

BVGer C-4764/2018 vom 7. Oktober 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-10-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4764_2018

FR: TAF C-4764/2018 du 7 octobre 2020

IT: TAF C-4764/2018 del 7 ottobre 2020

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]). 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. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist - da dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist (vgl. Sachverhalt, Bst. D hievor) - einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 19. Juni 2018, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer rückwirkend eine vom 1. Juli 2016 bis 31. März 2017 befristete ganze Rente zugesprochen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der (weitergehende) Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 19. Juni 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verän-dert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsver-fügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss

Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (19. Juni 2018) finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen und per 1. Januar 2015 revidierten 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, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) 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, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 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.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder 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). 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. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 4.3

Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Rente sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des

Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; vgl. auch BGE 133 V 108). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2). Dabei unterliegen auch die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten der richterlichen Prüfung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d).

E. 4.4

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist.

E. 4.4.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 4.4.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 m.H., BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H.).

E. 4.4.3

Auf Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) bzw. des internen medizinischen Dienstes kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen pra-xisgemäss nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135

V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d). Die versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Nach der Praxis kann einem reinen Aktengutachten auch voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je m.H.). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 4.4.4

Bei Vorliegen psychischer Erkrankungen fordert die bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 5

5.1 Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer mit vorinstanzlicher Verfügung vom 19. Juni 2018 rückwirkend für die Zeit vom 1. Juli 2016 bis zum 31. März 2017 eine ganze ordentliche IV-Rente zugesprochen (act. 133 S. 3 ff.). Die Aufhebung der ganzen Rente per Ende März 2017 verfügte die Vorinstanz in Anwendung von Art. 88a IVV, nachdem sie ab 3. Dezember 2016 aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit annahm und einen Invaliditätsgrad von 29 % berechnete.

E. 5.2

Die Anmeldung des Beschwerdeführers zum Bezug von IV-Leistungen ging am 8. Dezember 2015 bei der Vorinstanz ein (act. 1). Der Rechtsanspruch konnte somit frühestens am 8. Juni 2016 entstehen (vgl. E. 4.2). Der Beschwerdeführer war unbestrittenermassen ab dem 15. Juli 2015 zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. act. 1 und 5). Ab 1. Mai 2016 war er kurzfristig zu 50 % arbeitsfähig (act. 51 S. 5), bevor er ab 14. Juli 2016 erneut vollständig

arbeitsunfähig wurde (act. 65 S. 2). Die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG (E. 4.2) lief damit am 14. Juli 2016 ab. Dass der frühestmögliche Rentenbeginn von der Vorinstanz gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG auf den 1. Juli 2016 festgesetzt wurde, ist unbestritten und nicht zu beanstanden. Die für den vorliegenden Sachverhalt massgebenden Vergleichszeitpunkte (E. 4.3) sind somit der 1. Juli 2016 (Rentenbeginn) sowie der 31. März 2017 (Rentenaufhebung).

E. 6

Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

E. 6.1

Die Vorinstanz nahm zur Prüfung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers namentlich folgende Unterlagen zu den Akten:

E. 6.1.1

Nach dem unverschuldeten Auffahrunfall des Versicherten vom 24. August 2007 diagnostizierte Dr. med. O. _____ am 24. November 2007 (act. 31.2 S. 3) beim Versicherten eine ossäre Läsion und schrieb ihn für mindestens 10 Tage zu 100% arbeitsunfähig.

E. 6.1.2

Dr. med. P. _____, Facharzt für Radiologie, beurteilte am 26. August 2015 (act. 12.3 S. 5 f.) Folgendes: - HWK 5/6: grosse links paramediane bis foraminale Diskushernie mit leichter Myelonimpression und dringendem Verdacht auf C6-Kompression links. Kleine foraminale Diskushernie auch rechts mit Reizung DD Kompression der C6-Nervenwurzel rechts. Spondylarthrosen und Unkovertebralarthrosen beidseits. - C6/7: grosse foraminale bis extraforaminale Diskushernie links mit dringendem Verdacht auf C7-Kompression links. Kleinere foraminale Diskushernie rechts mit Verdacht auf Reizung DD Kompression der Nervenwurzel C7 rechts. Spondylarthrosen und Unkovertebralarthrosen beidseits. - HWK 3/4 und 4/6: Spondylarthrosen und Unkovertebralarthrosen beidseits mit mässiger Einengung der Neuroforamina beidseits ohne eindeutige Nervenwurzelkompression; keine Diskushernien. - Keine Spinalkanalstenose oder cervikale Myelopathie. Erhaltenes Hinterkantenalignement der Wirbelkörper ohne Wirbelkörperdestruktionen.

E. 6.1.3

Im ärztlichen Bericht vom 14. September 2015 an die F. _____ (act. 12.3 S. 3 f.) gab Hausarzt Dr. med. Q. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Gynäkologie, folgende Diagnosen an: Hyperurikämie, Tinnitus, Hypertonie, Herzrhythmusstörung, HWS-Syndrom, Diskushernie, HWK 5-6, Kompression von C6 Nervenwurzel. Er attestierte dem Beschwerdeführer seit dem 1. Juli 2015 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Die Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit sei im angestammten Beruf nicht zumutbar. Ausserberufliche Tätigkeiten könnten ausgeführt werden, jedoch nichts mit heben, laufen oder stillsitzen. Die Prognose sei gut, jedoch zeitlich nicht vorauszusehen. Er empfahl eine orthopädische Abklärung.

E. 6.1.4

Dr. med. R. _____, Facharzt für Wirbelsäulenchirurgie, diagnostizierte am 8. Oktober 2015 (act. 12.3 S. 1 f.): - 1. aktuell dominante Lumbalgien und lumboradiculäre Schmerzen

rechts - 2. Chronische Cervicocephalgien mit Dysästhesien linker Arm und Schwindel bei Spondylarthrosen und Unkovertebralarthrosen mit Discushernien gross paramedian links C5/6 und C6/7 mit foraminaler Kompression C6 > C7 links, - Stand nach Schleudertrauma 2007 - Nebendiagnose: leichte Adipositas Der Versicherte sei als Strassenbauvorarbeiter ab dem 15. Juli 2015 zu 100% arbeitsunfähig.

E. 6.1.5

Dr. med. S._____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 20. November 2015 (act. 19 S. 1 ff.) Folgendes: Der Versicherte werde durch ein mässiggradiges Cervikal-Syndrom geplagt. Es werde ein radikuläres Reiz- und ein radikulär-sensibles Ausfall-Syndrom am linken Arm angenommen. Er werde zudem durch ein Lumbovertebralsyndrom geplagt. Der Versicherte leide zudem an einer Polyneuropathie.

E. 6.1.6

Dr. med. J._____, Konsiliararzt der F._____, Versicherungen AG, berichtete am 16. Dezember 2015 (act. 12.2), aufgrund der Befunde sei eine mittelschwere/schwere körperliche Tätigkeit nicht mehr zumutbar, mit und ohne Operation. Als Verweistätigkeit sei eine leichte körperliche Tätigkeit mit Wechselbelastung und ohne durchschnittliches Heben von Lasten von mehr als 5 - 10 Kg körperfern sowie Überkopfarbeiten möglich.

E. 6.1.7

Am 21. Dezember 2015 stellte Dr. med. R._____, Facharzt für Wirbelsäulenchirurgie, in einem Fragebogen der IV-Stelle (act. 13) dieselben Diagnosen wie am 8. Oktober 2015 (vgl. E. 6.1.4), ergänzte jedoch die 1. Diagnose: - Lumbalgien und dominant lumboradiculäre Schmerzen rechts bei Spondylolisthese L5/S1 I mit foraminaler Kompression L5 beidseits, rechtsbetont Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Strassenbauvorarbeiter ab dem 15. Juli 2015 zu 100% arbeitsunfähig.

E. 6.1.8

Hausarzt Dr. med. Q._____ hielt am 6. Januar 2016 in einem Arztbericht für berufliche Integration/Rente an die IV-Stelle fest (act. 24 S. 2 ff.), dem Versicherten sei ab 1. Juli 2015 eine behinderungsangepasste Tätigkeit in einer rein sitzenden Tätigkeit von 10 - 20 % zumutbar.

E. 6.1.9

Am 29. Januar 2016 stellte Dr. med. R._____, Facharzt für Wirbelsäulenchirurgie, dieselben Diagnosen wie am 21. Dezember 2015 (vgl. E. 6.1.7), ergänzte jedoch die 1. Diagnose (act. 35 S. 5 f.): - Lumbalgien und lumboradiculäre Schmerzen rechts bei Spondylolisthese L5/S1 I mit foraminaler Kompression L5 beidseits, rechtsbetont; Stand nach Infiltration der Facettengelenke bds. und PDA L5/S1 rechts vom 4.11.2015, ohne Erfolg; Überlagerung durch neurologisch fachärztlich diagnostizierte Polyneuropathie (Dr. S._____)

E. 6.1.10

Dr. med. J._____, Konsiliararzt der F._____, Versicherungen AG, berichtete am 24. Februar 2016 (act. 25 S. 3), es sei mit einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit in einer körperlichen Tätigkeit zu rechnen. Eine leidensangepasste leichte körperliche Tätigkeit mit Wechselbelastung, ohne durchschnittlichem Heben von Lasten von mehr als 5 - 10 Kilogramm körperfern und ohne Überkopfarbeiten, sei ab sofort medizinisch zumutbar.

E. 6.1.11

Am 4. April 2016 diagnostizierte Dr. phil. T._____, vis. von Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, (act. 43 S. 2 ff.) eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2). Die aktuelle Therapie bestehe aus ambulanter Psychotherapie mit wöchentlichen Einzelgesprächen sowie medikamentöser Therapie (Escitalopram 20 mg). Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei der Versicherte aktuell 100 % arbeitsunfähig. Eine zu frühe und schnelle Wiedereingliederung gefährde die schrittweise Stabilisierung. Ca. in einem Monat sei mit Hilfe der IV ein Arbeitsversuch mit einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit angezeigt. Am 10. Mai 2016 (act. 51 S. 2 ff.) führte Dr. med. L._____ aus, der Versicherte sei seit dem 17. Februar 2016 bis zum 30. April 2016 zu 100 % und ab dem 1. Mai 2016 in der bisherigen Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig.

E. 6.1.12

Am 14. Juni 2016 diagnostizierte Dr. phil. T._____, vis. von Dr. med. L._____, (act. 53 S. 2 f.) eine aktuelle mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1). Aufgrund einer massiven Schlafproblematik (auch schmerzbedingt) könne der Versicherte manchmal nur mit Alkohol einschlafen. Es sei auf Cymbalta (60 mg) umgestellt worden. Aktuell sei er mit dem Arbeitsversuch/Belastbarkeitstraining der IV zu 50 % arbeitsfähig. Geplant sei eine schrittweise Erhöhung der Arbeitsfähigkeit.

E. 6.1.13

Die Konsiliarärztin der F._____ Versicherungen AG, Dr. med. U._____, (act. 54 S. 2 f.) beurteilte am 22. Juni 2016 aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit des Versicherten im ersten Arbeitsmarkt mit 50 %. Bei einem durchschnittlichen Krankheitsverlauf ohne Komplikationen sei eine Steigerung auf 100 % innert 3 - 6 Monaten zu erwarten. Ein Gutachten sei nicht nötig. Der behandelnde Psychiater solle aber eine Abklärung des Alkoholkonsums vornehmen lassen.

E. 6.1.14

Dem Bericht der Beruflichen Abklärung der E._____ -Genossenschaft vom 9. August 2016 über den Zeitraum vom 9. Mai bis zum 8. August 2016 (act. 58) kann entnommen werden, dass der Versicherte während der Massnahme 50 % gearbeitet habe. Die angestrebte Steigerung des Arbeitspensums sei nicht umgesetzt worden. Der Versicherte sei ab 24. Mai 2016 zu 50 % und ab 14. Juli 2016 bis zum 31. August 2016 über das Ende der Massnahme hinaus aufgrund der psychischen Probleme zu 100 % krankgeschrieben worden.

E. 6.1.15

Dr. med. V._____, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte am 8. August 2016 (act. 64 S. 2 ff.) eine Osteochondrose C5/6 und C6/7, eine grosse mediolaterale medioforaminale Diskushernie C5/6 weniger C6/7 links und eine chronische Lumbalgie bei bekannter Anterolisthesis L5/S1. Er berichtete, der Versicherte leide an diffusen Symptomen, teilweise einem cervico-radikulären Schmerzsyndrom links und einer Lumbalgie.

E. 6.1.16

Am 16. August 2016 nahm Dr. med. V._____, Facharzt für Neurochirurgie, nach Erhalt des MRI der LWS vom 19. Juni 2016 nochmals Stellung (act. 75 S. 2) und berichtete, dieses zeige deutliche degenerative Veränderungen insbesondere im Segment L5/S1, so

dass wahrscheinlich die chronische Lumbalgie durch diese Veränderungen bedingt sei.

E. 6.1.17

Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 23. August 2016 (act. 65) eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2), eine soziale Angststörung (soziale Phobie, ICD-10 F40.10) und einen Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1). Aktuell nehme der Versicherte täglich 90 mg Cymbalta ein. Prognostisch müsse davon ausgegangen werden, dass der Versicherte aktuell in sozialen Situationen starke Ängste entwickle, welche ihn stark erschöpfen und zu einer erneuten Exacerbation einer Depression führen könnten. Die Arbeitsunfähigkeit betrage aufgrund einer Verschlechterung des psychischen Zustandes bei chronischer Erschöpfung (leistungsorientiert, perfektionistisch) seit dem 14. Juli 2016 100 %. Am 30. August 2016 berichtete Dr. med. L. _____ nachträglich (act. 67 S. 2), anamnestisch sei ein Konsum von zwei bis sechs Flaschen Bier abends, abhängig vom Tag und der Situation, bekannt. Aktuell sei der Alkoholkonsum jedoch sistiert.

E. 6.1.18

Dr. med. S. _____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 6. September 2016 u.a. (act. 75 S. 3 ff.), es müsse eine depressive Verstimmung und Angststörung angenommen werden.

E. 6.1.19.1

Dr. med. H. _____ stellte in seinem Teilgutachten vom 9. Dezember 2016 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gegenwärtig keine Diagnosen fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Folgendes: - (Akten-)Anamnestisch schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1) - anamnestisch Abhängigkeitssyndrom von Tabakwaren, gegenwärtiger Substanzgebrauch (F17.24) - (Akten-)Anamnestisch depressive Episode, gegenwärtig nahezu vollständig remittiert (F32.4) - anamnestisch chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - (Akten-)Anamnestisch Verdacht auf somatoformer Schwindel (F45.8) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und narzisstischen Anteilen (F61.0). Bezugnehmend auf die Berichte von Dr. phil. T. _____ und Dr. med. L. _____ führte er aus, bei der dortigen Diagnosestellung sei in erheblichem Umfang auf die subjektiven Angaben des Versicherten abgestützt worden, was kritisch einzuschätzen sei, da die Erfassung subjektiver psychischer Symptome aus der Selbstschilderung des Versicherten mit einer nur geringen Validität möglich sei. Eine ebenfalls gestellte Diagnose einer "sozialen Angststörung (soziale Phobie)" entfalle, da ein sogenannter Ausschlussvorbehalt bestehe. Eine soziale Phobie solle nicht bei gleichzeitigem Bestehen einer depressiven Episode diagnostiziert werden. Ein Verdacht auf einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (F10.1) sei begründet, ein Abhängigkeitssyndrom von Alkohol (F10.2) habe jedoch nicht exploriert werden können. Zurzeit verzichte der Versicherte weitgehend auf Alkohol. Gegenwärtig sei klinisch-phänomenologisch eine weitgehend remittierte depressive Episode feststellbar. Darauf würden die psychopathologischen Befunde wie auch weitgehend die Angaben des Versicherten zum Tagesablauf, die in Anlehnung an das Mini-ICF-APP erhoben worden seien, hinweisen. Es sei eine allenfalls leichtgradige Einschränkung nachvollziehbar. Ein sog. Somatisches Syndrom habe nicht mehr festgestellt werden können. Zwei Beschwerdevalidierungstests (SFSS und AKGT) hätten "positive" Ergebnisse festgestellt. Diese würden auf eine "negative Antwortverzerrung", bzw. ein absichtliches Erzeugen, resp. Übertreiben körperlicher oder psychischer Symptome und

eine eingeschränkte Testmotivation wie auch wahrscheinlich eine Leistung unterhalb des tatsächlichen Fähigkeitsniveaus hinweisen. Der Versicherte präsentiere sich psychopathologisch in keiner Weise niedergestimmt, sondern lache und scherze bei der Exploration und schildere detailliert Erlebnisse aus seinem Leben, wobei er einen "lebendigen" und "heiteren" Eindruck vermittele. Die genannten Konzentrationsprobleme seien mit Vorbehalt zu berücksichtigen (AKGT). Weiterhin sei formal von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen. Der Versicherte nenne zwar Schmerzen, nehme jedoch nicht regelmässig schmerzmodulierende Medikation ein. Dies lasse keinen erhöhten Behandlungsbedarf bzw. Leidensdruck erkennen, wie er durch eine hochgradige Schmerzintensität (NRS 8/10) objektiv zu erwarten wäre. Auch die im Rahmen der Begutachtung genannten Schmerzen (NRS 5/10 im Bereich der HWS und rechtsseitigen Schultergürtels und NRS 4/10 lumbal) seien nicht sichtbar. So sitze der Versicherte während drei Stunden und 20 Minuten entspannt auf dem Stuhl. Erkennbare Anzeichen von Schmerzen hätten nicht objektiviert werden können. Soweit somatisch beurteilbar, liege eine Symptomausweitung vor. Die geschilderten beruflichen Probleme seien als psychische Faktoren denkbar. Es sei unklar, ob der Schmerz in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursache. Im sozialen Bereich bestünden vergleichsweise leichtgradige Einschränkungen. Gegenwärtig sei keine relevante ängstlich-depressive Symptomatik vorhanden. Wenngleich Diskrepanzen bestünden, könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt werden. In Bezug auf die Standardindikatoren führte der Gutachter aus, die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde sei insgesamt klinisch-phänomenologisch gering bis leichtgradig, wobei eine Diskrepanz zu den beklagten Beschwerden bestehe. Die Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft (z.B. eine intensiviertere (schmerz-) psychologisch-, resp. psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung oder eine intensiviertere sportliche Aktivität oder Physiotherapie). Eine berufliche Abklärung in der E._____ -Genossenschaft sei gescheitert, wobei zum damaligen Zeitpunkt jedoch aktenanamnestisch eine depressive Symptomatik bestanden habe. Im Bericht der E._____ -Genossenschaft sei eine geringe Motivation umschrieben, sich beruflich anderweitig zu betätigen. Bezüglich Komorbiditäten wurde festgehalten, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Einschränkung bestehe. Eine relevante Einschränkung in den sog. "komplexen Ich-Funktionen" sei nicht festzustellen. Seine Schilderungen zum Tages- und Wochenablauf würden auf eine leichtgradige Einschränkung hinweisen. Ein Leidensdruck bezüglich einer Behandlung könne weitgehend nachvollzogen werden, bezüglich einer beruflichen Eingliederung indessen nicht vollständig.

E. 6.1.19.2

Dr. med. I. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte in ihrem Teilgutachten vom 3. Dezember 2016 folgende Diagnosen (act. 76 S. 63 ff.): Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Minderbelastbarkeit von HWS und LWS mit/bei - Spondylolisthesis Grad I nach Meyerding (Anteroglisement von LWK auf SWK 1 von ca. 4 mm) bei degenerativer Spondylolyse LWK 5 beidseits (ICD-10: M43.1) - degenerativer Spondylolyse LWK 2/3 beidseits mit Retroglisement von LWK 2 auf LWK 3 von 3 mm (ICD-10: M43.1) - initialen Spondylarthrosen LWK 2/3 bis LWK 5/SWK 1 (ICD-10: M47.86) - osteodiskär verengten Foramina intervertebralia LWK 5/SWK 1 mit/bei o breitbasiger Dikusprotrusion mit Spondylarthrosen in diesem Segment (ICD-10: M51.3) mit/bei - aktuell ohne sensomotorisches Defizit - Osteochondrose HWK 5/6 und HWK 6/7

(ICD-10: M42.12) - grosser mediolateraler foraminaler Diskushernie HWK 5/6 links und foraminale Diskushernie HWK 6/7 links (ICD-19: M50.3) mit/bei - aktuell ohne sensomotorisches Defizit Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Muskuläre Dysbalance/Dekonditionierung mit/bei (ICD-10: M 62.98) - multiplen Insertionstendinopathien bzw. Tendinosen (SIPS beidseits, Tractus iliotibialis links/rechts, M. iliacus links, Pes anserinus links und M. piriformis beidseits) - aktuell: Funktionsstörung des rechten ISG - aktuell: Costotransversalgelenks-Funktionsstörung Th8 und 11 links sowie Th10 rechts für Expiration - Fussfehlstatik mit/bei (ICD-10: M21.87) - Knick-Senk-Spreizfuss - Hallux rigidus rechts > links - plantarem Fersensporn rechts - überwiegend wahrscheinlich posttraumatischen Veränderungen des Osnaviculare und der Ossa cuneiformia links - DD: degenerativ - Anamnetisch: Kompensierter Tinnitus (ICD-10: H93.1) - Anamnetisch: Hyperurikämie mit/bei (ICD-10: E79.0) - ohne Anhaltspunkte einer entzündlichen Arthritis oder tophischen Gicht - Verdacht auf psychogenen Schwindel (ICD-10: F45.8V) - Anamnetisch: Abhängigkeitssyndrom von Tabakwaren (Zigaretten), gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F17.24) - Anamnetisch: Arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.90) Aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauvorarbeiter mit regelhaft auftretenden wirbelsäulenbelasteten Bewegungsmustern aus versicherungsmedizinischer Sicht nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 10 %. Diese würden sich auf den administrativen Anteil der sogenannten angestammten Tätigkeit beziehen. Für ausserberufliche Tätigkeiten bzw. für die Tätigkeit als Hausmann, bei welchem der Versicherte seine Aufgaben zeitlich frei einteilen, nach eigenem Ermessen Pausen beziehen und auch auf eine angemessene Unterstützung seiner Familie zählen könne, lasse sich aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründen. In einer seinem Leiden angepassten, wechselbelastenden, leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit ohne das Hantieren von Lasten körperfern, ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten über die Armhorizontale hinaus, ohne das Arbeiten in Zwangshaltung und ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sei bezogen auf ein Vollsichtpensum aus versicherungsmedizinischer Sicht eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % zu attestieren. Im retrospektiven Längsschnitt bestehe diese in einer Verweistätigkeit (auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet) spätestens seit der Beurteilung von Dr. med. J. _____ vom 24. Februar 2016.

E. 6.1.20

Der RAD-Arzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (act. 85 S. 3 ff.) kam am 8. März 2017 zum Schluss, die Einschätzung der Gutachter sei aus seiner Sicht schlüssig und nachvollziehbar, zumal die Gutachter alle vom Versicherten geklagten Beschwerden in ihrer Beurteilung berücksichtigt und sich mit ihnen, wie auch mit den vorliegenden medizinischen Berichten, Befunden, Beurteilungen und therapeutischen Massnahmen kritisch auseinandergesetzt hätten. Er stellte dieselben Diagnosen wie die Gutachter und führte bezüglich der Arbeitsfähigkeit aus, die bisherige Tätigkeit als Bauvorarbeiter sei dem Versicherten zu 90% (schwere körperliche Arbeiten) nicht mehr und zu 10% (administrative/organisatorische Arbeiten) zumutbar. Die Tätigkeit als Hausmann sei weiterhin uneingeschränkt zumutbar. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei ihm ganztags über 8,5 h ohne weitere Leistungsminderung zumutbar. Dieses Zumutbarkeitsprofil gelte ab 3. Dezember 2016. In Beantwortung der Fragen der IV-Stelle führte er aus, es läge keine Sucht vor. Im psychiatrischen Teilgutachten sei anamnestisch zwar ein schädlicher Gebrauch von Alkohol beschrieben, eine Abhängigkeit von Alkohol

sei jedoch nicht erkennbar.

E. 6.1.21

Dem definitiven Zwischenbericht der K. _____ Genossenschaft vom 14. Juni 2017 (act. 96) kann entnommen werden, dass der Versicherte anlässlich des Belastbarkeitstrainings vom 14. März bis 13. Juni 2017 sein Arbeitspensum von zwei auf vier Stunden habe steigern können. So habe er am Ende der Massnahme in einem Pensum von 50 % arbeiten können. Leistungsmessungen seien keine durchgeführt worden. Der Versicherte befinde sich aktuell in einem Aufbau- und Stabilisierungsprozess. Er sei aus ihrer Sicht zurzeit nicht vermittelbar und der Schritt in den ersten Arbeitsmarkt wäre verfrüht.

E. 6.1.22

Dem Verlaufsbericht von Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. August 2017 (act. 102 S. 2 ff.) können die Diagnosen schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2) seit dem 17. Februar 2016 (Behandlungsbeginn) und soziale Phobie (ICD-10 F40.10) entnommen werden. Die Medikation betrage täglich 30 mg Duloxetin. Er gab an, der Versicherte sei aufgrund einer Verschlechterung des psychischen Zustandes bei einer chronischen Überforderung und Erschöpfung zu 100 % arbeitsunfähig. Weiter führte er zusammengefasst aus, es zeige sich eine zunehmende Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes mit somatischen Symptomen. Körperliche Arbeiten, auch wenn sie der somatischen Diagnose des Versicherten angepasst seien, schienen zu einer Verschlechterung der Symptomatik zu führen. Fehlende Abgrenzung, hohe Ansprüche an sich selber, Perfektionismus, chronische Überforderung und Erschöpfung führten zu einer Zunahme seiner subjektiven und objektiven Schmerzen, seiner depressiven Symptomatik und zu einem zunehmenden Verlust seines Selbstwertes, da ihm seine nicht mehr vorhandene Leistungsfähigkeit tagtäglich vor Augen geführt werde. Eine Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt scheine unwahrscheinlich, weil der Versicherte weder körperlich, noch psychisch belastbar sei. Massnahmen auf dem zweiten Arbeitsmarkt hätten gezeigt, dass der Versicherte selbst geringen Anforderungen nicht mehr genügen könne. Sein Zustand habe sich seit dem Arbeitseinsatz zunehmend verschlechtert.

E. 6.1.23

Dem definitiven Bericht der K. _____ Genossenschaft vom 19. September 2017 bezüglich des Aufbautrainings vom 14. Juni bis zum 31. August 2017 kann entnommen werden (act. 107), dass der Versicherte ab dem 10. Juli 2017 habe in einem 60 %-Pensum arbeiten können, welches er bis zum 15. August 2017 stabil habe halten können. In den letzten 12 Arbeitstagen vor Abbruch der Massnahme sei er jedoch krankgeschrieben worden. Der Schritt in den ersten Arbeitsmarkt sei misslungen. Er sei zurzeit nicht vermittelbar.

E. 6.1.24

RAD-Arzt Dr. med. M. _____ führte am 18. Oktober 2017 (act. 112) aus, die Einschätzung der Begutachterin Dr. med. I. _____ sei rein aus somatischer Sicht weiterhin schlüssig und nachvollziehbar. Es habe sich anlässlich des Belastbarkeitstrainings gezeigt, dass der Versicherte zumindest unter Bedingungen im zweiten Arbeitsmarkt und unter Einhaltung des von der rheumatologisch-orthopädischen Gutachterin formulierten angepassten Zumutbarkeitsprofils ein Arbeitspensum von 60 % erreicht werden könne. Unter Bedingungen, wie sie im ersten Arbeitsmarkt bestünden, sei der Versicherte offenbar

aus psychischen Gründen nicht mehr in der Lage, dieses Pensum einzuhalten, respektive weiter steigern zu können. Insbesondere habe er aus psychiatrischen Gründen ab dem 16. August 2017 wieder krankgeschrieben werden müssen.

E. 6.1.25

Dr. med. N._____, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie nahm am 26. Oktober 2017 wie folgt Stellung (act. 114 S. 3 ff.): Der psychopathologische Befund von Dr. med. L._____, vom 31. August 2017 stehe in diametralem Gegensatz zu demjenigen im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H._____ von Ende 2016. Dieser habe im Rahmen des angegebenen Tagesablaufs keinerlei sozialphobische Tendenzen erkennen können. Auch habe er eine remittierende depressive Symptomatik festgestellt. Hinsichtlich der Medikation zeige sich keine Dosisveränderung (30 mg Duloxetin). Dr. med. L._____ habe die Diagnose einer somatischen Belastungsstörung im Sinne einer anhaltenden Schmerzstörung, welche Dr. med. H._____ diagnostiziert habe, weder erwähnt noch diskutiert. Dr. med. H._____ habe beim Versicherten leitliniengerecht deutliche Hinweise auf negative Antwortverzerrungen nachweisen können. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe durch den Befundbericht des behandelnden Psychiaters nicht nachgewiesen werden können. Das psychiatrische Gutachten von Ende 2016 sei leitliniengerecht und erfülle die Qualitätsanforderungen.

E. 6.1.26

Am 27. Oktober 2017 berichtete RAD-Arzt Dr. med. M._____ (act. 115 S. 3 ff.), weder aus somatischer, noch aus psychiatrischer Sicht bestünden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Wie bereits im formulierten Zumutbarkeitsprofil des RAD vom 8. März 2017 bestehe ab 3. Dezember 2016 weiterhin eine volle und uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Die aktuell vom behandelnden Psychiater attestierte Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Es werde an dieser Stelle auf die RAD-interne Stellungnahme aus rein psychiatrischer Sicht von Dr. med. N._____ vom 26. Oktober 2017 verwiesen.

E. 6.1.27

Am 3. August 2017 - bei der IV-Stelle eingegangen am 15. November 2017 - diagnostizierte Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (act. 116 S. 2 ff.) eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2), eine soziale Angststörung (soziale Phobien, ICD-10 F40.10) und einen Verdacht auf Persönlichkeitsstörung. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Medikation betrage täglich Duloxetin 60 mg. Objektive Befunde seien u.a. geringe Stressresistenz und Belastbarkeit, sowohl im Alltag als auch im Belastbarkeitstraining, depressive Stimmung, resigniert, geringes Gefühl der Selbstwirksamkeit, rasche subjektiv wahrgenommene Überforderung bei alltäglichen Aufgaben, Gedanken kreisend, starkes Vermeidungsverhalten, Versagens- und Zukunftsängste.

E. 6.1.28

Der RAD-Arzt Dr. med. M._____ führte in seiner Stellungnahme vom 9. Februar 2018 aus (act. 128 S. 2 ff.), der aktuellste (recte: ältere [3. August 2017]) Bericht von Dr. med. L._____, welcher einen unveränderten Gesundheitszustand beschreibe, vermöge an der psychiatrischen Einschätzung von Dr. N._____ nichts zu ändern. Auf die Beurteilung des RAD vom 26. resp. 27. Oktober 2017 könne weiterhin abgestellt werden.

E. 6.2

Auf Beschwerdebene gelangten folgende Unterlagen zu den Akten.

E. 6.2.1

In einem psychologischen Fahreignungsgutachten vom 12. Juni 2018 kam die Diplom-Psychologin W. _____ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer derzeit die besonderen psychophysischen Anforderungen für das Führen von Kraftfahrzeugen der Klassen D, D1, DE, D1E oder zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder für gewerbsmässige Ausflugsfahrten oder Fernzielreisen nicht erfülle. In der psychophysischen Funktionsprüfung zu den Leistungsbereichen Belastbarkeit, Orientierung, Konzentration, Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit seien Leistungen gefordert, für welche der Leistungskennwert bei der Mehrzahl der Werte bei oder über T+CL (T) = 45 und kein Leistungskennwert unter T+CL (T) = 40 lägen. Der Beschwerdeführer habe einmal den Wert 2 und ansonsten Werte von 3 erreicht (Beilage 4 zu BVGer-act. 1).

E. 6.2.2

Dem nervenärztlichen Gutachten von Dr. med. X. _____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 29. Oktober 2018 (Beilage 1 zu BVGer-act. 11) können folgende Diagnosen entnommen werden: Kombinierte Angst- und Depressionsstörung, Chronisches HWS-Syndrom, rezidivierende Lumboischialgie beidseits, Verdacht auf Polyneuropathie unklarer Genese, somatoforme Schmerzstörung, Tinnitus aurium. Des Weiteren wurde ein Verdacht auf narzisstische Persönlichkeit geäussert. Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, Tätigkeiten dürften nur noch abwechselnd im Gehen, Stehen und Sitzen, mit wechselnder Körperhaltung und ohne besonderen Zeitdruck verrichtet werden. Eine Arbeitszeit von maximal 4 Stunden sei zulässig. Diese Einsatzbeschränkung bestehe auf Zeit von Antragsstellung zunächst für die Dauer von zwei Jahren.

E. 6.3

Das letztgenannte Gutachten erging nach der vorinstanzlichen Verfügung vom 19. Juni 2018. Aus dem Wortlaut des Gutachtens vom 29. Oktober 2018 ergibt sich, dass die darin enthaltenen Schlussfolgerungen nach Auffassung des Verfassers nicht auf einer Wende im Verlauf des Leidens beruhen, sondern auf einem chronifizierten - und damit seit einiger Zeit andauernden - Zustand. Sie beziehen sich damit ohne weiteres auch auf den Zeitraum vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens (vgl. E. 2.1 und BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 6.4

6.4.1 Die Vorinstanz geht für die Zeit ab Juli 2016 von einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in jeglichen Tätigkeiten der freien Wirtschaft aus. Ab 3. Dezember 2016 nimmt sie an, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe. Die angestammte Tätigkeit als Bauvorarbeiter sei ihm aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Jedoch seien ihm leichte, wechselbelastete Tätigkeiten ohne weitere Leistungsminderung ganztags zumutbar. Zwangshaltungen, Rotation unter Gewichtsbelastung im Sitzen/Stehen, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe sowie Überkopfarbeiten seien dabei zu vermeiden. Ebenso sei das Besteigen von Leitern, sowie repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung und repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der Hals- und

Lendenwirbelsäule nicht geeignet. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10 bis 15 Kg gehoben und getragen werden (act. 133 S. 9).

E. 6.4.2

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses ihrer Verfügung auf die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin, vom 8. März 2017 (act. 85), 18. Oktober 2017 (act. 112) und 9. Februar 2018 (act. 128 S. 2 ff.) sowie Dr. med. N._____, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, vom 26. Oktober 2017 (act. 114 S. 3 ff.). Die RAD-Ärzte wiederum stellten bei ihrer Beurteilung auf das interdisziplinäre Gutachten der G._____
GmbH von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 3. und 9. Dezember 2016 ab (act. 76 S. 2 ff.).

E. 6.5

6.5.1 Zu prüfen ist zunächst, ob die Vorinstanz bezüglich der Feststellung des Gesundheitszustands und der Einschätzung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das interdisziplinäre Gutachten der G._____
GmbH abgestellt hat.

E. 6.5.2

Soweit der Beschwerdeführer den Beweiswert des Gutachtens in Frage stellt, ist vorweg darauf hinzuweisen, dass das Gericht die Beweise grundsätzlich frei würdigt, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3. a). Sodann ist festzuhalten, dass es keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Bei der Folgeabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit gibt die Arztperson eine Schätzung ab, die dann wichtige Grundlage ist für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 f.). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H.)

E. 6.5.3

Dem von der F._____
Versicherungen AG eingeholten psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Dezember 2016 ist gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. E. 3.5.2) volle Beweiskraft zuzuerkennen. So erstellte Dr. med. H._____
das Gutachten in Anwendung der Qualitätsleitlinien SGVP/SGPP für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Ausserdem berücksichtigte er sämtliche zu dem Zeitpunkt bereits vorliegenden medizinischen Vorakten sowie die vom Beschwerdeführer geklagten

Beschwerden. Überdies stützte er seine Beurteilung auf eine umfassende psychiatrische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 2. November 2019 und begründete die von ihm festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen sowie insbesondere die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer nachvollziehbaren Weise. Schliesslich nahm der Gutachter auch zu den Standardindikatoren Stellung und bezog deren Prüfung in seiner Beurteilung mit ein (vgl. E. 5.1.19.1). Da jedoch dieses Teilgutachten gemeinsam mit Dr. med. I. _____ erstellt wurde und somit ein interdisziplinäres Gutachten darstellt, kann es nicht unabhängig davon betrachtet werden (vgl. Gutachten S. 3 und nachfolgende Erwägungen).

6.5.4.6.5.4.1 Bezüglich dem Teilgutachten von Dr. med. I. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 3. Dezember 2016 ist Folgendes festzuhalten: Gemäss dem Berufsverband der FMH befasst sich die Physikalische Medizin und Rehabilitation mit der Förderung der körperlichen und kognitiven Funktionen, der Aktivität (inklusive Verhalten), der Partizipation (inklusive Lebensqualität) und der Verbesserung von persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren. Sie ist zuständig für die Prävention, die Diagnostik, die Behandlung und das Rehabilitätsmanagement von Menschen jeden Alters mit behindernden Gesundheitsschädigungen und Komorbiditäten. Diese Weiterbildung beinhaltet eine fachspezifische Weiterbildung (z.B. ein bis drei Jahre an anerkannten Weiterbildungsstätten für stationäre muskuloskelettale Rehabilitation). Ein Jahr an anerkannten Weiterbildungsstätten in einem oder mehreren rehabilitationsnahen Fachgebieten wie bspw. Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie usw. kann angerechnet werden (vgl. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) < <https://www.siwf.ch> > Weiterbildung > Facharzttitel und Schwerpunkte > Physikalische Medizin und Rehabilitation > Physikalische Medizin und Rehabilitation Weiterbildungsprogramm als pdf, abgerufen im Juli 2020). Dieser Facharzttitel kann somit einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Neurochirurgie nicht gleichgesetzt werden. Dem Teilgutachten von Dr. med. I. _____ kommt somit aufgrund der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden nur ein beschränkter Beweiswert zu (vgl. E. 4.4.1 in fine).

6.5.4.2 Die von Dr. med. I. _____ diagnostizierte Minderbelastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule ist vorliegend nicht umstritten. So hat sie auch ein Belastungsprofil (wechselbelastend, leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit ohne Hantieren von Lasten körperfern usw.) definiert. Dennoch hat sie keine fachgerechte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vorgenommen. Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Orthopädie ist eine Diagnose des Funktionsausfalles (Funktionsdiagnose), d.h. eine qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen für die versicherte Person von zentraler Bedeutung. So sind etwa bei den Bewegungsprüfungen nicht die Winkelgrade ausschlaggebend - wie im Teilgutachten angegeben (vgl. act. 76 S. 99 f. und 113) -, sondern die Brauchbarkeit eines Gelenkes, die praktische Leistungsfähigkeit bzw. die Behinderung im täglichen Leben. Diese sind deshalb bei der Bewegungsprüfung der einzelnen Gelenke zusätzlich anzugeben (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2).

Auch dem Bericht von Dr. med. R. _____, Facharzt für Wirbelsäulen Chirurgie, vom 8. Oktober 2015 kann keine Funktionsdiagnose entnommen werden (act. 12.3 S. 1 f.).

6.5.4.3 Hinsichtlich des vom Beschwerdeführer vorgebrachten Schwindels bezog sich die Gutachterin zwar auf die Berichte von Dr. med. S. _____, einen Neurologen (act. 76 S. 106). Dieser habe angegeben, er habe die Schwindelbeschwerden aus neurologischer Sicht nicht deuten können und ein bekanntes, klar definiertes Schwindelsyndrom sei nicht fassbar (act. 75 S. 3 ff.). Ferner führte Dr. med. I. _____ aus, auch im Rahmen der Begutachtung

hätten keinerlei Anzeichen für ein tatsächliches Vorliegen einer Schwindelsymptomatik objektiviert werden können. Insbesondere seien die Lagerungswechsel stets speditiv und ohne objektivierbare Hinweise auf eine tatsächliche Schwindelsymptomatik erfolgt. Ein sogenannter gerichteter Schwindel (gutartiger Lagerungsschwindel, Ausfall eines Gleichgewichtsorgans und Menière'sche Erkrankung mit Drehschwindel) seien ausgeschlossen worden. Auch die Kriterien des sog. ungerichteten Schwindels (z.B. Schwanken, Benommenheit usw.) seien nicht erfüllt. Dr. med. S. _____ habe betont, dass die Schwindelbeschwerden mit grosser Wahrscheinlichkeit psychogener Art seien. Dem Teilgutachten von Dr. med. I. _____ kommt, wie bereits erwähnt, beschränkter Beweiswert zu. Der letzte Bericht des behandelnden Spezialarztes Dr. med. S. _____ erging am 6. September 2016 (act. 75 S. 3 ff.). Über den weiteren Verlauf der beklagten Beschwerden finden sich bis zum nervenärztlichen Gutachten vom 29. Oktober 2018 in den Akten keine neurologischen Berichte. Das Gutachten von Dr. med. X. _____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, enthält jedoch keine Angaben bezüglich eines Schwindels.

6.5.4.4 Bezüglich der lumbalen Schmerzen widerspricht Dr. med. I. _____ den vorbehandelnden Fachärzten. Dr. med. R. _____ diagnostizierte ab 8. Oktober 2015 beim Versicherten u.a. Lumbalgien und lumboradikuläre Schmerzen rechts. Er dokumentierte anamnestisch Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Hoden und ins rechte Bein bis zum Knie und Kribbeln bis zum rechten Fuss (vgl. act. 12.3 S. 1 f., act. 13 und act. 35 S. 5 f.) und empfahl zuletzt, eine Wurzelinfiltration L5 rechts durchzuführen. Dr. med. I. _____ ist jedoch der Ansicht (vgl. act. 76 S. 109), dass diese Angaben ausdrücklich keinem Dermatome entsprächen. Auch würden in der MRT der LWS keine Affektionen nervaler Strukturen nachvollzogen werden können. Zwar imponiere im Segment LWK 4/5 eine leichte dorsale Verlagerung der Nervenwurzel L5 links. Nervenwurzelaffektionen, welche auf eine Kompression hinweisen würden, könnten jedoch nicht nachvollzogen werden. Gesamthaft sei die degenerative Veränderung LWK 5/SWK 1 als über das altersentsprechende Mass hinausgehend zu beurteilen. Die übrigen Segmente würden eher minimale degenerative Veränderungen aufweisen. Dr. med. R. _____ habe festgehalten, dass im Bereich der unteren Extremitäten die Oberflächensensibilität in allen Dermatomen soweit erhalten gewesen sei. Weder anamnestisch noch bildgebend oder klinisch würden sich Anhaltspunkte für ein Vorliegen einer lumboradikulären Symptomatik rechts ergeben. Hingegen war Dr. med. S. _____, Facharzt für Neurologie, am 20. November 2015 der Ansicht, dass als Ursachen des Lumbovertebralsyndroms in der Bildgebung diffuse degenerative Veränderungen in der Lendenwirbelsäule mit einem Schwerpunkt im Segment L4/L5 nachgewiesen worden seien (vgl. act. 19 S. 1 ff.). Auch Dr. med. V. _____, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte am 8. August 2016 u.a. eine chronische Lumbalgie bei bekannter Anterolisthesis L5/S1 (vgl. act. 64 S. 2 ff.). Das MRI der Lendenwirbelsäule zeige deutliche Veränderungen insbesondere im Segment L5/S1, so dass die chronische Lumbalgie wahrscheinlich durch diese Veränderungen bedingt sei. Auch er sprach sich für Infiltrationen der Gelenke L4/5 und L5/S1 aus. Über den weiteren Verlauf dieser Beschwerden seit der letzten neurochirurgischen Untersuchung im August 2016 sind bis zum nervenärztlichen Gutachten vom 29. Oktober 2018 keine weiteren fachärztlichen Berichte vorhanden. Dr. med. X. _____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, diagnostizierte u.a. eine rezidivierende Lumboischialgie beidseits. Ob Dr. med. X. _____ die medizinischen Vorakten beigezogen hat, ist aus dem Gutachten nicht ersichtlich. Zudem begründete er die von ihm festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen nur rudimentär mit Druckschmerzhaftigkeit in der Lendenwirbelsäule. Diesem Gutachten kommt somit nur

ein beschränkter Beweiswert zu (vgl. E. 4.4.1). 6.5.4.5 Auch bezüglich dem cerviko-radikulären Schmerzsyndrom widerspricht Dr. med. I. _____ den vorbehandelnden Fachärzten. Am 20. November 2015 berichtete Dr. med. S. _____, Facharzt für Neurologie, der Versicherte werde durch ein mässiggradiges Cervikal-Syndrom geplagt. Es werde ein radikuläres Reiz- und ein radikulär-sensibles Ausfall-Syndrom am linken Arm angenommen. Als Ursachen seien in einer vorgängigen Kernspintomographie rechts grosse Discushernien in den Segmenten C5/C6 und C6/C7 lateral links nachgewiesen worden (act. 19 S. 1 ff.). Dagegen führte Dr. med. I. _____ aus (vgl. act. 76 S. 110), Dr. med. S. _____ postuliere ein radikuläres Reiz- und redikuär-sensibles Ausfall-Syndrom am linken Arm, aber es würden keine Schmerzausstrahlungen in die Arme bestehen. Hingegen sei auf den subjektiven Eindruck des Versicherten (u.a. Taubheit, Ameisenlaufen) hingewiesen worden. Diese Missempfindungen würden keinem radikulären bzw. neuronalen Versorgungsgebiet folgen. Bei der aktuellen neurologischen Untersuchung hätten sich ebenfalls keinerlei Hinweise auf eine (floride) neuro-radikuläre Symptomatik ergeben. Der linksseitig nicht auslösbare Radiusperiostreflex könne zwar auf eine Affektion der Nervenwurzel C6 links hinweisen. Dr. med. V. _____, Facharzt für Neurochirurgie, hingegen führte am 8. August 2016 ebenfalls aus, der Versicherte leide teilweise an einem cervico-radikulären Schmerzsyndrom links und einer Lumbalgie, so dass wahrscheinlich ein Teil der Beschwerden durch die degenerativen Veränderungen der HWS und LWS bedingt seien (vgl. act. 64 S. 2 ff.). Am 6. September 2016 berichtete Dr. med. S. _____, die im November 2015 im Vordergrund gestandenen radikulären Symptome am linken Arm seien schwächer geworden (vgl. act. 75 S. 3 ff.). Dr. med. X. _____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, diagnostizierte am 29. Oktober 2018 ein chronisches HWS-Syndrom, ohne dies näher zu begründen (E. 6.2.2). Der Verlauf dieser Beschwerden bis zur angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2018 sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist aus den Akten somit nicht ersichtlich. 6.5.4.6 Dr. med. S. _____ berichtete am 20. November 2015, der Versicherte leide an einer Polyneuropathie. Die Klinik weise darauf hin. Elektroneurographisch könne diese Vermutung bestätigt werden, mit pathologischen Befunden an fast sämtlichen untersuchten Bein- und Fussmuskeln beidseits. Die Aetiologie dieser diffusen Erkrankung des peripheren Nervensystems sei nicht bekannt. Zur aetiologischen Weiterabklärung der Polyneuropathie empfehle er eine Blutabnahme (act. 19 S. 1 ff.) Dr. med. I. _____ führte in ihrem Teilgutachten aus (vgl. act. 76 S. 110 f.), die Befunddokumentation an den unteren Extremitäten von Dr. med. S. _____ sei unvollständig. Rein basierend auf der vorliegenden Elektroneurographie könne eine periphere Neuropathie nicht abgeleitet werden und anlässlich der aktuellen Begutachtung würde sich auch kein passendes klinisch-neurologisches Korrelat finden. Zur Diagnostik der Polyneuropathie gehöre neben einer Ursachenfindung und einer Elektroneurographie auch eine Elektromyographie und gegebenenfalls sogar eine Lumbalpunktion sowie eine Biopsie peripherer Nerven. Selbst wenn eine Polyneuropathie vorliegen würde, so würde diese versicherungstechnisch betrachtet nicht zu einer Funktionseinschränkung und auch nicht zu einer solchen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führen. Im nervenärztlichen Gutachten vom 29. Oktober 2018 wurde ein Verdacht auf eine Polyneuropathie geäussert (E. 6.2.2). Da jedoch dem Teilgutachten von Dr. med. I. _____ und dem Gutachten der Deutschen Rentenversicherung nur ein beschränkter Beweiswert zukommt und weitere fachneurologische Berichte nicht vorliegen, ist der Verlauf dieser Beschwerden sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus den Akten nicht ersichtlich.

E. 6.5.5

Ein lückenloser Befund, der eine vollständige Feststellung des medizinischen Sachverhalts ermöglichen würde, liegt damit nicht vor. 6.6.6.6.1 RAD-Arzt Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seiner Beurteilung der somatischen Beschwerden hauptsächlich auf das Teilgutachten von Dr. med. I._____, ab. Diesem Gutachten kommt jedoch lediglich ein eingeschränkter Beweiswert zu. Zudem liegt kein lückenloser Befund vor (vgl. E. 4.4.3). Der medizinische Sachverhalt wurde somit nicht fachärztlich festgestellt. Der RAD-Arzt hätte aufgrund der vorliegenden orthopädischen und neurologischen Beschwerden eine fachärztliche Untersuchung in Auftrag geben müssen. 6.6.2 RAD-Arzt Dr. med. N._____, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, übernahm in seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 2017 im Wesentlichen die Feststellungen des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. H._____ vom 9. Dezember 2016 und führte aus, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe durch den Befundbericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. L._____ vom 31. August 2017 nicht nachgewiesen werden können. Wie die Vorinstanz zu Recht vorbrachte, ist die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit in erster Linie eine ärztliche Aufgabe (vgl. E. 4.4) und obliegt nicht Fachleuten der beruflichen Eingliederung. Dennoch würdigte Dr. med. N._____ den Hinweis im Bericht von Dr. med. L._____, dass eine Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt unwahrscheinlich scheine, was Belastbarkeitstrainings bei der E._____ und der K._____ auf dem zweiten Arbeitsmarkt gezeigt hätten, mit keinem Wort. Mit Blick auf den definitiven Bericht der K._____ Genossenschaft vom 19. September 2017, wonach der Versicherte in den letzten Arbeitstagen vor Abbruch des Aufbautrainings krankgeschrieben wurde und aus ihrer Sicht nicht vermittelbar sei, erscheint die abgegebene Begründung des RAD nicht vollständig plausibel. Angesichts des eher älteren Teilgutachtens von Dr. med. H._____, welches zudem nicht unabhängig vom Teilgutachten von Dr. med. I._____ betrachtet werden kann (vgl. E. 6.5.3, beschränkter Beweiswert [vgl. E. 6.5.4.1]), wären weitere psychiatrische Abklärungen angebracht gewesen (vgl. E. 3.5.3). 6.6.3 Zum Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. L._____ vom 3. August 2017, der erst am 15. November 2017 bei der IV-Stelle eingegangen war, äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. M._____ am 9. Februar 2018 dahingehend, dass dieser einen unveränderten Gesundheitszustand beschreibe und an der psychiatrischen Einschätzung von Dr. N._____ nichts zu ändern vermöge. Die Vorinstanz hätte sich nicht mit einer Stellungnahme eines Facharztes für Allgemeine Innere Medizin begnügen dürfen, sondern eine Stellungnahme bei einem Facharzt für Psychiatrie einholen müssen (vgl. E. 3.5.3). 6.6.4 In der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen von Dr. med M._____ und Dr. med. N._____ bestehen somit Zweifel. Ein Vergleich des Gesundheitszustandes im Ausgangs- (1. Juli 2016) und im Vergleichszeitpunkt (31. März 2017) ist mit den vorhandenen Akten daher nicht möglich.

E. 6.7

Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie vorliegend, ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen und der Grad der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine solche Gesamtbeurteilung.

E. 6.8

Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht mit den RAD-Aktenberichten begnügen dürfen, sondern hätte ein polydisziplinäres Gutachten veranlassen müssen. Indem sie dies unterliess und damit den medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend abklärte, verletzte sie Bundesrecht.

E. 7.1

Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die Aufhebung der Invalidenrente zu Recht erfolgt ist. Bei dieser Sachlage kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden. In Gutheissung des Antrags des Beschwerdeführers ist die Sache daher an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 7.2

Angezeigt ist eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Orthopädie, Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

E. 7.3

Mit der interdisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVerfG C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die gutachterliche Beurteilung der psychischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat dabei in Anwendung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen, wobei unter dem Indikator Komorbidität im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; BGE 141 V 281 E. 3.6 ff.; Urteil des BGer 9C_21/2017 E. 5.2.1). Weiter hat das polydisziplinäre Gutachten die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen und insbesondere einen Zustandsvergleich zu enthalten.

E. 7.3.1

Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

E. 7.3.2

Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermöglichen, ist die Durchführung der interdisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut

sein muss (Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je m.H. auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (BGE 139 V 349 E. 5.2.1), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

E. 8

Nach neuer Ermittlung des vollständigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (Urteile des BGer 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (Urteil des BVer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 m.H.).

E. 9

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz unterliess, eine umfassende medizinische Abklärung zu veranlassen. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen, als die Verfügung vom 19. Juni 2018 aufzuheben und die Sache zur umfassenden Prüfung des Leistungsanspruchs in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 14. Juli 2020 das rechtliche Gehör gewährt und Gelegenheit zur Stellungnahme sowie Rückzug der Beschwerde gegeben (BGE 137 V 314 E. 3.2.4). 10. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 10.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Das ihm mit Zwischenverfügung vom 17. Oktober 2018 gewährte Recht auf unentgeltliche Rechtspflege braucht er damit nicht zu beanspruchen. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 10.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz, womit der subsidiäre Anspruch auf eine Entschädigung aus der mit Zwischenverfügung vom 17. Oktober 2018 bewilligten unentgeltlichen Rechtsverteidigung entfällt (vgl. KAYSER/ALTMANN, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2. Aufl. 2019, N 82 zu Art. 65). 10.3 Dem Gericht steht bei der Festsetzung der

Parteientschädigung ein weites Ermessen zu (Urteil des BGer 9C_637/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2; 8C_928/2012 vom 26. April 2013 E. 6). So ist namentlich nicht der geltend gemachte, sondern nur der notwendige Aufwand zu entschädigen (Urteil des BGer 8C_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3 m.H.). Das Abstellen auf die den jeweiligen Zeitaufwand detailliert ausweisende Honorarnote eines Rechtsvertreters erscheint grundsätzlich als sachgerecht (Urteil des BGer 9C_162/2013 vom 8. August 2013 E. 4.3.2). Werden einzelne Posten der Honorarnote akzeptiert, andere hingegen herabgesetzt, ist jede Reduktion zumindest kurz zu begründen (BGE 141 I 70 E. 5.2 m.H.; 8C_833/2015 vom 10. März 2016 E. 4.2).

10.4 Der Rechtsvertreter macht mit Kostennote vom 15. Juli 2020 (BVGer-act. 16) für die Bemühungen im Zeitraum vom 16. Juli 2018 bis 15. Juli 2020 einen Betrag von insgesamt Fr. 5'370.75 geltend. Dieser setzt sich zusammen aus einem Honorar von Fr. 4'866.67 (19.4667 Stunden bei einem Stundenansatz von Fr. 250.-) sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 120.10 (123 Kopien à Fr. 0.50: Fr. 61.50, Porti: Fr. 42.90, Telefon: Fr. 15.70) zuzüglich Mehrwertsteuer von Fr. 383.98.

10.5 Als Zeitaufwand ist Folgendes ausgewiesen: 630 Minuten für den Zeitraum bis zur Einreichung der Beschwerdeschrift, 45 Minuten für das Studieren und Einreichen der Unterlagen für die unentgeltliche Rechtspflege, 412 Minuten bis zum Versand der Replik, 18 Minuten u.a. für das Studieren der Duplik und 65 Minuten für das rechtliche Gehör inkl. Nachbearbeitung des Falles nach Entscheid und dem Erstellen der Honorarnote.

10.5.1 Der geltend gemachte Zeitaufwand erscheint aus den nachstehenden Gründen als zu hoch, weshalb er wie folgt anzupassen ist:

10.5.2 Für die Ausarbeitung der Beschwerdeschrift von 10 Seiten exkl. Beweismittelverzeichnis wird ein Aufwand von insgesamt 270 Minuten geltend gemacht. Dieser ist überhöht, zumal die Beschwerdeschrift grosszügig formatiert ist (vgl. Urteil des BGer I 463/06 vom 23.4.2007 E. 8.4). Als notwendig und angemessen erweisen sich der Aufwand des Rechtsvertreters für das Aktenstudium, die Korrespondenz und Telefonate mit dem Klienten und seiner Ehefrau, der IVSTA, einem Arzt und der IV-Stelle C._____.

Nicht zu berücksichtigen ist die geltend gemachte Sekretariatsarbeit "Korrektur Beschwerde" vom 20. August 2018, welche im Stundensatz als inbegriffen gilt (vgl. Urteil BVGer C-1893/2015 vom 4. Januar 2018 E. 8.3.1). Insgesamt erscheint ein Aufwand von 520 Minuten als notwendig und angemessen.

10.5.3 Der geltend gemachte Aufwand bis zum Einreichen des Formulars unentgeltliche Rechtspflege (Tel. an IV-Stelle C._____, Studium Verfügung, Email von und an Klient, Falsches UP Formular Klient) von 45 Minuten wird als notwendig und angemessen erachtet.

10.5.4 Der im Weiteren verlangte Aufwand von 210 Minuten für die Ausarbeitung der Replik ist überhöht. Zwar ist die Replik von fünf Seiten inklusive Beweismittelverzeichnis weniger grosszügig formatiert als die Beschwerdeschrift, enthält jedoch Wiederholungen der Beschwerdevorbringen. Zudem erweist sich der Aufwand auch im Verhältnis zur Ausarbeitung der Beschwerdeschrift (270 Minuten) als überhöht. Als notwendig und angemessen erweist sich der Aufwand des Rechtsvertreters für das Studieren der Verfügung und Vernehmlassung, die Korrespondenz mit dem Klienten, der Y._____ Klinik, (...) in Deutschland und der Deutschen Rentenversicherung, das Studieren der Arbeitsverträge und die angegebene Zeit im Zusammenhang mit den Fristerstreckungsgesuchen. Nicht zu berücksichtigen ist die geltend gemachte Sekretariatsarbeit "Korrektur Replik" vom 29. Januar 2019, welche im Stundensatz als inbegriffen gilt (vgl. Urteil BVGer C-1893/2015 vom 4. Januar 2018 E. 8.3.1). Insgesamt erscheint für diesen Zeitraum ein Aufwand von 277 Minuten als angemessen.

10.5.5 Der geltend gemachte Aufwand für das Studieren der Duplik sowie die Korrespondenz mit dem Klienten von insgesamt 18 Minuten ist nicht zu beanstanden.

10.5.6 Ebenso wird der geltend gemachte Aufwand für das rechtliche Gehör (Erhalt Verfügung, Email von und an Klient, Schreiben an Bundesverwaltungsgericht) und für die Nachbearbeitung des Falles nach Entscheid als notwendig und angemessen erachtet. Nicht zu berücksichtigen ist das Erstellen der Honorarnote. Dabei handelt es sich um Sekretariatsarbeit, welche im Stundensatz als inbegriffen gilt (vgl. Urteil BVGer C-1893/2015 vom 4. Januar 2018 E. 8.3.1). Demzufolge erscheint für diese Zeitspanne ein Aufwand von 60 Minuten als notwendig und angemessen.

10.5.7 Der im Weiteren verlangte, detailliert ausgewiesene Auslagenersatz von insgesamt Fr. 120.10, welcher sich aus Fotokopien von Fr. 61.50 (123 Kopien à Fr. 0.50), Porti von 42.90 und Telefonkosten von Fr. 15.70 (Telefon) zusammensetzt, ist nicht zu beanstanden.

10.5.8 Das Anwaltsbüro Simonius & Partner ist gemäss Register mehrwertsteuerpflichtig. Ein MWST-Zuschlag ist stets zuzusprechen, unabhängig vom Wohnsitz und der Vorsteuerabzugsberechtigung der Partei bei der unentgeltlichen Vertretung durch einen mehrwertsteuerpflichtigen Vertreter. Da jedoch der subsidiäre Anspruch auf eine Entschädigung aus der mit Zwischenverfügung vom 17. Oktober 2018 bewilligten unentgeltlichen Rechtsverteidigung entfällt (vgl. E. 10.2) und die Parteientschädigung durch die Vorinstanz zu leisten ist, ist die Mehrwertsteuer infolge Wohnsitz des Beschwerdeführers im Ausland nicht geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20] und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Die fakturierte Mehrwertsteuer von Fr. 383.98 ist daher nicht zu berücksichtigen.

10.6 Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit der vorliegend zu beurteilenden Fragen ist somit ein Aufwand von 920 Minuten (15.33 Stunden) angemessen. Der geltend gemachte Gesamtaufwand von 19.47 Stunden ist demnach um 4.13 auf 15.33 Stunden zu reduzieren. Als Stundenansatz ist - wie in der Honorarnote angegeben - von Fr. 250.- auszugehen, womit ein Honorar von aufgerundet Fr. 3'833.35 resultiert. Inklusive der Auslagen, aber ohne Mehrwertsteuer, resultiert eine Parteientschädigung von Fr. 3'953.45 (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE). Die Parteientschädigung ist von der Vorinstanz nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu leisten. (Dispositiv nächste Seite)

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