

BVGer C-7435/2016 vom 24. September 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7435_2016

FR: TAF C-7435/2016 du 24 septembre 2018

IT: TAF C-7435/2016 del 24 settembre 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. 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 es die einzelnen Sozialversicherungsgesetze vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a-26bis und 28-70), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG sowie Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2016 (act. 75) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss von Fr. 800.- fristgerecht geleistet wurde (B-act. 9), ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 27. Oktober 2016 (act. 75), mit welcher die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 9 % abgewiesen hat. Mit Blick auf die Haupt- und Eventualbegehren des Beschwerdeführers anlässlich der Beschwerde vom 1. Dezember 2016 (B-act. 1) sowie der ergänzenden Replik vom 31. Mai 2017 (B-act. 17) ist streitig und zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine IV-Rente hat und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 1.5

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG). Die Frage einer allfälligen Verletzung des Gehörsanspruchs prüft das Bundesverwaltungsgericht grundsätzlich nicht nur aufgrund von Parteibegehren und im Rahmen von gestellten Rechtsbegehren, sondern auch von Amtes wegen. Anlass zur Aufhebung eines Entscheides von Amtes wegen geben indessen nur Verletzungen wesentlicher Verfahrensvorschriften (BGE 120 V 357 E. 2a; SVR 1999 UV Nr. 25 S. 75 E. 1a).

E. 2

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren weiter anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer verfügt über die deutsche Staatsbürgerschaft 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). 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 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

E. 2.2

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (27. Oktober 2016) 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. 2.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 27. Oktober 2016 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); 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.

E. 2.4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.5 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (act. 9), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt war resp. ist.

E. 2.5

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, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, 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. 2.6

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG so-wie 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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). 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, ab-wenden 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

E. 2.7

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG 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 ist vorliegend gegeben (vgl. Art. 7 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (bis Ende Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.8

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG). Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können - insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente - Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu

berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und an-hand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

E. 3

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2016 betreffend den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit insbesondere auf die beiden Gutachten der Dres. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie, vom 29. September 2015 (act. 48 S. 1 bis 17), und E._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 30. September 2015 (act. 49 S. 1 bis 29) und deren Ergänzungen vom 30. November 2015 (act. 54 S. 2 und 3) und 15. Juli 2016 (act. 70). Weiter dienten der Vorinstanz als Entscheidungsbasis die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin, vom 8. Dezember 2015 (act. 56) und 20. Juli 2016 (act. 71) sowie die Beurteilung von Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD vom 19. Oktober 2016 (act. 72). Diese Expertisen und Stellungnahmen sind im Folgenden teilweise zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen. Dasselbe gilt auch für weitere ärztliche Dokumente, welche nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2016 verfasst wurden und rückwirkend Bezug auf den bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden Gesundheitszustand nehmen, mit dem Streitgegenstand in engem Zusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung zu beeinflussen (BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b). Anhand dieser medizinischen Akten ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen (befristeten oder unbefristeten) Rentenanspruch hat resp. ob die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG (vgl. zum kumulativen Charakter von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG bspw. Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1) und Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt sind (vgl. E. 2.7 hiavor).

E. 3.1.1

Dr. med. D. _____ führte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 29. September 2015 zusammengefasst aus, im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung hätten keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden können. Hinweise auf eine Aggravation lägen nicht vor. Die ambulante Psychotherapie sei adäquat und deren Intensität genügend. Allerdings sollte der Versicherte das schlafanstossende Antidepressivum am Abend und nicht am Morgen einnehmen; dies umso mehr, als er über leichte Schlafstörungen klage. Der Versicherte sehe sich auch nicht in der Lage, einer adaptierten Tätigkeit nachzugehen. Die subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich durch die psychiatrischen Befunde nicht objektivieren. Das Aktivitätsniveau habe sich seit September 2014 - ausser dass er keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehe - nicht verändert. Der Versicherte habe schon früher sozial zurückgezogen gelebt. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den Angaben der Psychiaterin, wonach alle zwei Wochen ein Gespräch stattfinde, und den Angaben des Versicherten, wonach er zwei Mal pro Woche in die Therapie gehe. Beim Versicherten könne die Diagnose einer Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21) gestellt werden. Allerdings sei zu bemerken, dass im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine eigentlichen depressiven Symptome hätten festgestellt werden können. Auch in der Alltagsgestaltung fänden sich keine Hinweise dafür, dass er unter mittelgradigen oder schweren depressiven Verstimmungen leide. Die Sorgen um die ungewisse Zukunft stünden im Vordergrund. Insgesamt sei der Versicherte durch psychopathologische Symptome nicht eingeschränkt. Es fänden sich auch keine Hinweise für zwanghaft perfektionistische oder narzisstische Persönlichkeitsanteile. In der bisherigen Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Über die in der Konsensbesprechung erarbeiteten Schlussfolgerungen betreffend die Arbeitsfähigkeit aus bidisziplinärer Sicht werde Dr. med. E. _____ in seinem Gutachten berichten (act. 48 S. 1 bis 17).

E. 3.1.2

Dr. med. E. _____ diagnostizierte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 30. September 2015 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Periarthropathia humeroscapularis rechts (mit/bei AC-Arthrose, Tendinose der Supraspinatussehne mit Verdacht auf Partialrupturen, leichter Omarthrose, degenerativen Veränderungen des Bizepsankers [SLAP-Läsion möglich] sowie einem leichten Impingement) und anamnestisch ein Lumbovertebralsyndrom (deutlich belastungsabhängige, derzeit geringe Beschwerden). Weiter führte Dr. med. E. _____ aus, in der bisherigen Tätigkeit als Gipser/Vorarbeiter bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Das Profil einer Verweisungstätigkeit umfasse Folgendes: Von Seiten der rechten Schulter bestünden Einschränkungen dahingehend, als der Versicherte nicht repetitiv über 10 kg heben, stossen oder ziehen könne. Er könne mit dem rechten Arm nicht dauernd auf oder über Schulterhöhe arbeiten. Von Seiten der Rückenproblematik würden sich keine über die Restriktionen bezüglich Schulter hinausgehenden Einschränkungen ergeben. Rein vom Rücken her wäre es möglich, bis 15 kg zu heben, zu stossen oder zu ziehen, wobei es günstig sei, wenn dies nicht repetitiv erfolgen müsste. Dominierend sei aber die Schulterproblematik. Der Versicherte wäre motiviert, wieder eine Tätigkeit, wie er sie zu leisten vermöge, aufzunehmen. Es fänden sich keine Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben und den objektiv erhobenen Befunden. Da aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, gelte die vorliegende rheumatologische Beurteilung als Gesamtbeurteilung für die Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie (act. 49 S. 1 bis 29).

E. 3.1.3

Im Rahmen der Gutachtensergänzung führte Dr. med. E. _____ am 30. November 2015 aus, in der bisherigen Tätigkeit als Gipsler und Vorarbeiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 %, geltend ab dem 3. September 2014. In einer Verweisungstätigkeit, deren Profil im Gutachten ausführlich beschrieben worden sei, bestehe ebenfalls ab dem 3. September 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. 54 S. 2 und 3).

E. 3.1.4

In seiner Stellungnahme vom 8. Dezember 2015 führte Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädie und Physikalische und Rehabilitative Medizin, aus, auf das bidisziplinäre Gutachten könne abschliessend abgestellt werden. Entgegen der gutachterlichen rheumatologischen Einschätzung werde für den Zeitraum von September bis Dezember 2014 hinsichtlich der Schulterpathologie im Sinne des Versicherten von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Eingliederungsmassnahmen seien dem Versicherten zumutbar. Dieser sehe sich auch nicht in der Lage, einer adaptierten Tätigkeit nachzugehen (Eingliederung, psychiatrisches Gutachten). Im rheumatologischen Gutachten stehe, dass der Versicherte motiviert wäre, eine Tätigkeit, wie er sie leisten könne, wieder aufzunehmen. Diese Aussage stehe im Widerspruch zu den Angaben im psychiatrischen Gutachten. Die Motivationslage erscheine inkonstant, weshalb keine weiteren beruflichen Massnahmen empfohlen würden. Die Standardindikatoren seien im Rahmen der jeweiligen Gutachten geprüft worden (act. 56).

E. 3.1.5

In seinem Attest vom 31. März 2016 führte Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, zusammengefasst aus, der Versicherte leide seit 2013 an therapieresistenten Kopfschmerzen. Diagnostisch seien neurologische Fachuntersuchungen wie "CT-Schädel und MRT-Kopf mit MR-Angiographie" im August 2015 durchgeführt worden. Beide Untersuchungen hätten keinen wegweisenden, erklärenden Befund für diese Problematik ergeben. Es seien schon verschiedene Therapie-Regime zur Behandlung der Erkrankung eingesetzt worden, wobei keines eine wirkliche Besserung gebracht habe. Der Versicherte leide gegenwärtig unter bis zu zwei schweren Migräne-Attacken am Tag, die etwa 30 Minuten dauern würden. Nur an wenigen Tagen sei er beschwerdefrei (B-act. 1 Anlage A 1).

E. 3.1.6

In ihrem fachärztlichen Attest vom 5. April 2016 stellte Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, folgende Diagnosen: Depressive Episode, mittelgradig, vor dem Hintergrund einer Persönlichkeit mit zwanghaft-perfektionistischen und narzisstischen Zügen bei Selbstwertkonflikt (ICD-10: F32.1), ein cervicobrachiales Syndrom, rechtsbetont (ICD-10: M53.1), Migräne (ICD-10: G43.0). Weiter führte sie aus, der Versicherte sei nach wie vor nicht in der Lage, Tätigkeiten von wirtschaftlichem Wert zu erledigen. Das qualitative Leistungsbild sei dahingehend eingeschränkt, als der Versicherte derzeit keine Tätigkeiten ausüben könne, die mit besonderen Anforderungen an das Konzentrationsvermögen verbunden seien. Des Weiteren seien die Ausübung von Tätigkeiten mit komplexen Aufgaben, insbesondere mit Verantwortung für andere Personen oder Maschinen, und lärm- oder staubexponierte Tätigkeiten nicht möglich. Weiter seien auch mit Wechsel- oder Nachtschicht und häufigen Ortswechseln bzw. Reisetätigkeiten verbundene Tätigkeiten und solche, die stetes Heben, Tragen und Bewegen von Lasten < 10

bis 15 kg sowie Einsätze auf Leitern und Gerüsten sowie in feuchter Luft bzw. Zugluft bedingten, nicht möglich. Die Prognose sei aufgrund der Chronifizierung der Erkrankungen nach dem bisherigen Verlauf als eher ungünstig anzusehen. Ob eine nennenswerte Verbesserung im Sinne der Wiedererlangung einer zumindest teilweisen Erwerbsfähigkeit erlangt werden könne, müsse fraglich bleiben (B-act. 1 Anlage A 2).

E. 3.1.7

In Kenntnis unter anderem des Berichts von Dr. med. J._____ von der Facharztpraxis M._____ vom 5. April 2016 (act. 67 S. 4 bis 7) führte Dr. med. C._____ in seiner Stellungnahme vom 6. Juli 2016 aus, in diesem ärztlichen Attest werde der psychosomatisch/psychiatrische Behandlungsverlauf beschrieben. Hierzu erscheine eine Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters sinnvoll und hilfreich (act. 68).

E. 3.1.8

Mit Datum vom 15. Juli 2016 machte Dr. med. D._____ geltend, im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung vom 24. September 2015 hätten keine depressiven Symptome festgestellt werden können. Die behandelnde Ärztin Dr. med. J._____ habe eine mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund einer zwanghaft perfektionistischen und narzisstischen Persönlichkeit diagnostiziert. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung habe sie aber nicht gestellt. Der soziale Rückzug sei nicht durch die depressive Störung bedingt. Bei der psychopathologischen Befunderhebung hätten die von der behandelnden Ärztin geschilderten Befunde nicht festgestellt werden können. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne somit nicht bestätigt werden. Aufgrund einer solchen könne aus versicherungsmedizinischer Sicht auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden, da es sich definitionsgemäss um ein behandelbares Leiden handle und der Versicherte nicht an einer schweren rezidivierenden depressiven Störung leide. Zusammenfassend hielt Dr. med. D._____ fest, dass er auch in Anbetracht der in der Zwischenzeit eingegangenen Akten an seiner Einschätzung gemäss seinem Gutachten festhalte. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (act. 70).

E. 3.1.9

In einer weiteren Beurteilung vom 20. Juli 2016 hielt Dr. med. C._____ dafür, dass sich aus somatischer Sicht keine neuen Aspekte ergeben würden, weshalb er an der Stellungnahme vom 8. Dezember 2015 unverändert festhalte. Bei den stark divergierenden Einschätzungen aus psychiatrischer/psychosomatischer Sicht bedürfe es einer abschliessenden fachpsychiatrischen RAD-Stellungnahme (act. 71).

E. 3.1.10

Im Bericht der Klinik H._____ vom 9. September 2016 wurde eine chronische paroxysmale Hemikranie diagnostiziert und darüber informiert, dass der Versicherte als Rezept nur "Indometacin 150 mg 1-0-0 pro Tag" erhalte. Bei erneutem Kontakt am 7. September 2016 habe der Versicherte berichtet, dass er seit der Einnahme von Indometacin keine Kopfschmerzen mehr erleide. Damit sei die Diagnose bestätigt. Als Nebenwirkung klagte der Versicherte nach Einnahme über eine etwa dreistündige erhebliche Müdigkeit. Es sei deshalb empfohlen worden, das Medikament abends einzunehmen (B-act. 1 Anlage A 3).

E. 3.1.11

Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seiner Beurteilung vom 19. Oktober 2016, die von Dr. med. J.____ im Bericht vom 5. April 2016 unter dem Punkt "Differentialdiagnostisch" beschriebenen Kriterien würden sich nicht als Befunde im psychopathologischen Befund oder in einem gesonderten anamnestischen Absatz abbilden. Unter "psychopathologischer Befund" würden vor allem psychodynamische Phänomene abgebildet, die aber nicht zum eigentlichen psychopathologischen Befund nach AMDP gehörten, wie dieser in der Psychiatrie üblicherweise erhoben werde. Deshalb sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) auf der Befundebene psychiatrisch nicht nachvollziehbar. Auch das im gleichen Bericht beschriebene Aktivitätsniveau spreche gegen das Vorliegen einer solchen Episode. Die fehlende Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft, die Dr. med. J._____ attestiere, bleibe so letztlich unbegründet, weshalb diese an den gutachterlichen Feststellungen keine Zweifel begründen könne (act. 72).

E. 3.1.12

Im Bericht des Zentrums N._____ vom 30. Oktober 2016 wurde ausgeführt, die Kopfschmerzsymptomatik könne aufgrund der Beschreibung des Versicherten sowohl einem Cluster-Kopfschmerz mit Gefäßinjektion des Auges und Rhinorrhoe als auch einer paroxysmalen Hemikranie zugeordnet werden. Die Situation sei mit dem Versicherten, der seit fast zwei Jahren arbeitsunfähig geschrieben sei, ausführlich besprochen worden, und es sei ihm geraten worden, sich in der Kopfschmerzprechstunde in der Neurologie der Klinik K._____ vorzustellen (B-act. 6 Anlage A 9).

E. 3.1.13

Mit Datum vom 18. Januar 2017 informierte Dr. med. L._____ darüber, dass die Indometacin-Behandlung die Kopfschmerzen des Versicherten deutlich gebessert habe. Als Nebenwirkungen seien Benommenheit und Konzentrationsstörungen etwa drei bis vier Stunden nach Medikamenteneinnahme aufgetreten. Es bestehe ein vielfach erhöhter Indometacin-Medikamentenspiegel im Blut. In dieser Zeit sei der Versicherte nicht arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit werde weiterhin durch fortbestehende Kopfschmerzattacken eingeschränkt. Aufgrund dieses noch unbefriedigenden Zustands sei eine Konsultation in der Klinik K._____ geplant und vereinbart (B-act. 6 Anlage A 8).

E. 3.2

Zwar ist das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D._____ und E._____ vom 29./30. September 2015 umfassend. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Dennoch bildet es - trotz Berücksichtigung der Ergänzungen der Dres. med. E._____ und D._____ vom 30. November 2015 und 15. Juli 2016 - für den vorliegenden Fall keine rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage. Mangels Erfüllens der allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht kann in medizinischer Hinsicht auch nicht auf die im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG verfassten Stellungnahmen der Dres. med. C._____ und G._____ abgestellt werden, da diese die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien nicht vollends zu erfüllen vermögen.

E. 3.3.1

Betreffend die beim Beschwerdeführer vorliegende Kopfschmerzproblematik ergibt sich, dass hinsichtlich dieser Problematik aufgrund der vorliegenden Akten noch keine sichere

Diagnosestellung vorliegt. Dr. med. E._____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 30. September 2015 ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Migräne. Nachdem auch die Dres. med. L._____ und J._____ in ihren Attesten vom 31. März und 5. April 2016 therapieresistente Kopfschmerzen resp. eine Migräne erwähnt hatten, ist dem Bericht der Klinik H._____ vom 9. September 2016 die gesicherte Diagnose einer chronischen paroxysmalen Hemikranie zu entnehmen. Das Zentrum N._____ war dann in der Folge im Oktober 2016 der Auffassung, dass die Kopfschmerzsymptomatik sowohl einem Cluster-Kopfschmerz als auch - wie von der Klinik H._____ festgestellt - einer paroxysmalen Hemikranie zugeordnet werden könne. Da sich die Therapiemöglichkeiten nach der korrekten Diagnose richten (vgl. hierzu https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-0361_S1_Clusterkopfschmerz_trigeminoautonome_Kopfschmerzen_2015-06.pdf) und diese bis anhin nicht rechtsgenügend gesichert ist, hat die Vorinstanz diesbezüglich weitere fachärztliche Abklärungen in Form einer klinisch-neurologischen Begutachtung in die Wege zu leiten. Anlässlich dieser Expertise wird sich die Neurologin oder der Neurologe auch dazu äussern müssen, ob und inwiefern sich das Leiden mit entsprechender Therapie und unter Berücksichtigung allfälliger Nebenwirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt.

E. 3.3.2

Betreffend die vom Zentrum N._____ im Bericht vom 30. Oktober 2016 erwähnten Clusterkopfschmerzen ist darauf hinzuweisen, dass dieses Leiden nach der geltenden Rechtsprechung nicht in den Anwendungsbereich des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 fällt. Beim Cluster-Kopfschmerz handelt es sich um ein organisches und damit grundsätzlich auch um ein objektivierbares Leiden, wobei sein Nachweis in erster Linie empirisch-klinisch sowie anamnestisch und nicht etwa bildgebend und/oder apparativ zu erbringen ist. Auch bei diesem Leiden kann ein Rentenanspruch nur anerkannt werden, wenn nebst dem Vorliegen des Gesundheitsschadens auch seine Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit im Rahmen einer nachvollziehbaren, fachärztlichen Beurteilung schlüssig aufgezeigt werden. Das bedeutet, dass schon die Herleitung und Begründung der Diagnose besonderes Augenmerk bedürfen. Die Symptome und ihre Auswirkungen sind möglichst genau und umfassend zu erheben und die entsprechenden Befunde zu dokumentieren, insbesondere auch, was deren Häufigkeit und Ausprägung über einen längeren Verlauf hinweg anbelangt. Dabei ist im Bedarfsfall, soweit nicht schon durch die medizinischen Akten dokumentiert oder durch eigene Beobachtung gesichert, auf fremdanamnestische Angaben zurückzugreifen. Soweit es schliesslich um die eigentliche Folgenabschätzung geht, mithin darum, die Auswirkungen der Störung auf das Leistungsvermögen und die Arbeitsfähigkeit zu erheben und zu gewichten, bedarf es auch beim Cluster-Kopfschmerz im Rahmen der Begutachtung des konsistenten Nachweises mittels einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung (vgl. Urteil 8C_350/2017 des BGer vom 30. November 2017 E. 5.3 f. mit Hinweisen). Dasselbe gilt auch - da Kopfschmerzattacken mit den gleichen Schmerzcharakteristika und Begleitsymptomen wie beim Clusterkopfschmerz typisch sind - auch für die paroxysmale Hemikranie (vgl. <http://www.schmerzklinik.de/wp-content/uploads/2011/11/Paroxysmale-Hemikranie-und-SUNCT-Der-Schmerz25112011.pdf>).

E. 3.3.3

Betreffend den - ebenfalls der freien Beweiswürdigung des Gerichts unterliegenden - (vgl. Urteil des BVerfG C-6398/2009 vom 18. Mai 2012 E. 2.1; zum Grundsatz der freien

Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a) Bericht von Dr. med. J. _____ vom 5. April 2016 ist vorab zwar darauf hinzuweisen, dass sich der Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes vom Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten unterscheidet (vgl. hierzu SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.3, SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Weiter lassen eine oder mehrere Diagnosen für sich alleine genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen), und es kann auf eine psychiatrische Begutachtung im Rahmen der Abklärungen verzichtet werden, wenn sich in den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte für ein psychisches Leiden mit Krankheitswert finden; andernfalls muss aber im Hinblick auf den Untersuchungsgrundsatz eine psychiatrische Expertise eingeholt werden (Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 117 V 287; vgl. auch E. 2.8 hiervor). Solche Anhaltspunkte in Form von Unklarheiten hinsichtlich der tatsächlich beim Beschwerdeführer vorliegenden Diagnosen sind dem Bericht der behandelnden Ärztin Dr. med. J. _____ zu entnehmen. Während Dr. med. D. _____ keine psychopathologischen und depressiven Symptome hatte feststellen können, eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21) diagnostiziert und Hinweise für zwanghaft perfektionistische oder narzisstische Persönlichkeitsanteile verneint hatte, stellte die behandelnde Ärztin Dr. med. J. _____ die Diagnose einer depressiven Episode, mittelgradig, vor dem Hintergrund einer Persönlichkeit mit zwanghaft perfektionistischen und narzisstischen Zügen bei Selbstwertkonflikt (ICD-10: F32.1). Diesen Widerspruch vermag Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2016 nicht zu klären. Der Umstand, dass Dr. med. D. _____ anlässlich seiner psychopathologischen Befunderhebung Ende September 2015 die von Dr. med. J. _____ geschilderten Befunde nicht vorgefunden hatte, bedeutet nicht per se, dass sie im Zeitpunkt der Berichterstattung von Dr. med. J. _____ über sechs Monate später Anfang April 2016 nicht vorhanden gewesen waren. Daran ändert auch die Stellungnahme von Dr. med. G. _____ vom 19. Oktober 2016 nichts, da dieser Facharzt insbesondere auch theoretisch geprägte Überlegungen ins Feld geführt hatte, ohne den Beschwerdeführer selber untersucht und eigene Untersuchungsergebnisse gewürdigt zu haben. Unter diesem Aspekt ist denn auch nicht rechtsgenügend geklärt, ob es sich mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. J. _____ um eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers handelt oder ob es sich - analog dem revisionsrechtlichen Kontext - um eine unterschiedliche, unbeachtliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts handelt (vgl. hierzu BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Jedenfalls kann auch auf die im Bericht von Dr. med. J. _____ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht abgestellt werden, da diese Fachärztin mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin nicht vertraut ist (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-3826/2014 vom 19. November 2015 E. 5.3).

E. 3.3.4

Mit Blick auf das fachärztliche Attest von Dr. med. J. _____ vom 5. April 2016 und die Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 15. Juli 2016 ist weiter festzuhalten, dass gemäss der aktuellen bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters erfolgt (BGE 143 V 418 E. 7 und BGE 141 V 281 E. 4.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen

Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6), wobei dies neu für sämtliche psychischen Störungen gilt (BGE 143 V 418 E. 7.2). Da im vorliegenden Fall bisher keine solche Prüfung stattgefunden hatte, kann nicht per se im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung (vgl. hierzu BGE 136 I 229 E. 5 und 131 I 153 E. 3; SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149 E. 4; Urteil des BGer I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4) davon ausgegangen werden, dass betreffend die beim Beschwerdeführer vorliegenden psychischen Beschwerden von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten Expertise keine verwertbaren entscheiderelevanten Erkenntnisse zum Grad der Arbeitsunfähigkeit zu erwarten sind (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Die Vorinstanz hat deshalb eine neue umfassende medizinische Begutachtung in die Wege zu leiten, welche die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in Einklang mit der neu geltenden Rechtslage nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren ermöglicht.

E. 4

Nach dem vorstehend Dargelegten ergibt sich zusammenfassend, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der vorliegenden Aktenlage und mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen lässt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.8 hiervor). Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D. _____ und E. _____ resp. dessen Ergänzungen sowie die Berichte der behandelnden Medizinerin Dr. med. J. _____ sowie des IV-internen medizinischen Dienstes vermögen keine abschliessenden Beurteilungsgrundlagen zu bilden, sondern geben Anlass zu weitergehenden Abklärungen (vgl. betreffend RAD-Berichte Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Bei dieser Sachlage kann nicht auf weitere Abklärungen verzichtet werden. Somit wurde im vorliegend zu beurteilenden Beschwerdeverfahren der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung der Auswirkungen sämtlicher Leiden auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit anlässlich einer umfassenden medizinischen Begutachtung durch entsprechend ausgebildete Fachärztinnen und/oder Fachärzte in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Rheumatologie und Neurologie/Neurochirurgie - oder in weiteren, durch die Experten oder Expertinnen zu bestimmenden Disziplinen (vgl. hierzu BGE 139 V 349 E. 3.3) - in der Schweiz ist unter den gegebenen Umständen notwendig. Der Grund dafür liegt insbesondere im Umstand, dass auch mit Blick auf Praxisänderungen des Bundesgerichts eine Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2). Im Rahmen der notwendigen medizinischen Begutachtung sind sämtliche bisher verfassten ärztlichen Berichte von den Expertinnen und/oder Experten zu würdigen. Die Gutachterinnen und Gutachter haben sich auch zur Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit bzw. zu den vorhandenen Einschränkungen des Beschwerdeführers in der angestammten und in einer leidensadaptierten Erwerbstätigkeit zu äussern. Gemäss BGE 141 V 281 soll dabei nicht die Diagnose, sondern der Nachweis der Behinderung mit Hilfe von Indikatoren im Fokus der Begutachtung stehen.

E. 5

Beim vorliegenden Ergebnis brauchen die Ausführungen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der Bemessung des Invalideneinkommens nicht weiter erörtert zu werden, denn nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und erneut abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa 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 (vgl. hierzu 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 (vgl. Urteil des BVGer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

E. 6

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde vom 1. Dezember 2016 insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2016 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung von weiteren umfassenden medizinischen Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 7

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

E. 7.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ist diesem nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

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. 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 ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne

Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des BVerG C-3042/2016 vom 15. Dezember 2016 mit Hinweis; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

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