

# **BVGer C-4967/2014 vom 3. Oktober 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-10-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4967\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4967_2014)

FR: TAF C-4967/2014 du 3 octobre 2016

IT: TAF C-4967/2014 del 3 ottobre 2016

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [Verwaltungsverfahrensgesetz; VwVG; SR 172.021]; BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

### **E. 1.3**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formell-rechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.4**

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG; act. 71). Als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2014 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Es

ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

### **E. 2.1**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein 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. 2.2**

Der Beschwerdeführer war vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt als Grenzgänger für die B. \_\_\_\_\_ AG in (...) als Kranführer erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in (...) (Deutschland). Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle AG für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung sowie die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

### **E. 3**

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren dem Grundsatz nach anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

#### **E. 3.1**

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreiten oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

#### **E. 3.2**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. hierzu z.B. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit

1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.3**

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

### **E. 3.4**

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2; BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbeschrieben alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

### **E. 3.5**

Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten zusätzliche Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung BGE 134 I 140 E. 5.3; BGE 124 V 90 E. 4b zum Ganzen: Urteil des BGer 8C\_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

### **E. 3.6**

Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verwaltungsverfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zurzeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. Ausnahmsweise kann das Gericht aus prozessökonomischen Gründen auch die Verhältnisse nach Erlass der Verfügung in die richterliche Beurteilung miteinbeziehen und zu deren Rechtswirkungen über den Verfügungszeitpunkt hinaus verbindlich Stellung beziehen. Eine solche Ausdehnung des richterlichen Beurteilungszeitraums ist indessen nur zulässig, wenn der nach Erlass der Verfügung eingetretene, zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache ab jenem Zeitpunkt führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt ist und die Verfahrensrechte der Parteien, insbesondere der Anspruch auf rechtliches Gehör, respektiert worden ist (BGE 130 V 138 E. 2.1).

### **E. 3.7**

Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit und wohnt in Deutschland, sodass 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). Das Freizügigkeitsabkommen 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 lit. 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 vorsehen. 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 (2. Juli 2014) 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) 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 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. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder

sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung 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).

### **E. 3.8**

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen. Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 2. Juli 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (2. Juli 2014) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

### **E. 4**

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 2. Juli 2014 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

### **E. 5.1**

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

verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

## **E. 5.2**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1).

## **E. 5.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind.

## **E. 5.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend gegeben. Nach der Rechtsprechung des EVG stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

### **E. 5.5.1**

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, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

### **E. 5.5.2**

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 125 V 352 E. 3a). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

### **E. 5.5.3**

Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung.

Versicherungsinterne Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der medizinische Dienst für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C\_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum

Versicherungsträger steht, lässt indes nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

#### **E. 5.6**

Vorliegend hat die Vorinstanz gestützt auf das Gutachten der Dres. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_, mit Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, das Rentengesuch des Beschwerdeführers mit der Begründung abgewiesen, es bestehe wohl aus rheumatologischer Sicht eine 100 % und aus psychiatrischer Sicht eine 80 % Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit; jedoch könne die gutachterlich festgelegte Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit um 20 % aus IV-rechtlicher Sicht nicht übernommen werden. Es sei weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Erwerbstätigkeiten auszugehen. Somit liege ein IV-Grad von 20 % vor, weshalb kein Rentenanspruch bestehe. Der Beschwerdeführer beanstandet hingegen, dass die Vorinstanz nicht auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ abgestellt habe, wonach eine 80 % Arbeitsfähigkeit festgestellt worden sei. Zudem habe die Vorinstanz keinen leidensbedingten Abzug beim Invalideneinkommen vorgenommen.

#### **E. 5.7**

Vorab ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer während 128 Monaten Beiträge an die AHV/IV geleistet und somit die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren erfüllt hat (IV-act. 54). Zu überprüfen bleibt die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

#### **E. 5.8**

Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2014 stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf das der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (IV-Stelle AG-act. 104) zugrunde liegende bidisziplinäre psychiatrische und rheumatologische Gutachten der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ (IV-Stelle AG-act. 103, 102.1). Die entsprechenden Berichte sowie weitere medizinische Dokumente sind - soweit erforderlich - zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

#### **E. 5.8.1**

Im Austrittsbericht der G. \_\_\_\_\_ vom 5. Mai 2011 (IV-Stelle AG-act. 22; 75, S. 17; 83, S. 6; IV-act. 31) wurden anlässlich des stationären Aufenthalts vom 4. bis 15. April 2011 folgende Diagnosen gestellt: Wurzelkompression L4 links (Psoas- und Quadrizepsparese links) bei grosser breitbasig linksbetonter weit nach kaudal luxierter Diskushernie und LWK 3/4 mit Lumbofemoralgie links. Zusammengefasst wurde ausgeführt, der Versicherte habe sich vom 4. bis 15. April 2011 wegen erstmalig aufgetretener, seither persistierender, progredienten, zuletzt exazerbierten Lumbofemoralgie links in der Klinik aufgehalten. Er sei nach einer konservativen Behandlung unter anderem mit anfänglich konsequenter Entlastungslagerung, analgetischer Kombinationsmedikation symptomorientierter Physiotherapie und flankierend-physikalischen Massnahmen praktisch schmerzfrei (anhaltend, ohne analgetische Medikation), zunehmend mobil und arbeitsunfähig entlassen worden.

### **E. 5.8.2**

Im Arztbericht zuhanden der Allianz Suisse Versicherung vom 29. November 2011 (IV-Stelle AG-act. 88, S. 4 - 10) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, anlässlich der Untersuchung vom 9. November 2011 die Diagnosen Osteochondrose der LWS und Diskushernie LWK 3/4 auf und gab zusammengefasst an, der Versicherte habe sich von der Folgen der Wurzelkompression L4 mit Psoas- und Quadrizeps Parese links weitgehend erholt. Es finde sich eher eine Reizung im Segment L5/S1. Die Beschwerden des Patienten seien keinesfalls dauernd vorhanden und wechselten die Lokalisation. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ befand den Versicherten im bisherigen Beruf als Kranführer/Bauarbeiter zu 100 % arbeitsunfähig. Nach einer Einarbeitungsphase seien mit reduziertem Arbeitsumfang adaptierten Arbeiten voll zumutbar, d.h. leichte, körperlich nicht stark belastende Arbeiten, ohne häufiges Heben und Tragen von Gewichten über 5 kg, mit wechselseitiger beruflicher Tätigkeit.

### **E. 5.8.3**

Nach Würdigung der Arztberichte (E. 5.8.1 und E. 5.8.2) führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 19. resp. am 23. Januar 2012 (IV-Stelle AG-act. 21 und 23) aus, anhand der vorliegenden Akten kämen körperlich belastende Bau-Tätigkeiten andauernd nicht mehr in Frage. Der Versicherte sei spätestens ab November 2011 für angepasste leichte Tätigkeiten 100 % Arbeitsfähigkeit.

### **E. 5.8.4**

Im ärztlicher Entlassungsbericht des I. \_\_\_\_\_ GmbH (IV-Stelle AG-act. 65, S. 5 - 15; 75; 83 S. 15 bis 23; IV-act. 35) vom 10. September 2012 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung, welcher von Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, physikalische und rehabilitative Medizin, Sportmedizin, Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, Rheumatologie und Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Stationsarzt unterzeichnet worden war, wurden die Diagnosen rezidivierende Thorakolumboischialgie bds. li. grösser als rechts bei bekanntem Bandscheibenvorfall L3/L4, L5/S1, Bandscheibenprotrusion L4/5, rezidivierende Zervikobrachilgie bds. bei Zustand nach HWS-Schleudertrauma, rezidivierende Gonalgie beidseits, rechts mehr als links bei Chondropathia patellae rechts, Ganglion linkes Handgelenk (M67.4) und psychovegetativer Erschöpfungszustand mit depressiver Episode aufgeführt. Im psychologischen Bericht wurde die Diagnose F33.0 leichte Depression genannt und angegeben, der Versicherte habe multiple Verluste erlitten. Bedingt durch den Krieg in Jugoslawien seien ihm nahestehende Menschen gestorben. Durch den Verlust seiner Arbeit könne er nicht mehr für seine Familie sorgen. Darunter leide sein Selbstwertgefühl; es deprimiere ihn. Die Aufnahme einer Psychotherapie werde empfohlen.

### **E. 5.8.5**

Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Leiterin der neurochirurgischen Ambulanz des Universitätsklinikums (...), nannte in ihrem Ambulanzbrief vom 12. Oktober 2012 (IV-Stelle AG-act. 65, S. 3 f.; 83, S. 9; IV-act. 33) die Diagnosen ausgedehnter sequestrierter Bandscheibenvorfall LW 3/4 links, Bandscheibenprotrusionen LW 4/5 und LW 5/SW1, bds. linksbetonte Lumboischialgien bzw. belastungsabhängige radikuläre Hypästhesien, multilokuläre Wirbelsäulenschmerzen und Knieschmerzen und führte zusammengefasst aus, der Versicherte habe sich mit vielfältigen Beschwerden vorgestellt. Im Vordergrund stehe eine linksbetonte Lombago und eine linksseitige Lumboischialgie mit Ausstrahlung bis in die

Ferse; bei Belastung zunehmend. Es solle dringend ein MRT der LWS durchgeführt werden und dann über eine operative Entfernung bei möglicherweise weiter bestehendem grossem Bandscheibenvorfall zu entscheiden. Der Versicherte sei weiterhin arbeitsunfähig. Im Bericht vom 7. November 2012 (IV-Stelle AG-act. 75, S. 3; 83, S. 8; IV-act. 34) wiederholte Dr. med. M.\_\_\_\_\_ die bereits genannten Diagnosen und führte ergänzend aus, der Versicherte habe sich wie empfohlen mit neu angefertigtem MRT der LWS vorgestellt. Klinisch gehe es ihm inzwischen deutlich besser; die Beschwerden träten hauptsächlich bei Wetteränderung, bzw. nach längerem Sitzen auf mit beidseitiger Ausstrahlung in die Beinrückenseiten, zum Teil krampfartig. Eine Notwendigkeit für einen neurochirurgischen Eingriff ergebe sich derzeit nicht.

#### **E. 5.8.6**

Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, spezielle Schmerztherapie, Chirotherapie und Sportmedizin führte in seinem Arztbericht vom 22. Oktober 2012 (IV-Stelle AG-act. 65, S. 1 f.; 83 S. 13 f.) unter Verwendung der Diagnosecodes ICD-10 folgende Diagnosen auf: HWS-Distorsion (S13.4), Cervikobrachialgie bds. (M53.1), cervikogener Kopfschmerz (G44.8), Spondylarthrose (M47.82), Uncovertebralarthrose (M47.89), segmentale Funktionsstörungen (M99.89), Atlas links, C 3-6, chronische Schmerzen (F45.41 G), Lumboischialgie bds. (M54.4 G), pseudoradikuläres Schmerzsyndrom (M47.22 G), Ganzkörperschmerz (R53.2 G), somatoforme Schmerzstörung (F45.40 G), Schlafstörung (F51.9 G), Kranker in der Familie (Z63 G), Stress (F43.2 G) und physischer Stress durch Arbeit (Z56 G). Zusammengefasst wurde angegeben, die Probleme seien nicht im somatischen Bereich; von einer Operation sei dringend abzuraten. Es sei für den Versicherten von Vorteil, wenn er eine leichte Tätigkeit auch nur zeitweise ausüben könnte, auch um damit sein ihm sehr stark belastendes häusliches Umfeld wenigstens für einige Stunden am Tag zu verlassen. Aus orthopädischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

#### **E. 5.8.7**

Im Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Fachärztin für psychosomatische Medizin/Psychotherapie (IV-Stelle AG-act. 75, S. 2; 83, S. 4; IV-act. 32) vom 12. März 2013 wurden die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40 G) mit multiplen Abnützungserscheinungen des Bewegungsapparates sowie ausgeprägte reaktive depressive Entwicklung (F32.2 G) in Verbindung mit tiefeingreifenden, belastenden sozialen und familiären Lebensereignissen gestellt. Zusammengefasst wurde ausgeführt, auf Grund der chronischen Bewegungseinschränkungen und Schmerzen, die mit den Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates vorlägen, und im Zusammenhang mit der Schwere der depressiven und somatoformen Symptomatik im Kontext der Lebensbelastungen, sowie der Erfahrung mit der Ohnmacht und des sozialen Abstiegs durch die Erkrankung habe sich eine Chronifizierung der Störung entwickelt, die auch durch psychotherapeutische Intervention nur begrenzt beeinflussbar sei. Aus psychosomatisch-psychotherapeutischer Sicht sei eine baldmöglichste Berentung dringend angezeigt.

#### **E. 5.8.8**

Nachdem der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in die oben angeführten Berichte Einsicht genommen hatte, führte er in seiner Beurteilung vom 4. April 2013 (IV-Stelle AG-act. 76, S. 2 bis 5) aus, eine körperlich belastende (Bau-)Tätigkeit komme andauernd nicht mehr in Frage. Angesichts der zwischenzeitlich bereits eingetretenen chronischen Schmerzkrankheit

sei zur Festlegung der medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit für angepasste leichte Tätigkeiten ein bidisziplinäres rheumatologisch-orthopädisches und psychiatrisches Gutachten erforderlich.

### **E. 5.8.9**

Im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung vom 6. November 2013 zogen die untersuchenden Ärzte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Innere und Manuelle Medizin und Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie / Psychotherapie für Erwachsene sämtliche vorhandene medizinische Berichte heran, unter anderem die medizinischen Unterlagen und Unfallberichte der SUVA (IV-Stelle AG-act. 18, 19; SUVA-act. 1 - 53), die Arztberichte und Röntgenunterlagen des Zentrums für Radiologie von 2010 bis 2013 (IV-Stelle AG-act. 86, S. 26; 88, S. 18; 90, S. 3 f.); die orthopädischen Berichte der Praxis P.\_\_\_\_\_, der Dres. Q.\_\_\_\_\_, und R.\_\_\_\_\_ (IV-Stelle AG-act. 86, S. 26; 88, S. 12, 19; 16) sowie der Orthopäden Dres. med. S.\_\_\_\_\_ (IV-act. 36) und T.\_\_\_\_\_ (IV-Stelle AG-act. 83, S. 5) und den neurologischen Bericht von Dr. med. U.\_\_\_\_\_ zuhanden der SUVA vom 12. April 2010 (SUVA-act. 46). Ebenso wurden die Arztberichte und Bescheinigungen der Dres. med. V.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, Fachärzte für Allgemeinmedizin (IV-Stelle AG-act. 17; 29; 33; 83, S. 1 bis 3, 23 f., 28) sowie die bereits unter E. 5.8.1 und E. 5.8.2 sowie in E. 5.8.4 bis E. 5.8.7 aufgeführten Berichte ausgewertet. In der Folge wurde ein bidisziplinäres psychiatrisches und rheumatologisches Gutachten erstellt (IV-Stelle AG-act. 102.1, 103) und Folgendes festgehalten:

#### **E. 5.8.9.1**

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Status nach vorübergehender radikulärer Reizsymptomatik L 4 links mit Iliopsoas- und Quadrizepparese links bei grosser breitbasiger nach kaudal luxierter Diskushernie L 3/4 links. Dauer der radikulären Reizung März 2011 bis ca. Mai 2011. Resorption des im CT vom 28. März 2011 noch sichtbaren Sequesters L 3/4 auf eine persistierend linksseitige dorsomediane Protrusion L 3/4, Osteochondrosen L 3/4, L 4/5 und L 5/S1; chronisches zervikovertebrales Syndrom mit degenerativen Veränderungen, Status nach HWS-Distorsion am 25. September 2008; Radiocarpalarthrose links mit wahrscheinlich Status nach alter Fraktur im Scaphoid und alter Läsion des scapholunären Ligamentes. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Dilatation der Aorta ascendens sowie eine Chondrocalcinose. In seiner Beurteilung führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zusammengefasst aus, der Versicherte habe ohne sichtliche Beeinträchtigung von der Wartezone ins Untersuchungszimmer kommen und sich ausziehen können. Die HWS sei altersentsprechend normal beweglich, auch Reklination und Rotation in Extremstellungen liessen keine Brachialgien triggern. Die Kraft und Sensibilität wie auch die Reflexe seien normal; eine radikuläre Symptomatik liege nicht vor. Sowohl die BWS als auch die LWS seien ein Drittel eingeschränkt, was bei einer Rundrückenkomponente, resp. im Sinne eines Hohlkreuzes normal sei. An der linken Hand lägen eine Handgelenksarthrose mit entsprechender Beeinträchtigung der Beweglichkeit mit jeweils Endphasenschmerz in allen Bewegungsrichtungen vor. Eine relevante muskuläre Atrophie bestehe hingegen nicht. An den unteren Extremitäten fehlten radikuläre Zeichen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht betrage im angestammten Beruf als Bauarbeiter und Kranführer 0 %, in einer adaptierten Verweistätigkeit 100 %, wobei diese eine körperlich

leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit umfasse, bei welcher der Versicherte nicht dauernd nur sitzen, stehen oder in Zwangsstellungen wie dauernd gebückt, repetitiv sich bückend, mit inklinierter oder reklinierter HWS arbeiten müsse. Er könne mit der linken Hand repetitiv bis 10 kg, vereinzelt bis 15 kg heben, stossen oder ziehen. Dr. med.

F.\_\_\_\_\_ ging von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 4. April 2011 bis zum 29. November 2011 in jeglicher Tätigkeit aus. Danach sei eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit wieder vollumfänglich möglich gewesen. Demgemäss bestehe ab dem 29. November 2011 in einer leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

#### **E. 5.8.9.2**

In psychiatrischer Hinsicht stellte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen: leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Zusammengefasst wurde dargelegt, der Versicherte habe über Freudlosigkeit, häufige Müdigkeit und auch über eine depressive Grundstimmung berichtet, andererseits habe er über mehrere Interessen (Sportsendungen schauen, Zeitungen lesen) berichten können, sodass keinerlei Interesse- oder Lustlosigkeit bestehe, die anhaltend oder dominant sei. Eine Antriebsminderung werde von ihm nicht erlebt. Insofern zeigten seine subjektiven Angaben, dass es sich hier um eine sehr milde Affektpathologie handle, die maximal als leichte depressive Episode verstanden werden könne. Im objektiven Status zeige der Versicherte ebenfalls nur sehr wenige Hinweise für eine Affektpathologie, nämlich sehr diskrete Affektverarmung, Depressivität im Gesichtsausdruck und eine Grundstimmung, die teilweise leicht depressiv, mitunter aber auch euthym ausgefallen sei. Alle anderen Parameter zur Affektivität seien bland ausgefallen. Die leichte depressive Episode habe im Juni 2011 begonnen. Der Versicherte sei im Rahmen seiner körperlichen Einschränkungen und Schmerzen depressiv dekomponiert. Zur leichten depressiven Episode könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Es bestehe eine emotionale Belastung und mit der offensichtlich engen finanziellen Situation auch eine psychosoziale Belastung. Andere psychiatrische Diagnose-Entitäten lägen nicht vor. Insbesondere können keinerlei Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Zu den Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht äusserte sich Dr. med. D.\_\_\_\_\_ dahingehend, dass bei der leichten depressiven Episode qualitative Funktionseinbussen in der Höhe von 20 % attestiert werden könnten; dabei sei eine gewisse Müdigkeit und eine leicht reduzierte psychische Belastbarkeit berücksichtigt. Unter Würdigung der Foerster-Kriterien gab Dr. med. D.\_\_\_\_\_ zur somatoformen Schmerzstörung an, es lägen eine leichte psychiatrische Co-Morbidität sowie nur unspezifische körperliche Erkrankungen vor. Es sei nicht zu einem sozialen Rückzug in sämtlichen Lebensbereichen gekommen, zumal der Versicherte zu allen Familienmitgliedern regelmässige und intakte Beziehungen pflege. Die Körperschmerzen beständen seit 2008 nach dem Verkehrsunfall (Nacken- und Kopfschmerzen). Somit sei ein Teil der Foerster-Kriterien erfüllt; dem Versicherten sei grösstenteils eine aktive Willensleistung zumutbar, um seine Körperschmerzen zu überwinden. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht betrage seit Juni 2011 sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit 80 %.

#### **E. 5.8.9.3**

Anlässlich der Konsensbesprechung vom 6. November 2013 (IV-act. 102.1, S. 28) kamen die Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ zum Ergebnis, dass beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht seit Juni 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in jeglicher Tätigkeit

gelte. Interdisziplinär sei davon auszugehen, dass vom 4. April 2011 bis 29. November 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf jegliche Tätigkeit bestanden habe. Ab dem 4. April 2011 habe zudem auf Dauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Bauarbeiter und Kranführer bestanden. Ab dem 29. November 2011 habe in einer Verweistätigkeit eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, wobei diese 20 % Einschränkung durch das Gebiet der Psychiatrie zustande komme. Diese 80%ige Arbeitsunfähigkeit in der definierten Verweistätigkeit habe ab dem 29. November 2011 bis heute und auch weiterhin bestanden.

#### **E. 5.8.10**

Nachdem das bidisziplinäre Gutachten dem RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ unterbreitet wurde, äusserte sich dieser in seiner Beurteilung vom 2. Dezember 2013 (IV-act. 104) mit Verweis auf seine Berichte vom 19. und 23. Januar 2012 sowie vom 4. April 2013 dahingehend, dass angepasste leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne häufiges Heben und Tragen von Gewichten von mehr als 5 kg, ohne stereotype Körperhaltungen oder Tätigkeiten in schwierigem unebenem Gelände nach einer (beruflichen) Einarbeitungsphase mit reduziertem Arbeitsumfang voll zumutbar seien. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer bzw. gesamtmedizinischer Sicht stellte er auf das Gutachten der Dres. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ ab und gab an, eine Arbeitsfähigkeit von 80 % sei für angepasste leichte wechselbelastende Tätigkeiten schlüssig und nachvollziehbar.

#### **E. 5.9.1**

Bei den Stellungnahmen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (RAD-Arzt) handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV siehe Urteil des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidungsrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 5.5.3 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

#### **E. 5.9.2**

Vorliegend veranlasste der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ eine bidisziplinäre rheumatologisch-orthopädische und psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers in der Schweiz, welche von den Gutachtern Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ am 6. November 2013 vorgenommen wurde. Die beiden Ärzte führten in ihren Gutachten unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Unterlagen, der Berichte der Berufsberatung, der Eingliederung und der Unfallakten der SUVA die Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers in chronologischer Reihenfolge auf, stellten eine umfassende Anamnese und machten ausführliche Angaben zum Krankheitsverlauf. Die eingesehenen Berichte wurden im Einzelnen zusammengefasst und einer Würdigung unterzogen. Zu den widersprüchlichen Angaben in den Arztberichten und den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wurde Stellung genommen. Die Gutachter begründeten sowohl ihre Einschätzungen als auch die Schlussfolgerungen. Anzumerken ist, dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 11. November 2013 (IV-act. 103, S. 2) angab, der Versicherte

habe sich am 31. März 2004 bei der IV-Stelle AG angemeldet. Gemäss deren Schreiben vom 10. Juni 2016 (act. 8, Beilage 1) liegt jedoch für diesen Zeitpunkt kein Leistungsgesuch vor. Die Anmeldung erfolgte tatsächlich erstmalig am 19. Dezember 2011 (Eingangsdatum). Zum Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ist hinzuzufügen, dass er wohl umfassende Diagnosen stellte, jedoch keine ICD-10 Codes verwendete (IV-act. 102.1, S. 22). Im Weiteren verfügt er als Facharzt für Rheumatologie, Innere und Manuelle Medizin nicht über einen Facharzttitel der Orthopädie. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist jedoch eine orthopädische Untersuchung verzichtbar, bilden doch (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C\_320/2015 vom 25. August 2015 E. 3.3.3). Da Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine allumfassenden Untersuchung des Beschwerdeführers durchgeführt, in seinem rheumatologischen Gutachten auch zu sämtlichen orthopädischen Arzt- und Röntgenberichten Stellung genommen und so dem Leiden des Versicherten Rechnung getragen hat, ist diesbezüglich sein Gutachten nicht zu beanstanden. In den Akten finden sich indessen auch Hinweise auf neurologische Beeinträchtigungen. So gab beispielsweise der Versicherte am 28. Januar 2010 auf der Agentur der SUVA an, seit dem Unfall an 2 - 3 Tagen pro Woche unter starken Kopfschmerzen zu leiden. Gelegentlich trete auch Schwindel auf (Bericht der SUVA Aarau, SUVA-act. 26). Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte dazu in seinem Bericht vom 12. April 2010 zuhanden der SUVA aus, es bestehe einerseits sicher eine cervikogene Form, daneben könnte zusätzlich noch eine Migräne im Spiel sein; ca. einmal pro Woche trete ein heftiger Schmerz auf, welcher mit Nausea bis zum Erbrechen einhergehe (SUVA-act. 46, S. 4). Gemäss dem Austrittsbericht der G. \_\_\_\_\_ Klinik vom 5. Mai 2011 (IV-Stelle AG-act. 22; 75, S. 17; 83, S. 6; IV-act. 31) wurde der Beschwerdeführer nach einer neurologischen Abklärung und konservativen Behandlung schmerzfrei, zunehmend mobil, jedoch arbeitsunfähig entlassen. Psychische Probleme waren gemäss dem Arztbericht von Dr. Q. \_\_\_\_\_ vom 30. November 2011 zuhanden der Allianz Suisse Versicherung zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt (IV-Stelle AG-act. 9, S. 18). Der Versicherte führte zu seiner psychischen Verfassung anlässlich der Begutachtung vom 6. November 2013 durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, dass er sich seit der Arbeitsaufgabe im Juni 2011 depressiv und niedergeschlagen fühle (IV-Stelle AG-act. 103, S. 9). Dr. med. M. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 5.8.5) erwähnte im Ambulanzbrief vom 12. Oktober 2012, welchen er aufgrund neurologischer Abklärungen erstellte, keine Kopfschmerzen. Im Arztbericht vom 26. Juli 2013 von Dr. med. X. \_\_\_\_\_ wurde hingegen ausgeführt, der Versicherte leide unter Schmerzen im Nacken und Hinterkopf mit Übelkeit und zudem unter Sehstörungen bei schlechtem Wetter (IV-act. 46, S. 3). Die Ausführungen der Ärzte bleiben unberücksichtigt, denn weder Dr. med. F. \_\_\_\_\_ noch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gingen anlässlich der interdisziplinären Untersuchung am 6. November 2013 in ihren Beurteilungen auf dieses Beschwerdebild und die diesbezüglich geklagten Leiden des Beschwerdeführers ein. Ob die Kopfschmerzen und der Schwindel mit Erbrechen in einem Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung stehen und inwieweit sie die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen, ist fraglich. Fest steht jedoch, dass der Versicherte bereits seit dem Verkehrsunfall im Jahr 2008 darunter litt und zu diesem Zeitpunkt keine Hinweise auf eine psychische resp. psychosomatische oder somatoforme Problematik vorlagen. Bei dieser Ausgangslage ist eine neurologische Teilbegutachtung angezeigt.

### **E. 5.9.3**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat in seinem psychiatrischen Gutachten vom 6. November 2013 aufgrund des Vorliegens der somatoformen Schmerzstörung die Förster-Kriterien separat gewürdigt und ausgeführt, dem Versicherten sei grösstenteils eine aktive Willensanstrengung zumutbar, um seine Körperschmerzen zu überwinden. Jedoch hat das Bundesgericht in einem jüngst ergangenen Grundsatzentscheid (BGE 141 V 281) 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-Ausnahmehmodell (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 Eruiierung 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. 5.9.4**

Zwar hatten die Ärztinnen und Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substanziell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahin gehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und - in der Folge - Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des BGer 8C\_10/2015 vom 5.

September 2015 E. 4.2).

### **E. 5.9.5**

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung 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. 5.9.6**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat in seinem psychiatrischen Gutachten ausgeführt, es läge eine leichte psychiatrische Co-Morbidität und nur unspezifische körperliche Erkrankungen vor; es sei nicht zu einem sozialen Rückzug in sämtlichen Lebensbereichen gekommen, zumal der Versicherte zu allen Familienmitgliedern regelmässige und intakte Beziehungen pflege. Die Körperschmerzen beständen seit 2008 nach dem Verkehrsunfall (Nacken- und Kopfschmerzen), beziehungsweise seit 2011 (lumbale Rückenschmerzen). Ein Teil der Försterkriterien sei erfüllt (IV-Stelle AG-act. 103, S. 15). Nach der neuesten Rechtsprechung bedarf es in diesem Zusammenhang allerdings einer Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Diesen Anforderungen wird das psychiatrische Gutachten nicht gerecht. Zudem erlauben die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorliegenden Akten keine schlüssige Beurteilung im Lichte der Beurteilungsindikatoren gemäss BGE 141 V 281.

### **E. 5.9.7**

Das rheumatologische sowie das psychiatrische Gutachten sind insofern nicht umfassend, als sie ungenügende Angaben zu Schwere und Ausprägung der erhobenen objektiven Befunde machen, keine Abgrenzung zwischen gesundheits- und gegebenenfalls durch psychosoziale Umstände bedingten Funktionseinschränkungen vornehmen und auch ungenügende Aussagen zu den gegebenenfalls vorhandenen persönlichen Ressourcen und zur Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der massgeblichen Befunde enthalten. Nach dem Gesagten steht fest, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der medizinischen Beweismittel, wie sie der Vorinstanz im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2014 vorlagen, nicht schlüssig beurteilen lassen.

### **E. 6.1**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der relevante medizinische Sachverhalt nicht allseitig abgeklärt wurde, sodass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Vorliegend sind ergänzende Expertisen im Fachbereich der Neurologie geboten und unter

Berücksichtigung aller relevanten Gesundheitsschädigungen im Rahmen einer gesamthaften Prüfung unter Anwendung des gemäss der bundesgerichtlichen Praxisänderung im Bereich der psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281) erforderlichen strukturierten Beweisverfahrens die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermitteln. Ob daneben auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

## **E. 6.2**

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Fragen nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Würde eine mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen.

### **E. 6.3.1**

Die Vorinstanz zog im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2014 das der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (IV-Stelle AG-act. 104) zugrunde liegende bidisziplinäre psychiatrische und rheumatologische Gutachten der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ heran, ohne jedoch die gutachterlich festgelegte Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit um 20 % in einer adaptierten Tätigkeit zu übernehmen. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter widerspreche der Rechtsprechung des Bundesgerichts, nach welcher selbst mittelgradige und sogar kurzzeitig schwere depressive Episoden regelmässig nicht als andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens zu betrachten seien, welche es den betroffenen Personen verunmöglichen würde, die Folgen einer bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Bei der IV-rechtlichen Beurteilung der invalidisierenden Wirkung psychischer Gesundheitsschäden dürfe nicht einfach auf die ärztlichen - selbst gutachterlich attestierten - Einschätzungen abgestellt werden, zumal der Invaliditätsbegriff rechtlicher Natur sei.

### **E. 6.3.2**

Bereits nach der bisher geltenden (vor BGE 141 V 281) Rechtsprechung zählten depressive Störungen nicht zu den unklaren Beschwerdebildern. Danach war nicht von einem syndromalen Beschwerdebild auszugehen, wenn die depressive Erkrankung nicht bloss als eine Begleiterscheinung eines psychogenen Schmerzgeschehens, sondern als ein selbstständiges, davon losgelöstes Leiden erschien; bereits nach dieser (bisherigen) Rechtsprechung galt eine zuverlässig diagnostizierte, die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigende depressive Störung nicht als überwindbares Beschwerdebild (Urteil des BGer 8C\_14/2014 vom 30. April 2014 E. 4.2.5). Demgegenüber hatte nach dieser Rechtsprechung die depressive Erkrankung invaliditätsrechtlich keine weitergehende Bedeutung, wenn eine somatoforme Schmerzstörung oder ein anderes psychosomatisches

Leiden (vgl. dazu KSIH Rz. 1017.4 1/14) und eine depressive Erkrankung im Sinne einer blossen Begleiterscheinung zum unklaren Beschwerdebild vorlag (Urteile des BGer 9C\_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1; 9C\_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2). Liegen ein syndromales Leiden und eine depressive Erkrankung vor, und ist die depressive Erkrankung als selbstständiges Leiden, losgelöst vom unklaren Beschwerdebild, anzusehen, so waren bereits nach der bisherigen Rechtsprechung in erster Linie die fachärztlichen Feststellungen des Gesundheitszustandes und der Arbeitsunfähigkeit massgeblich (Urteile des BGer 8C\_278/2014 vom 24. Juni 2014 E. 5.1.2; 8C\_251/2013 vom 14. Februar 2014 E. 4.2.2; vgl. dazu auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, SZS 04/2015 S. 308 ff., 312 f.). Die Vorinstanz legte in ihrer Verfügung weder die Zusammenhänge zwischen den Auswirkungen der somatischen Beschwerden und den psychischen Beeinträchtigungen dar, noch ermittelte sie, ob es sich bei der depressiven Episode des Beschwerdeführers um ein selbstständiges Leiden oder eine Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung handelt. Ihre Begründung ist demnach völlig unzureichend. Da vorliegend die Beurteilung der Auswirkungen somatoformen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit im Lichte der Beurteilungsindikatoren gemäss BGE 141 V 281 vorzunehmen ist, wird auf die Argumentation der Vorinstanz nicht weiter eingegangen.

#### **E. 7**

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 2. Juli 2014 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

#### **E. 8**

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 8.1**

Es ist zu berücksichtigen, dass eine Rückweisung praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (vgl. BGE 132 V 215 E. 6, Urteil BGer 9C\_868/2013 vom 24. März 2014 E. 6). Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG sind die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Der Beschwerdeführer hat um unentgeltliche Rechtspflege ersucht. Da er obsiegt hat, ist das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gegenstandslos. Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

##### **E. 8.2**

Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG kann die Beschwerdeinstanz der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen.

##### **E. 8.3**

Die Parteientschädigung umfasst dabei die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE das Anwaltshonorar (lit. a), den Ersatz der Auslagen (lit. b) und der Mehrwertsteuer (lit. c), wobei Letztere nur dann geschuldet ist, wenn die zu entschädigende Partei Wohnsitz oder Sitz in der Schweiz hat (vgl. dazu Urteile des BVGer C-3362/2013 vom 29. Februar 2016 E. 11.2, C-3800/2012 vom 27. Mai 2014, C-7742/2009

vom 9. August 2012 E. 7.2, C-6248/2011 vom 25. Juli 2012 E. 12.2.5 m.w.H. und C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen (Art. 10 Abs. 1 VGKE), wobei der Stundensatz für Anwälte und Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- beträgt (Art. 10 Abs. 2 VGKE).

#### **E. 8.4**

Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.- exklusiv Mehrwertsteuer, die aufgrund des Wohnsitzes des Beschwerdeführers im Ausland nicht geschuldet ist [vgl. vorstehende E. 8.3]) gerechtfertigt.

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