psychiatrischen Spezialisten im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten. Abschliessend könne demnach von folgender Leistungsbeurteilung ausgegangen werden: Bezüglich der rechten Schulter könne der Beschwerdeführer nicht über 7.5 kg heben, stossen oder ziehen. Er könne mit dem rechten Arm nicht über Schulter- und auch nicht über Kopfhöhe arbeiten. Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten oder anderen absturzgefährdeten Positionen seien wegen eingeschränkter Haltefunktion mit dem rechten Arm ebenfalls nicht mehr zumutbar. Mit Blick auf die Rückenbeschwerden könne er keine Gewichte von mehr als 7.5 kg heben, stossen oder ziehen. Sodann könne er weder dauernd sitzen noch dauernd stehen noch dauernd gehen. In Übereinstimmung mit dem RAD-Bericht vom 18. Februar 2014 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom

13. August 2011 bis 28. Februar 2013, eine volle Arbeitsfähigkeit für die Zeit vom 1. März 2013 bis 19. März 2014 sowie (wegen erneuter Rückenoperation) wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom 20. März bis 30. Juni 2014 zu bescheinigen. Ab 1. Juli 2014 bestehe keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr (act. 92).  
-Die Hausärztin, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, hielt mit Bericht vom 9. März 2015 fest, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2011 als Folge der Lumbalgie mit schmerzhafter Ausstrahlung ins linke Bein eine medizinische Betreuung erfordere. So werde er regelmässig durch den Schmerzspezialisten Dr. med. L.\_\_\_\_\_ sowie durch den Neurochirurgen Dr. med. M.\_\_\_\_\_ behandelt. Als Schmerzmittel würden dabei Dafalgan, Codein sowie punktuell rasch wirkendes Morphin (Aktiskenan) eingesetzt. Gegenwärtig erfolge zudem auch eine Medikation mit dem Arzneimittel Theralene sowie dem Antidepressivum Mianserin 60 (act. 95, S. 2).

### **E. 5.2.1**

Das von der Vorinstanz im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte rheumatologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 basiert auf einer ausführlichen Analyse der medizinischen Vorakten (vgl. act. 90, S. 2 - 20) und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen. Es berücksichtigt zudem die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (act 90, S. 22 ff.). Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein, und die gezogenen Schlussfolgerungen in Bezug auf Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet. Überdies hat Dr. med. C.\_\_\_\_\_ insbesondere auch eine Auseinandersetzung mit der abweichenden früheren ärztlichen Beurteilung des Rheumatologen Dr. med. N.\_\_\_\_\_ im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten (act. 70, S. 24 und S. 36 ff.) vorgenommen, indem er auf die von ihm bei der Untersuchung festgestellte erhebliche Selbstlimitierung und auf die Tatsache der im Blutspiegel nicht messbaren Medikamente (trotz vom Beschwerdeführer angegebener erheblicher Schmerzmedikation) hingewiesen hat (act. 90, S. 36 f.). Hinzu kommt, dass die Feststellungen von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ auf aktuelleren Befunden beruhen und die rheumatologische Beurteilung im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten klar auf die (mutmassliche) Entwicklung in den drei Monaten nach der Begutachtung (vom 21. Oktober 2013) Bezug genommen hat (act. 70, S. 24 und S. 41). Aus rheumatologischer Sicht kam Dr. med. C.\_\_\_\_\_ im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf und für eine Verweistätigkeit zusammenfassend zum Schluss, dass der Beschwerdeführer gelernter Weber sei, aber nicht auf diesem Beruf gearbeitet habe. Er sei alsdann in verschiedenen Funktionen tätig gewesen, so als Fassadenmaler, als Zolldeklarant, Mitarbeiter bei der Herstellung von Farbstoffen und zuletzt auch als Wartungsangestellter. Welche Berufstätigkeit der Beschwerdeführer zuletzt ausgeübt habe, gehe aus den Akten nicht hervor. Die letzte Tätigkeit habe eine Art Schonarbeitsplatz beinhaltet, wobei ihm diesbezüglich kein Profil vorliege. Deshalb erlaube er sich eine auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bezogene Beurteilung vorzunehmen und ein entsprechendes Profil zu erstellen. Bezüglich der rechten Schulter könne er nicht über 7.5 kg heben, stossen oder ziehen; er könne mit dem rechten Arm nicht über Schulterhöhe arbeiten und könne auch keine Über-Kopfarbeiten durchführen. Von Seiten des Rückens könne er nicht mehr als 7.5 kg heben, stossen oder ziehen. Er könne weder dauernd sitzen, noch dauernd stehen noch dauernd gehen. Eine Tätigkeit, welche die obengenannten Restriktionen berücksichtige, sei ihm zu einem Ganztagespensum zumutbar, das heisst, es bestehe für eine derartige Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. 90, S. 38). Diese Beurteilung berücksichtigt abweichende Einschätzungen und erscheint schlüssig. Das

Gutachten erweist sich nach dem Gesagten als beweiskräftig.

#### **E. 5.2.2**

Sodann erfüllt auch das polydisziplinäre E.\_\_\_\_\_ -Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise, mit Ausnahme des rheumatologischen Teilgutachtens und dessen Berücksichtigung im Gesamtgutachten. Insbesondere basiert das Gutachten auf einer ausführlichen Zusammenfassung der relevanten anamnestischen Akten (act. 70, S. 5 - 19), einer Prüfung der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (act. 70, S. 19 - 21), einer detaillierten Befunderhebung in den massgeblichen Fachbereichen der Neurologie (act. 70, S. 21 f.), Inneren Medizin (act. 70, S. 47 f.) sowie der Psychiatrie (act. 70, S. 54 f.), einer auf den gestellten Diagnosen beruhenden, einlässlich begründeten Zusammenfassung der entsprechenden Teilgutachten (act. 70, S. 24 - 27) sowie einer interdisziplinären Konsensbeurteilung mit detaillierter Umschreibung des zumutbaren Belastungsprofils (act. 70, S. 28 f.; vgl. Urteil, S. 17 f.). Dass im rheumatologischen Teilgutachten eine prognostische Einschätzung der mutmasslichen Leistungsfähigkeit nach Ablauf einer dreimonatigen Rehabilitation vorgenommen wurde (vgl. dazu nachfolgende E. 5.2.2.4), stellt den Beweiswert des Gutachtens nicht infrage. Das E.\_\_\_\_\_ -Gutachten erweist sich insgesamt als überzeugend und schlüssig. Mit Blick auf die Beurteilung des internistischen Spezialisten Dr. med. R. Frey in dessen Teilgutachten vom 6. November 2013 (act. 70, S. 43 - 50) sowie von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ in dessen psychiatrischen Teilgutachten vom 7. November 2013 und im neurologischen Hauptgutachten (act. 70, S. 51 - 59), welche mit überzeugender Begründung eine Einschränkung für eine angepasste Verweistätigkeit verneint haben, liegt eine umfassende und überzeugende beweiskräftige medizinische Grundlage vor.

#### **E. 5.2.2.1**

Der neurologische Teilgutachter, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, hielt in seiner Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführer seine letzte berufliche Tätigkeit als Hausmeister und Mitarbeiter im technischen Dienst zu 100 % habe bewältigen können; auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wenn die im Belastungsprofil beschriebenen Einschränkungen Berücksichtigung finden würden (act. 70, S. 23).

#### **E. 5.2.2.2**

Auch der internistische Teilgutachter, Dr. med. O.\_\_\_\_\_, führte im Rahmen des E.\_\_\_\_\_ -Gutachtens aus, aus seinem Fachgebiet würden sich keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Dem Beschwerdeführer sei deshalb eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen und in einer angepassten Verweistätigkeit zu attestieren (act. 70, S. 24).

#### **E. 5.2.2.3**

Schliesslich kam auch der psychiatrische Gutachter, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der im Belastungsprofil beschriebenen Leistungseinschränkungen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % sowohl in der bisherigen Tätigkeit - welche bereits einem Schonarbeitsplatz ohne besondere nervliche Belastungen entsprochen habe - als auch in einer angepassten Verweistätigkeit auszugehen sei (act. 70, S. 26).

#### **E. 5.2.2.4**

Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers kann vorliegend nicht von zwei sich in rheumatologischer Hinsicht widersprechenden Gutachten gesprochen werden, welche eine erneute Begutachtung erfordern würden. Dies zumal sich die Leistungsbeurteilung im E. \_\_\_\_\_-Gutachten offensichtlich auf die (mutmassliche) Entwicklung nach Ablauf einer dreimonatigen Rehabilitation im Anschluss an die Begutachtung (vom 21. Oktober 2013) bezogen und damit eine prognostische Beurteilung beinhaltet hat (act. 70, S. 24 und S. 41). Die Gutachter des E. \_\_\_\_\_ haben sodann explizit eine Verlaufsbeurteilung nach Ablauf der dreimonatigen Rehabilitation empfohlen (act. 75, S. 1). Unter diesen Umständen kann nicht von widersprüchlichen Gutachten gesprochen werden. Vielmehr basiert das rheumatologische Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 auf aktuelleren Befunden und Ergebnissen im Rahmen einer Verlaufsbeurteilung und trägt überdies den divergierenden Aussagen zwischen rheumatologischem E. \_\_\_\_\_-Teilgutachten und kreisärztlicher Beurteilung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit Rechnung. Überdies können die abweichenden Werte hinsichtlich der Schulterbeweglichkeit mit der gutachtlich festgestellten Selbstlimitierung (und fehlenden Medikamenteneinnahme) nachvollziehbar erklärt werden. Soweit der Beschwerdeführer eine unvollständige Abklärung seines psychischen Gesundheitszustandes rügt, ist er darauf hinzuweisen, dass leicht bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur nach der konstanten bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (Urteile des BGer 9C\_901/2015 vom 8. Juli 2016 E. 3.2 und 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197). Dass diese Voraussetzungen hier gegeben wären, kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht angenommen werden und wird vom Beschwerdeführer auch nicht substantiiert behauptet.

### **E. 5.2.3**

Auch der RAD-Arzt Dr. med. B. \_\_\_\_\_ ist in seiner Beurteilung vom 30. Januar 2015 zum Schluss gelangt, dass keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden (act. 92, S. 2 f.). Mit Recht hat er darauf hingewiesen, dass selbst die behandelnde Hausärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 27. August 2014 der Depression (2012) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen und auch für den Zeitpunkt ihrer Beurteilung keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes festgestellt hat (act. 84, S. 2). Sofern und soweit der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (S. 5 f.) eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes geltend macht, kann dieser Argumentation mangels hinreichender Substanziierung und Einreichung geeigneter Beweismittel nicht gefolgt werden. Daran ändert der pauschale (nicht belegte) Hinweis auf wöchentliche Behandlungen nichts, zumal der Beschwerdeführer den Widerspruch zwischen der geltend gemachten hohen Medikation mit Psychopharmaka und dem gemessenen Medikamenten-Blutspiegel nicht zu erklären oder gar aufzulösen vermag. Hinzu kommt, dass nach der konstanten Rechtsprechung selbst leicht bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur nur dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (Urteil 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197 sowie auf den Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums [OBSAN] Nr. 56, Depressionen in der Schweizer Bevölkerung, Neuchâtel 2013, S. 27 ff.). Nur in dieser - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen

therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 S. 295 f.). Dass ein solcher Sachverhalt hier vorliegen soll, ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_901/2015 vom 8. Juli 2015 E. 3.2).

#### **E. 5.2.4**

An diesem Ergebnis vermögen auch die von Seiten des Beschwerdeführers eingereichten Arztberichte nichts zu ändern. Das Kurzattest der behandelnden Hausärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 9. März 2015 (act. 95, S. 2), wonach dem Beschwerdeführer Schmerzmedikamente und Psychopharmaka gegen die reaktive Depression verordnet worden seien, steht im Widerspruch zum Ergebnis des Blutspiegels, der keine Hinweise auf eine massgebliche Medikamenteneinnahme ergeben hat.

#### **E. 5.3**

Was die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung betrifft, welcher weder die Gutachter noch die Vorinstanz (unter Geltung der inzwischen aufgegebenen Überwindbarkeitsvermutung) eine anspruchrelevante Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen haben, würde eine Überprüfung im strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 - wie nachfolgend darzulegen ist - zu keinem anderen Ergebnis führen:

##### **E. 5.3.1**

Auch nach der neuen Rechtsprechung kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (nach wie vor) nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), setzt somit zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 2.1; Urteil des BGer 9C\_822/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 4.2). Die Sachverständigen haben die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 mit Hinweisen).

##### **E. 5.3.2**

Es liegt rechtsprechungsgemäss regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Verboten solche Ausschlussgründe die Annahme einer versicherten Gesundheitsbeeinträchtigung, so besteht von vorneherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (BGE 141 V 281 E. 2.2.2) und die Durchführung eines strukturierten

Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich.

### **E. 5.3.3**

Vorliegend ist entscheidend, dass Dr. med. C. \_\_\_\_\_ bei der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers eine erhebliche Selbstlimitierung wie auch Inkonsistenzen festgestellt hat. Insbesondere steht die Angabe einer erheblichen Schmerzmedikation mit einer Viererkombination von einerseits 90 mg Morphin pro Tag, andererseits einer erheblichen Paracetamol- und Codein-Medikation, unterstützt von einer Schmerzmodulation mit Ludiomil, in offensichtlichem Widerspruch zu den diesbezüglich im Blutspiegel nicht messbaren Substanzen (act. 90, S. 37 - S. 41 sowie insbesondere S. 44). Demnach bestehen erhebliche Zweifel an der vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzintensität und am geltend gemachten Leidensdruck. Auch nach der neuen Rechtsprechung fällt die Anerkennung einer rentenbegründenden Invalidität nur in Betracht, wenn sich aufgrund der Aktenlage ein stimmiges Gesamtbild ergibt, das auf eine therapeutisch nicht angehbare funktionelle Behinderung schliessen lässt (Konsistenz; BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303), was bei Vorliegen medizinisch nicht begründbarer Selbstlimitierungen ohne Weiteres zu verneinen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 in fine S. 295; Urteil des BGer 9C\_792/2015 vom 19. November 2015). Die ausführlich begründeten fachärztlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen überzeugen demnach auch im Lichte von BGE 141 V 281. Dies zumal die (im Zuge des Beschwerdeverfahrens erfolgte) ergänzende Beurteilung der Standardindikatoren durch die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2015 aus medizinischer Sicht bestätigt hat, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung eine schwere invalidisierende psychische Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeschlossen werden kann, wobei er über ausreichend Ressourcen verfügt, sodass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgeschlossen werden kann (act. 106, S. 1 - 4). Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff. erübrigt sich bei dieser Ausgangslage, und dem Antrag des Beschwerdeführers auf Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens respektive Veranlassung eines Gerichtsgutachtens kann demnach nicht stattgegeben werden.

### **E. 5.4**

Die vorstehend dargelegten fachärztlichen Feststellungen (vgl. E. 5.1 - 5.3) sind nicht vereinbar mit den geschilderten massiven Selbstlimitierungen im Tagesablauf.

### **E. 5.5**

Es ist für das Bundesverwaltungsgericht zwar nachvollziehbar, dass erbrechtliche Auseinandersetzungen, finanzielle Sorgen und die Arbeitslosigkeit der Kinder eine starke Belastung darstellen. Diese Belastungsfaktoren fallen aber nicht unter das durch die IV versicherte Risiko und dürfen deshalb nicht berücksichtigt werden (Urteil des BGer 8C\_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.2 und 3.5).

### **E. 6.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs, das heisst mittels eines Vergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage im Jahr 2014, zu bestimmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen; BGE 129 V 222. E. 4).

## **E. 6.2**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgeblichen Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C\_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.1).

## **E. 6.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb; 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2; 126 V 75 f. E. 3b/bb; 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). Bei einem Auslandswohnsitz ist zudem zu beachten, dass für die Invaliditätsbemessung entweder Zahlen aus dem In- und Ausland beizuziehen sind, wobei das Validen- und Invalideneinkommen aufgrund der gleichen Grundlage bemessen werden müssen, weil sonst ungleiche Lohnniveaus die erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens verfälschen (vgl. Thomas Ackermann, Die Bemessung des Invaliditätsgrads, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2012, S. 38).

## **E. 6.4**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage der Schweizerischen Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Ob und in welcher Höhe statistische Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des Einzelfalles ab, die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen. Relevante Merkmale sind leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (BGE 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b/bb).

## **E. 6.5**

Die Vorinstanz hat ausgehend von der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 100 % bei einer der gesundheitlichen Situation angepassten Tätigkeit einen Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG durchgeführt, indem sie - ausgehend von der LSE 2012 (Tabelle TA1, Total Männer, Kompetenzniveau 1) - von einem gleich hohen Validen- und

Invalideneinkommen ausgegangen ist und damit im Ergebnis einen Prozentvergleich vorgenommen hat (act. 101, S. 19). Beim Prozentvergleich wird das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen mit 100 % bewertet, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird. Ein solcher Prozentvergleich ist im Grundsatz zulässig, wenn die Verhältnisse ein identisches Niveau der beiden Vergleichseinkommen nahelegen (vgl. dazu BGE 114 V 310 E. 3a und SVR 2014 UV Nr. 1 = 8C\_211/2013). Eine rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 113 V 273 E. 1a S. 275 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 119 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd S. 275 mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich in dieser Konstellation durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung respektive Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d S. 418 am Ende, 368 E. 2 S. 369, 113 V 273 E. 1a S. 275; vgl. auch Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Art. 30 - 31 N. 103). Wird rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Moment des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden zeitlichen Vergleichsgrössen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; ab 1. Januar 2007 Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts]; Urteil des EVG 568/06 vom 22. November 2006 E. 3.2 in fine). Für die Prüfung des Rentenanspruchs ab Oktober 2014 ist demnach auf die Verhältnisse im Jahr 2014 abzustellen. Zwar ist rechtsprechungsgemäss für das hypothetische Einkommen ohne Invalidität (Valideneinkommen) in der Regel vom zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst auszugehen, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre; Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; vgl. auch BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f., 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f.). Allerdings ist ein zuletzt bezogener (hoher) Verdienst nur dann als Valideneinkommen heranzuzuziehen, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass er weiterhin erzielt worden wäre (SVR 2009 IV Nr. 58 S. 181 E. 2.3, 9C\_5/2009; vgl. auch Urteil des EVG I 95/03 vom 28. Januar 2004 E. 4.2.2). Erfolgte der Stellenverlust aus invaliditätsfremden Gründen, ist der Validenlohn anhand von Durchschnittswerten zu bestimmen (SVR 2007 IV Nr. 38 S. 130, I 943/06 E. 5.1.3 und 6.2; Urteil des BGer 9C\_595/2010 vom 14. Oktober 2010 E. 3.3). Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit aus wirtschaftlichen und damit nicht invaliditätsbedingten Gründen nicht mehr weiter hätte ausüben können (BVGer act. 1, S. 9). Damit ist das Valideneinkommen - entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers - auf der Grundlage der Lohnstatistiken zu ermitteln. Mit Blick auf die Tatsache, dass nach der Rechtsprechung in der Regel die Löhne des Anforderungsniveaus 3 der vor 2012 geltenden LSE heranzuziehen waren, wenn die versicherte Person über keine qualifizierte Berufsausbildung verfügte, aber mit langjähriger praktischer Tätigkeit erworbenem handwerklichem Geschick einen hohen Verdienst zu

erzielen vermochte, können zur Ermittlung des Valideneinkommens die standardisierten Bruttolöhne des Anforderungsniveaus 3 der LSE 2010, welche dem Kompetenzniveau 2 der LSE 2012 entsprechen, herangezogen werden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_842/2014 vom 4. März 2015 E. 2.4.3.1). Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (BVGer act. 1, S. 9) sind für den Einkommensvergleich zudem nicht die regionalen Löhne von Grossregionen, sondern vielmehr die standardisierten Bruttolöhne für die ganze Schweiz (in SZS 2007 S. 64 publiziertes Urteil des EVG I 424/05 vom 22. August 2006, vgl. Urteil des EVG U 56/03 vom 7. Juni 2006). Soweit der Beschwerdeführer überdies geltend macht, das Valideneinkommen müsse infolge des ihm gewährten Schonarbeitsplatzes (und damit nicht erfolgter Teuerung und Lohnerhöhung) erhöht werden, kann diesem Antrag ebenfalls nicht entsprochen werden. Zum einen hatte die Zuweisung des Schonarbeitsplatzes (vgl. act. 14.2 und 17) laut Arbeitgeberbestätigung vom 28. Juli 2010 keinen negativen Einfluss auf die Lohnhöhe, da der Beschwerdeführer trotz Schonarbeitsplatz (Infra Support- statt Lagermitarbeiter) den gleichen Grundlohn ausbezahlt (act. 20, S. 13). Zum anderen ergibt sich auch aus der Lohnentwicklung der Jahre 2008 bis 2010 nichts anderes (vgl. act. 101, S. 7 f.). Ausgehend von diesem statistischen Durchschnittswert von Fr. 5'660.- (TA1, Totalwert, Männer, Kompetenzniveau 2) resultiert, umgerechnet auf eine betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 h und unter Berücksichtigung der Teuerung (von 0.7 und 0.8 %), für das Jahr 2014 ein Valideneinkommen von Fr. 71'872.- (Fr. 5'660.- x 12 : 40 x 41.7 x 1.007 x 1.008). Allerdings bleibt diese Erhöhung des Valideneinkommens ohne Einfluss auf die Frage der rentenbegründenden Invalidität ab Juli resp. Oktober 2014. Ausgehend von der zur Bestimmung des Invalideneinkommens beizuziehenden LSE 2012 (Totalwert TA 1, Kompetenzniveau 1; Fr. 5'210.-; vgl. zur Anwendbarkeit der LSE 2012 auch BGE 142 V 178) resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 66'158.- (= Fr. 5'210.- x 12 : 40 x 41.7 x 1.007 x 1.008). Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers rechtfertigt der Umstand, dass an eine angepasste Verweistätigkeit vielfältige Anforderungen zu beachten sind, noch keinen leidensbedingten Abzug; denn rechtsprechungsgemäss gilt es zu beachten, dass der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteile des BGer 8C\_99/2013 vom 5. April 2013 und 9C 386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2). Die Frage braucht im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht abschliessend geklärt zu werden; denn selbst bei Anerkennung eines maximalen leidensbedingten Abzugs von 25 % würde lediglich ein IV-Grad von aufgerundet 31 % ([Fr. 71'872.- ./ Fr. 49'619.-] : Fr. 71'872.-) und damit keine rentenbegründende Invalidität resultieren.

## **E. 7**

Nicht zu beanstanden ist schliesslich, dass die Vorinstanz vorliegend von der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen abgesehen hat. Art. 8a Abs. 1 IVG sieht zwar vor, dass der Rentenbezüger Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung hat, sofern (a) die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich verbessert werden kann und (b) die Massnahmen geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Dabei ist allerdings der Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu beachten (vgl. dazu MEYER/ Reichmuth, a.a.O., Art. 8a N. 1). In diesem Sinne ist insbesondere von Bedeutung, dass die fragliche Massnahme eingliederungswirksam ist, was eine subjektive und objektive Eingliederungsfähigkeit der betroffenen Person voraussetzt (vgl. Urteile des BGer 8C\_664/2013 vom 25. März 2014 E. 2; 9C\_644/2012 vom 23. Oktober 2012 E. 3). Vorliegend geht aus den Akten hervor, dass sich der Beschwerdeführer auch für ein Teilzeitpensum als nicht arbeitsfähig sieht (act. 90, S. 4 und S. 27). Damit fehlt es am Eingliederungswillen respektive an der subjektiven

Eingliederungsfähigkeit, sodass der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entfällt, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (Urteil des BGer 8C\_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.2.3). Dass die Vorinstanz bei dieser Sachlage von beruflichen Massnahmen abgesehen hat, ist demnach nicht zu beanstanden.

## **E. 8**

Zusammengefasst steht fest, dass das rheumatologische Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015, zusammen mit dem polydisziplinären E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 12. Dezember 2013, die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Beurteilungsgrundlage erfüllt. Demnach kann von weiteren Beweisabnahmen, insbesondere einer erneuten polydisziplinären Begutachtung unter Beachtung der neuesten Rechtsprechung zur Begutachtung bei syndromalen Leiden (strukturiertes Beweisverfahren; vgl. E. 4.5.5, 4.5.6 und 4.6 hievore) abgesehen werden, da von solchen für den hier massgeblichen Zeitraum keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind; dies zumal vorliegend - im Zuge des Beschwerdeverfahrens - am 31. Juli 2015 noch eine ergänzende Beurteilung der Standardindikatoren durch die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ erfolgt ist, und hierin eine invalidisierende psychische Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeschlossen werden konnte (act. 106, S. 1 - 4). Die Prüfung der vorliegenden Akten ergibt vielmehr, dass dem Beschwerdeführer in den massgeblichen Zeitperioden (1. März 2013 bis 19. März 2014 sowie ab 1. Juli 2014) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verweistätigkeit im Umfang von 100 % möglich und zumutbar war. Von einer weitergehenden medizinischen Abklärung sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Bei dieser Sachlage ist der sinngemässe Antrag des Beschwerdeführers auf Durchführung weiterer Abklärungen abzuweisen (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 137 V 64 E. 4b). Aufgrund der fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit durfte die Vorinstanz überdies von beruflichen Massnahmen absehen. Auf eine Rückweisung zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen und Eingliederungsmassnahmen kann demnach verzichtet werden. Es besteht mangels rentenbegründender Invalidität kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

## **E. 9**

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde - soweit darauf eingetreten werden kann - abzuweisen ist und die angefochtenen Verfügungen vom 13. Mai 2015 zu bestätigen sind. Die Eingabe vom 13. August 2015 sowie der Arztbericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 3. August 2015 (BVGer act. 5 samt Beilagen) sind zur Prüfung der Voraussetzungen der Neuanmeldung (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV) an die IVSTA zu überweisen.

### **E. 9.1**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 400.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

### **E. 9.2**

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf

eine Parteienschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteienschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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