



## Urteil vom 20. August 2019

---

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),  
Richter Daniel Stufetti,  
Richter Beat Weber,  
Gerichtsschreiber Milan Lazic.

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_, (Deutschland),  
vertreten durch Dr. iur. Markus Krapf,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch  
(Verfügung vom 16. Juni 2017).

## Sachverhalt:

### A.

Der 1965 geborene, verheiratete und in seiner Heimat wohnhafte deutsche Staatsangehörige A. \_\_\_\_\_ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) war – mit Unterbrüchen – in den Jahren 1984 bis 2014 als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig und entrichtete dabei Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Der gelernte Koch war zuletzt in der Schweiz seit November 1988 vollzeitlich als Stahlbauer tätig. Seit dem 19. April 2012 war er laut den Angaben des Arbeitgebers zu 100% (ausser 50% im Juni/Juli 2012) zunächst unfall-, dann krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Das Arbeitsverhältnis wurde seitens der Arbeitgeberin am 19. Januar 2015 per 30. April 2015 aufgelöst (vgl. Akten der Vorinstanz [*im Folgenden: Dok.*] 1, 3, 7-9, 11, 13.1 S. 5 sowie 40).

### B.

Am 24. August 2014 (eingegangen am 1. September 2014) stellte der Versicherte auf Anraten der Taggeldversicherung bei der IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons B. \_\_\_\_\_ (*im Folgenden: IV-Stelle B. \_\_\_\_\_*) einen Antrag auf Ausrichtung einer Invalidenrente wegen Rückenschmerzen bei Osteochondrose LWK 5/SWK 1 mit Facettengelenkarthrose (vgl. Dok. 7-9). Die IV-Stelle tätigte in der Folge medizinische sowie berufliche Abklärungen. Insbesondere prüfte die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ auch Eingliederungsmassnahmen zur Frühintervention, indem der Versicherte in einem institutionellen Rahmen einem Belastbarkeitstraining unterzogen wurde mit dem Ziel, ein halbtags Pensum in behinderungsangepassten Tätigkeiten zu erreichen. Nachdem der Versicherte ab einem Pensum von drei Stunden eine deutliche Zunahme der Schmerzen deklariert hatte, wurden die Integrationsmassnahmen resp. beruflichen Massnahmen aufgrund des noch nicht abschliessend beurteilten Gesundheitszustands sowie der subjektiven Wahrnehmung des Beschwerdeführers als nicht zielführend mit Mitteilung vom 28. Mai 2015 abgeschlossen (vgl. Dok. 10-57). Nachdem die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ weitere medizinische Berichte eingeholt und diese schliesslich dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet hatte (vgl. Dok. 58-89), stellte sie gestützt auf dessen Stellungnahme vom 28. März 2017 (Dok. 90) mit Vorbescheid vom 11. April 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da keine Invalidität vorliege, die einen Leistungsanspruch zu begründen vermöge (vgl. Dok. 91). Nachdem sich der Versicherte innert der eingeräumten Einwandfrist nicht mehr hatte vernehmen lassen, erliess die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA; *im*

*Folgenden auch:* Vorinstanz) am 16. Juni 2017 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (Dok. 97).

**C.**

**C.a** Hiergegen erhob der Versicherte, nun vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf, mit Eingabe vom 15. August 2017 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 16. Juni 2017 und die Zusprache einer ganzen Rente mit Wirkung ab dem 1. März 2015. Im Weiteren beantragte er einen zweiten Schriftenwechsel sowie Akteneinsicht. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, er sei aufgrund seiner Leiden weder in seiner angestammten Tätigkeit als Stahlbauer noch in einer leichten adaptierten Tätigkeit arbeitsfähig (vgl. Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden:* BVGer-act.] 1).

**C.b** Der mit Zwischenverfügung vom 17. August 2017 beim Beschwerdeführer eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- (BVGer-act. 2) wurde am 6. September 2017 geleistet (BVGer-act. 2-4).

**C.c** Mit Vernehmlassung vom 22. September 2017 beantragte die IVSTA unter Hinweis auf eine vom 28. September 2017 (recte wohl: 19. September 2017 [vgl. Beilagenvermerk der Vorinstanz auf S. 2 der Vernehmlassung]) datierende Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Die kantonale IV-Stelle verwies ihrerseits lediglich auf die vorinstanzlichen Akten sowie auf die Ausführungen im Vorbescheid vom 11. April 2017 und in der Verfügung vom 16. Juni 2017 (vgl. BVGer-act. 6).

**C.d** Mit Instruktionsverfügung vom 4. Oktober 2017 wurde dem Gesuch des Beschwerdeführers um Akteneinsicht entsprochen und gleichzeitig Frist zur Einreichung einer Replik gesetzt (vgl. BVGer-act. 7).

**C.e** Mit Replik vom 24. Oktober 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinem Rechtsbegehren und dessen Begründung fest, beantragte jedoch neu, eventualiter die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem reichte er drei medizinische Berichte vom 28. November 2016, vom 27. April 2017 und vom 17. Oktober 2017 sowie ein Informationsschreiben vom 5. Oktober 2017 bezüglich eines bevorstehenden Eintritts zur stationären Behandlung ein und führte zur Begründung ergänzend aus, dass auf die Stellungnahme des RAD nicht abgestellt werden könne. Der RAD-Arzt habe den Beschwerdeführer nie selbst untersucht, weshalb

er weder den Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit beurteilen könne. Ausserdem basiere seine Beurteilung nicht auf Kenntnis sämtlicher medizinischen Akten und lege dieser auch einen aktenwidrigen Sachverhalt zugrunde. Im Weiteren sei er als Rheumatologe nicht fachkompetent, um auch die psychiatrischen Leiden zu beurteilen. Ausserdem hätte mittels eines strukturierten Beweisverfahrens ermittelt werden müssen, ob der Beschwerdeführer weiterhin eine Erwerbstätigkeit ausüben könne. Da dieser sämtliche Ressourcen aufgebraucht habe, könne er keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen (vgl. BVGer-act. 8).

**C.f** Mit Duplik vom 14. November 2017 hielt die Vorinstanz unter Hinweis auf eine Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 14. November 2017 an ihrem Antrag und dessen Begründung fest. Zur Begründung führte die kantonale IV-Stelle im Wesentlichen aus, dass aus den mit Replik eingereichten Berichten vom 28. November 2016 sowie vom 27. April 2017 keine somatischen Befunde hervorgingen, welche unter adäquater Behandlung andauernd wären und die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wesentlich einschränken würden, und aus dem psychiatrischen Bericht vom 17. Oktober 2017 gehe klar hervor, dass kein eigenständiges psychiatrisches Leiden vorliege, sondern dieses auf iv-fremde Problemstellungen zurückzuführen sei (vgl. BVGer-act. 10).

**C.g** Mit Eingabe vom 21. November 2017 wurde aufforderungsgemäss das fehlende Protokoll betreffend Frühinterventionsmassnahmen nachgereicht (vgl. BVGer-act. 11 f.).

**C.h** Mit Instruktionsverfügung vom 24. November 2017 wurden dem Beschwerdeführer ein Doppel der Duplik der Vorinstanz vom 14. November 2017 samt Doppel der Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 14. November 2017 sowie ein Doppel der Eingabe der kantonalen IV-Stelle vom 21. November 2017 samt Protokoll zur Kenntnisnahme zugestellt (BVGer-act. 13).

**C.i** Mit Spontaneingabe vom 29. Mai 2018 reichte der Beschwerdeführer einen Austrittsbericht vom 12. März 2018 sowie einen vorläufigen Arztbrief vom 23. April 2018 ein und führte dazu aus, diese Berichte bestätigten, dass die bereits im Verfügungszeitpunkt bestehende psychische Erkrankung nach wie vor aktuell sei. Ausserdem zeigten sie auch auf, dass der medizinische Sachverhalt nicht genügend abgeklärt worden sei (vgl. BVGer-act. 14).

**C.j** Ein Doppel der Spontaneingabe des Beschwerdeführers vom 29. Mai 2018 samt Beilagen wurde der Vorinstanz zur Kenntnisnahme zugestellt. Gleichzeitig wurde sie eingeladen in Zusammenarbeit mit dem RAD eine Stellungnahme zu den beiden eingereichten medizinischen Berichten einzureichen (vgl. BVGer-act. 15).

**C.k** Mit Eingabe vom 20. Juni 2018 hielt die Vorinstanz unter Hinweis auf eine ergänzende Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 19. Juni 2018 weiterhin an ihrem Antrag fest. Die kantonale IV-Stelle wies im Wesentlichen darauf hin, aus dem Austrittsbericht vom 12. März 2018 gehe hervor, dass iv-fremde Faktoren wie Stellenlosigkeit, Probleme in der Partnerschaft oder Erb- sowie finanzielle Angelegenheiten krankheitsauslösend gewesen seien. Es liessen sich keine Anhaltspunkte finden, die objektiv eine dauernde Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu begründen vermöchten. Insbesondere unter Berücksichtigung der Indikatorenbeurteilung ergebe sich keine Leidensausprägung, mit welcher ein Leistungsanspruch der IV begründet werden könnte. Ebenso könne kein als frustrierend zu bezeichnender Verlauf erhoben werden und die geklagten Leiden seien behandel- sowie beeinflussbar (vgl. BVGer-act. 16).

**C.l** Ein Doppel der Stellungnahme der Vorinstanz vom 20. Juni 2018 samt Stellungnahme der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ vom 19. Juni 2018 wurde dem Beschwerdeführer am 26. Juni 2018 zur Kenntnisnahme zugestellt (BVGer-act. 17).

**C.m** Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Beweismittel ist – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

## **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein

schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

## 2.

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 16. Juni 2017 erlassen hat. Diese Verfügung, mit welcher die Vorinstanz das Rentengesuch des Beschwerdeführers abgewiesen hat, bildet das Anfechtungsobjekt und damit die Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Mit Beschwerde vom 15. August 2017 beantragte der Beschwerdeführer die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab dem 1. März 2015. Mit Replik vom 24. Oktober 2017 hat der Beschwerdeführer seine Rechtsbegehren dahingehend modifiziert, dass eventualiter die angefochtene Verfügung vom 16. Juni 2017 aufzuheben und die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen sei.

Nach Ablauf der Beschwerdefrist können Begehren einer Beschwerde nicht mehr erweitert, sondern höchstens präzisiert, eingeeengt oder fallengelassen werden (ANDRE MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 123 Rz. 2.218; FRANK SEETALER/FABIA BOCHSLER, in: Praxiskommentar VwVG, 2009, Art. 52 N. 41; vgl. auch Urteil des BVGer C-4806/2014 vom 11. Mai 2016 E. 3). Mit dem mit Replik vom 24. Oktober 2017 neu gestellten Eventualbegehren wird das mit Beschwerde gestellte Begehren auf Zusprache einer ganzen Invalidenrente nicht erweitert, sondern dahingehend präzisiert, dass im Fall eines unvollständig ermittelten medizinischen Sachverhalts die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen sei. Eine solche Präzisierung ist nach dem Gesagten zulässig. Somit ist vorliegend streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat und gegebenenfalls, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat (aufgrund der Anmeldung, welche mit Blick auf das Eingangsdatum vom Montag, den 1. September 2014 spätestens am Freitag, den 29. August 2014 der schweizerischen Post übergeben worden war, ist der 1. Februar 2015 der

frühestmögliche Zeitpunkt [vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Rz. 335 ff. zu Art. 29]).

**2.1** 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).

**2.2** Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

**2.3** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser 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 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b, 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, n. publ. in: BGE 140 V 220).

**2.4** Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung 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 BGer 8C\_843/2016 vom 8. März 2017 E. 2; zum Ganzen auch BGE 144 V 427 E. 3.2).

### **3.**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung (BGE 138 V 533 E. 2.1). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung (EG) Nr. 883/2004).

**3.1** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 16. Juni 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. Juni 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Ärztliche Berichte, die sich über den vorliegend mas-



sgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (vgl. Urteil BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

#### **4.**

Anspruch auf eine ordentliche Rente der schweizerischen Invalidenversicherung haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. Sachverhalt Bst. A), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

#### **5.**

**5.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

**5.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1

ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

**5.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, 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 gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

**5.4** 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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

**5.5** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

**5.6** Auf Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) bzw. des internen medizinischen Dienstes kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht

genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d). Die versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Nach der Praxis kann einem reinen Aktengutachten auch voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

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

**5.8** Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

## **6.**

Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist bzw. ob mit den vorliegenden Akten eine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gegeben ist. Zwar sind dabei wie erwähnt grundsätzlich nur die bis zum Erlass der Verfügung vom 16. Juni 2017 vorliegenden medizinischen Akten zu berücksichtigen, jedoch können gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch Arztberichte zum Krankheitsverlauf, welche nach Verfügungserlass entstanden sind, in die Beurteilung miteinbezogen werden, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (statt vieler: Urteil des BGer 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3; vgl. auch E. 3.2 hiervor).

**6.1** In den Akten finden sich zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zahlreiche ärztliche Berichte mit den folgenden ärztlichen Einschätzungen.

**6.1.1** Im Kurzbericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kreiskrankenhauses C. \_\_\_\_\_ vom 14. März 2014 wird zunächst ein LWS-Syndrom diagnostiziert und die Durchführung einer MRT empfohlen (Dok. 60 S. 32 f.). Im Bericht der darauf erfolgten Untersuchung vom 26. März 2014 wird ausgeführt, dass eine am 18. September 2012 durchgeführte CT-Untersuchung eine Segmentdegeneration LWK 5/SWK 1 (Osteochondrose, beginnende Foramenstenose beidseits) mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung zeige. Im Weiteren habe sich bei der Untersuchung kein neurologisches Defizit gezeigt. Dem Beschwerdeführer wurde empfohlen, eine stationäre Komplexschmerztherapie über vier bis fünf Tagen mit periduralen Infiltrationen sowie Facettengelenks- und ISD-Infiltrationen durchzuführen (Dok. 14 S. 13). Im Bericht vom 2. Mai 2014 berichtet dieselbe Klinik über die vom 28. April 2014 bis 2. Mai 2014 stationär durchgeführten Infiltrationen und führt aus, dass nochmals eine MRT-Diagnostik erfolgt sei und sich dabei kein Bandscheibenvorfall gezeigt habe. Als Diagnose wurden

eine Osteochondrose plus Facettengelenksarthrose LWS sowie ein Zustand nach LWK 5-Fraktur gestellt. Der Beschwerdeführer sei Beschwerdeverbessert in die ambulante Behandlung entlassen worden (Dok. 14 S. 11 f.). Im Bericht vom 4. Juni 2014 wird erneut die Diagnose Osteochondrose LWK 5/SWK 1 mit Facettengelenksarthrose aufgeführt und zudem ausgeführt, dass bei der Untersuchung ein sensomotorisches Defizit habe ausgeschlossen werden können. Jedoch sei ein deutlicher Reklinationsschmerz im Bereich der LWS festgestellt worden. Dem Beschwerdeführer wurden nochmals ambulante Facettengelenksinfiltrationen empfohlen, wobei je nach Ergebnis die Indikation zur Facettendeneravierung überprüft werden müsse (Dok. 14 S. 10). Schliesslich wird im Bericht vom 20. Juni 2014 ein tief-lumbaler Rückenschmerz bei Osteochondrose LWK 5/SWK 1 mit Facettengelenksarthrose diagnostiziert sowie über die am 17. und am 20. Juni 2014 durchgeführten Infiltrationen berichtet (Dok. 60 S. 26 f.).

**6.1.2** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, des Orthopädischen Zentrums X.\_\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 30. Juli 2014 die Diagnose Lumbalgie bei V.a. Facettengelenksarthrose und Neuroforamenstenose LWK5/S1. Im Weiteren führte er aus, dass die mehrfachen Facettengelenksinfiltrationen Linderungen von lediglich kurzer Dauer bewirkt hätten. Gestützt auf ein vom Beschwerdeführer mitgebrachtes Röntgenbild der LWS in zwei Ebenen der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kreiskrankenhauses C.\_\_\_\_\_ vom April 2014 stellte der Arzt eine leichte Streckhaltung und einen minimalen Spondylophyt ventral L1 fest. Eine Osteochondrose bzw. eine ausgeprägte Facettengelenksarthrose konnte er hingegen nicht feststellen. Im Weiteren teilte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ mit, dass ihm die bisherigen Therapien als ausgereizt erschienen. Deshalb habe er eine Überweisung an einen Schmerztherapeuten sowie an einen Neurochirurgen ausgestellt (Dok. 14 S. 9).

**6.1.3** Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Sektionsleiter der Wirbelsäulenchirurgie des Universitätsklinikums F.\_\_\_\_\_, diagnostizierte am 27. September 2014 gestützt auf die Röntgenbilder der LWS in zwei Ebenen sowie auf seine eigene Untersuchung eine chronische Lumbalgie mit Arbeitsunfähigkeit seit April 2014, einen Zustand nach multiplen konservativen Therapien ohne Beschwerdelinderung sowie eine Facettengelenksarthrose L5/S1 mit Black disc, Osteochondrose und Sinterung. Gestützt auf die Kernspintomografie schloss er einen Bandscheibenvorfall aus. Zur Therapie empfahl Dr. med. E.\_\_\_\_\_ versuchsweise ein Gipskorsett für eine Woche (Dok. 14 S. 7 f.).

**6.1.4** Der behandelnde Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, verwies in seinem Arztbericht zuhanden der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2014 bezüglich des Verlaufs des Gesundheitszustands und bezüglich der Therapien auf die vorgenannten Berichte (E. 6.1.1 bis E. 6.1.3) und teilte im Weiteren mit, dass der Beschwerdeführer an einer Epicondylitis humeri rechts, an einer Facettengelenksarthrose der LWS, an einer Osteochondrose sowie an einer chronischen Lumbalgie seit April 2014 leide. Dem Beschwerdeführer attestierte er in der angestammten Tätigkeit als Stahlbauer eine Arbeitsunfähigkeit seit dem 28. April 2014. Eine Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nahm er nur insoweit vor, als er das Beiblatt zum Leistungsprofil ausfüllte und dem Beschwerdeführer leichte wechselbelastende Tätigkeiten seit April 2014 attestierte. Zum Pensum in angepassten Tätigkeiten machte er hingegen keine Angaben (vgl. Dok. 14 S. 1-4).

**6.1.5** Dem von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen Assessment-Bericht der H.\_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2014 betreffend die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (Dok. 15) kann entnommen werden, dass Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH und manuelle Medizin SAMM, gestützt auf eigene Untersuchungen sowie auf die bisherigen medizinischen Akten folgende Diagnosen stellte:

- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom
  - MRI (29.04.2014 Spital C.\_\_\_\_\_): Osteochondrosen und Facettengelenksarthrosen L4/5 und L5/S1, keine Diskusherniationen, keine Neurokompression
  - Infiltration des Facettengelenks L5/S1 bds. (04/2014)
  - Infiltrationen Facettengelenke L5/S1 bds. (17.06.2014, Klinik J.\_\_\_\_\_)
  - St. n. Fraktur LWK 5-Fraktur und Schlüsselbeinfraktur rechts bei PW-Unfall 1990

Dem physiotherapeutischen Assessment kann im Weiteren entnommen werden, dass der Beschwerdeführer an chronischen Rückenschmerzen leide, welche ihn funktionell moderat behinderten. Er habe ein hohes Chronifizierungsrisiko und geringe Haltungstoleranzen in allen Positionen. Seine komplexe Schmerzpräsentation werde durch Angst-Vermeidungsverhalten und durch Angst vor Wiederverletzungen angetrieben. Zusammen mit der psychischen Belastung werde der Rücken durch eine Bewe-

gungskontrolldysfunktion angetrieben. Er habe Probleme, seine Rückenmuskulatur bei allen Bewegungen zu entspannen. Physische und psychische Probleme seien bei ihm unzertrennbar. Er sei körperlich dekonditioniert. Im Weiteren zeige er auch keine aktiven Coping-Strategien und fühle sich hilflos. Dem psychologischen Assessment kann schliesslich entnommen werden, dass der Beschwerdeführer nebst der Schmerzproblematik auch unter einer depressiven Belastungs- und Angststörung zu leiden scheine, wobei der Auslöser in seiner Jobsituation und der damit verbundenen Angst vor einer Kündigung gesehen werde. Der Beschwerdeführer habe sich einen Verdrängungsmechanismus betreffend die neu anzugehende Jobsituation angeeignet.

**6.1.6** Der RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation FMH, stellte am 14. November 2014 gestützt auf die vorgeannten medizinischen Berichte fest, dass körperlich belastende Tätigkeiten seit April 2014 nicht mehr in Frage kämen. Im Weiteren wies er darauf hin, dass gemäss dem behandelnden Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ seit April 2014 leichte wechselbelastende Verweistätigkeiten zumutbar seien, dieser indes zum Pensum keine Stellung nehme. Den neurochirurgischen und Wirbelsäulen-orthopädischen Berichten aus dem Zeitraum März bis September 2014 liessen sich ebenfalls keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit entnehmen. Ebenso wenig werde im H.\_\_\_\_\_-Assessment-Bericht vom 22./23. Oktober 2014 zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit Stellung genommen. Anhand der fachärztlichen Berichte aus dem Zeitraum März bis Oktober 2014 lasse sich aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit für angepasste leichte wechselbelastende Tätigkeiten begründen. Im Weiteren ersuchte der RAD-Arzt die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ um Ergänzung der medizinischen Akten. Insbesondere bat er darum, den Bericht der multidisziplinären Untersuchung vom 18. November 2014 der Universitätsklinik F.\_\_\_\_\_ einzuholen, alle erstellten LWS-Röntgenberichte bei der Orthopädie bzw. Radiologie des Kreiskrankenhauses C.\_\_\_\_\_ anzufordern sowie die medizinischen Akten mit denjenigen der Krankentaggeldversicherung sowie mit den Unfallakten aus dem Jahr 1990 sowie 1997 zu ergänzen. Eine wesentliche Änderung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei indessen nicht zu erwarten (Dok. 19).

**6.2** Nach Einholung von weiteren medizinischen Akten standen der Vorinstanz folgende weiteren Berichte zur Verfügung.

**6.2.1** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, diagnostizierte am 27. Oktober 2014 eine Blockade auf der Ebene C6 links und ein HWS-Syndrom. Die Blockade habe er chirotherapeutisch gelöst und eine Cervikalstütze für drei Tage angelegt (Dok. 28).

**6.2.2** Im Bericht vom 17. November 2014 (Dok. 29) äusserte PD Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, aufgrund der am 14. November 2014 durchgeführten MRT der Halswirbelsäule einen Verdacht auf Nucleus-pulposus-prolaps C5/C6 (Bandscheibenvorfall C5/C6; vgl. dazu PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Auflage, S. 1489).

**6.2.3** Am 18. November 2014 erfolgte beim Interdisziplinären Schmerzzentrum des Universitätsklinikums F.\_\_\_\_\_ eine tagesstationäre algesiologische Diagnostik (Assessment), im Rahmen welcher aufgrund der erhobenen Befunde zahlreiche Diagnosen gestellt wurden und infolge der bisher erfolglos gebliebenen Therapien eine dreiwöchige multimodale Schmerzbehandlung empfohlen wurde (vgl. dazu den Bericht vom 18. November 2014 [Dok. 39]). Diese Behandlung fand schliesslich vom 9. Dezember 2014 bis 19. Dezember 2014 sowie vom 7. Januar 2015 bis 16. Januar 2015 im Interdisziplinären Schmerzzentrum des Universitätsklinikums F.\_\_\_\_\_ statt. Dem mit 8. Dezember 2014 datierten Entlassbrief (Dok. 47; vgl. auch bereits den vorläufigen Entlassbrief vom 8. Dezember 2014 [Dok. 33]) können folgende Diagnosen entnommen werden:

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
- Chronische Lumbalgie (ICD-10: M47.86)
- Lumbale Spondylarthrose (ICD-10: M47.86)
- Osteochondrose der LWS (ICD-10: M42.97)
- Z. n. LWK 5 Fraktur (ICD-10: S32.05)
- Pseudoradikuläre Lumboischialgie (ICD-10: M54.4)
- Zervikalneuralgie (ICD-10: M54.2)
- Muskuläre Dysbalance mit Hypertonus der Glutealmuskulatur und Tractus ili-otibialis links (ICD-10: M62.88)
- Genu vara et recurvata (ICD-10: M21.16)
- Blockierungen lumbal (ICD-10: M99.03)
- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21)
- Probleme mit Bezug auf Arbeit (ICD-10: Z56.6)
- Z. n. verschiedenen Facettengelenks-Blockaden (ICD-10: Z87.8)
- Z. n. Verkehrsunfall mit Clavikulafraktur (operativ versorgt) und LW5-Fraktur (konservativ) 1990 (ICD-10: Z97.8)



- Dauerhaftes Tragen eines LWS-Gurtes (ICD-10: Z97.8)
- V.a. Leberhämangiom (ICD-10: D18.00)

Im Bericht wird im Wesentlichen ausgeführt, dass aus schmerzmedizinischer Sicht eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bestehe. An somatischen Faktoren bestünden chronische Lumbalgien bei degenerativem LWS-Syndrom und pseudoradikulären Ischialgien. Darüber hinaus bestehe ein Hypertonus der Glutealmuskulatur. An psychischen Faktoren bestünden Schlafstörungen, eine vermehrte Reizbarkeit bei Einnahme von Valoron. Aufgrund von Schlafstörungen bestehe der Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Die physiotherapeutische Untersuchung habe eine muskuläre Dysbalance mit Hypertonus der Glutealmuskulatur und Tractus iliotibialis links, Genua vara et recurvata sowie verschiedene lumbale Blockierungen ergeben. Seitens der schmerzpsychologischen Diagnostik fänden sich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie verschiedene Probleme mit Bezug auf die Arbeit.

**6.2.4** Nachdem zunächst in den Berichten der Klinik für Pneumologie des Universitätsklinikums F. \_\_\_\_\_ vom 12. Januar 2015 (Dok. 60 S. 11 f.) sowie vom 19. Januar 2015 (Dok. 60 S. 9 f.) ein Verdacht auf ein zunächst leichtgradiges und anschliessend mittelgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom geäussert worden war, wurde nach weiteren Abklärungen am 7. Mai 2015 (Dok. 60 S. 7 f.) ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom bestätigt und eine CPAP-Therapie verordnet. Zudem wurde ein Z. n. Nikotinabusus festgestellt.

**6.2.5** Im Bericht vom 9. Juni 2015 stellte Dr. med. L. \_\_\_\_\_ eine Osteochondrose der HWS, eine AC-Gelenksarthrose sowie eine Cervikobrachialgie bds. fest (Dok. 60 S. 6).

**6.2.6** Im Verlaufsbericht vom 9. Juni 2015 zuhanden der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ berichtet der behandelnde Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ von einem zeitweise stationären aber insgesamt verschlechterten Gesundheitszustand. Betreffend die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers attestierte er weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit. Indessen erachtete er angepasste Tätigkeiten, welche keine schweren körperlichen Belastungen erforderten, wie z.B. Büroarbeiten oder Aufsichtsfunktionen, bei einem Pensum von zwei bis drei Stunden als zumutbar (Dok. 60 S. 1- 5).

**6.2.7** Der RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ nahm am 29. Januar 2016 zu den neu eingegangenen Berichten Stellung und bestätigte seine Einschätzung vom 14. November 2014, dass anhand der vorliegenden Akten körperlich belastende Tätigkeiten seit April 2014 nicht mehr in Frage kämen. Zur Diskussion stehe eine Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht. Jedoch sei die Beurteilung vom behandelnden Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2015, wonach eine Arbeitsfähigkeit von zwei bis drei Stunden in adaptierten Tätigkeiten bestehen solle, nicht nachvollziehbar. Im Weiteren sei der weitere medizinische Verlauf seit Juni 2015 nicht bekannt, weshalb weitere Abklärungen notwendig seien (Dok. 68).

**6.3** Nach der erneuten Ergänzung der medizinischen Akten standen folgende weiteren Berichte zur Verfügung.

**6.3.1** Nach der ersten am 20. August 2015 erfolgten ambulanten Kontrolle der verordneten CPAP-Therapie (vgl. E. 6.2.4 hiervor) bestätigt die Klinik für Pneumologie des Universitätsklinikums F. \_\_\_\_\_ am 25. August 2015 die Diagnose leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe Syndrom (ED [= Erstdiagnose] 05/2015) bei initial einem Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) von 1.1/h, einer CPAP-Therapie (8 mbar) sowie einem Z. n. Nikotinabusus ca. 35py. Im Weiteren wird ausgeführt, dass die kardiorespiratorische Polygraphie mit einem AHI von 3.7/h und einem Entsättigungsindex von 3.8/h einen Normalbefund mit gutem therapeutischem Ergebnis gezeigt habe (Dok. 74 S. 32 f.). Die vom 4. auf den 5. Dezember 2015 erfolgte Behandlung unter Maskenwechsel auf eine Totalface-Maske gab keinen Anlass zur Änderung der Diagnose. Es habe sich ein normales Hypnogramm gezeigt (vgl. Bericht vom 9. Dezember 2015 [Dok. 74 S. 24 f.]).

**6.3.2** In einem Kurzarztbrief des Spitals Y. \_\_\_\_\_ vom 28. August 2015 wird von einer Einspiessung eines Angelhakens interdigital D1/2 rechts berichtet, der nach Hautinzision komplett entfernt wurde (Dok. 74 S. 31).

**6.3.3** Dr. med. L. \_\_\_\_\_ nennt im Bericht vom 8. Oktober 2015 abermals die Diagnose Osteochondrose der LWS sowie ein chronisches Schmerzsyndrom (Dok. 74 S. 30).

**6.3.4** Im Kurzarztbrief des Spitals Y. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2015 wird von einem Sturz auf die linke Hand berichtet, welcher eine nicht deslozierte Metakarpalfraktur 4 links zur Folge hatte. Die Hand sei mittels Gipsschiene versorgt worden (Dok. 74 S. 27).

**6.3.5** Der Beschwerdeführer befand sich auf Zuweisung der deutschen Rentenversicherung vom 13. Januar 2016 bis zum 3. Februar 2016 in rehabilitativer Behandlung in der Reha-Klinik N.\_\_\_\_\_. Dem dazu ergangenen Entlassbericht zuhanden der deutschen Rentenversicherung vom 3. Februar 2016 (Dok. 74 S. 10 ff.), den die Klinik mit Schreiben vom 21. Juli 2016 auch an die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ übermittelte (vgl. Dok. 83 S. 1-14), können folgende Diagnosen entnommen werden:

- Chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10: F45.4)
- U.a. mit derzeit manifester reaktiv depressiver Verstimmung im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2)
- Chronische Lumbalgien bei radiologisch Facettengelenksarthrose p. m. L4/5 bis L5/S1 (ICD-10: M54.4)
- Rez. nicht radikuläre cervikale Neuralgien bei radiologisch BS-Potrusion C5/6 (ICD-10: M53.1)
- ACG-Arthrosen bds. (z. T. posttraumatisch nach bds. Clavikulafraktur [ICD-10: M19.1])
- Obstruktive Schlafapnoe bei CPAP-Therapie

Die mit der Behandlung betrauten Ärzte Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Sozialmedizin, Sportmedizin sowie Chirotherapie, Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin, Spezielle Schmerztherapie, Chirotherapie, Sozialmedizin sowie Physikalische Therapie, sowie Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Sozialmedizin, weisen einleitend darauf hin, dass die Zuweisung ausdrücklich in die orthopädische und nicht in die psychosomatische Abteilung erfolgt sei, weshalb das Heilverfahren primär orthopädisch ausgerichtet worden sei, die psychosomatischen Begleiterkrankungen allerdings im Rahmen des Möglichen mitberücksichtigt worden seien. Betreffend die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise hielten die Ärzte fest, dass aus orthopädischer Sicht bei einem Pensum von über sechs Stunden leicht bis gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten vorzugsweise im Wechselrhythmus sitzend, stehend und gehend möglich seien. Gemieden werden sollten vorwiegend ständige oder gehäufte Tätigkeiten in wirbelsäulen- und schultergürtelungünstigen Zwangshaltungen, z.B. häufig über Kopf, ständig im Bücken. Zudem sollten regelmässige mittelschwere und schwere Hebe- und Tragebelastungen insbesondere in körperferner Haltung gemieden werden. Schliesslich wiesen sie darauf hin, dass infolge der begleitenden Erkrankung auf psychischem Fachgebiet

mutmasslich weitere Einschränkungen bei Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an das Anpassungs- und Umstellvermögen vorhanden seien, weshalb diesbezüglich gegebenenfalls eine nervenärztlich psychiatrische Mitbeurteilung sinnvoll wäre.

**6.3.6** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ nennt im Bericht vom 19. Februar 2016 die Diagnosen chronische Cervikalgien und degeneratives LWS Syndrom mit Facettengelenksarthrose L5/S1 (Dok. 74 S. 8 f.).

**6.3.7** Im Kurzarztbrief des Spitals Y.\_\_\_\_\_ vom 29. März 2016 wird ein HWS-Syndrom ohne radikuläre Komponente bei degenerativen HWS-Veränderung erwähnt (Dok. 74 S. 7).

**6.3.8** Im Verlaufsbericht zuhanden der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2016 erwähnt der behandelnde Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die bereits bekannten somatischen und psychischen Diagnosen und berichtet von einer leichten Beschwerdereduktion sowie verbesserten Schmerzbewältigung. Hinsichtlich des Psychostatus weist er überdies darauf hin, dass der Beschwerdeführer im «ZFP R.\_\_\_\_\_» in der Zeit vom 13. Dezember 2015 bis 18. Dezember 2015 in stationärer Behandlung war. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten nahm er nicht vor (Dok. 74 S. 1 ff.).

**6.3.9** Dem Entlassbrief des Zentrums für Psychiatrie S.\_\_\_\_\_ (*im Folgenden: ZfP*) vom 21. Dezember 2015 können die Diagnosen Anpassungsstörung und kurze depressive Reaktion (ICD-10: F43.2) entnommen werden. Gemäss Bericht sei der Beschwerdeführer nach Anmeldung durch die Polizei eingewiesen worden, nachdem seine von ihm getrennt lebende Ehefrau aufgrund einer Textnachricht des Beschwerdeführers die Polizei wegen Verdachts auf einen Suizidversuch aufgeboten hatte. Der Beschwerdeführer habe sich aber rasch von der akuten handlungsleitenden Suizidalität distanziert. Aufgrund der persistenten Schmerzen sei er dem Orthopäden vorgestellt worden. Im Weiteren sei eine Anbindung an die psychiatrische Institutsambulanz organisiert worden (Dok. 77).

**6.3.10** Dem Verlaufsbericht der Tagesklinik des ZfP vom 2. Juni 2016 zuhanden der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ können die psychiatrischen Diagnosen Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.2; ED 12/2015) und Autonome somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; ED 2/2016), sowie die somatischen Diagnosen Lumboischialgie (ICD-10: M54.4), Zer-

vikobrachial-Syndrom (ICD-10: M53.1), posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke (ICD-10: M19.1) und Schlafapnoe (ICD-10: G47.3) entnommen werden. Betreffend die Leistungsfähigkeit wird dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem 13. Januar 2016 attestiert. In einer wechselbelastenden Verweistätigkeit, ohne Zwangshaltung, ohne Klettern und Steigen, ohne Überkopfarbeiten sowie ohne schwere Hebe- und Tragbelastung wird ihm hingegen eine Arbeitsfähigkeit von über sechs Stunden attestiert (Dok. 78).

**6.3.11** Dr. med. T.\_\_\_\_\_ von der Bundesagentur für Arbeit führt in seiner Gutachterlichen Äusserung vom 30. Oktober 2015 (Dok. 83 S. 15 und S. 23) folgende Diagnosen auf:

- Ausgeprägte Osteochondrose der Lenden- und Sakralwirbelsäule (ICD-10: M42.9)
- Degeneratives lumbales Facettensyndrom (ICD-10: 47.2)
- Obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10: G47.3)
- Akromioklavikulargelenkarthrose (ICD-10: M19.9)
- Zervikobrachialgie (ICD-10: M53.1)
- Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
- Varusstellung des Kniegelenks (ICD-10: M21.1), Genua vara et recurvata
- Depressive Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2)
- Z.n. Klavikulafraktur-OP + LWS-5-Fraktur (konservativ) 1990
- Dauerhaftes Tragen eines Lendengurtes (ICD-10: Z97.8)

In der sozialmedizinischen Beurteilung hielt Dr. med. T.\_\_\_\_\_ fest, dass die Gesundheitsstörungen des Beschwerdeführers dauerhafte und berufsbezogen schwerwiegende Funktionseinschränkungen begründeten. Die letzte Tätigkeit als Stahlbauer sei ihm nicht mehr zumutbar.

**6.3.12** Mit Verlaufsbericht vom 29. September 2016 teilt die Tagesklinik des ZfP mit, dass zum Vorzustand keine Veränderungen eingetreten seien (vgl. E. 6.3.10 hiervor), und empfiehlt die Fortsetzung der multimodalen Schmerztherapie sowie allenfalls die Einholung eines nervenärztlichen Zusatzgutachtens (Dok. 85).

**6.3.13** Im Bericht vom 14. Juni 2016 (Dok. 88) führt das Interdisziplinäre Schmerzzentrum des Universitätsklinikums F.\_\_\_\_\_ die bereits im Entlassbrief genannten Diagnosen auf (vgl. 6.2.3 hiervor). Im Weiteren wird berichtet, dass bei der Untersuchung aktuell ein deutliches LWS-Lokalsyndrom bestanden habe, hingegen kaum ein HWS-Lokalsyndrom. Die aktuell

geklagten Kreuzschmerzen seien verdächtig auf ein Facettengelenkssyndrom (vgl. E. 6.2.3 hiervor).

**6.3.14** In seiner abschliessenden Stellungnahme vom 28. März 2017 wies der RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation FMH, zunächst auf seine früheren Stellungnahmen vom 14. November 2014 (Dok. 19) und vom 29. Januar 2016 (Dok. 68) hin und hielt erneut fest, dass anhand der vorliegenden Akten körperlich belastende Tätigkeiten seit April 2014 nicht mehr in Frage kämen. Dies gelte sowohl für den erlernten Beruf als Koch als auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Stahlbauer. Indessen stehe die Arbeitsfähigkeit für angepasste leichte Tätigkeiten aus orthopädisch-rheumatologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht zur Diskussion. In Würdigung der medizinischen Akten führte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ dazu zusammenfassend aus, dass sich anhand der in den fachärztlichen Wirbelsäulen-orthopädischen und rehabilitativen Berichten aus dem Zeitraum April 2014 bis Juni 2016 erhobenen klinischen und altersentsprechenden neuroradiologischen Befunden – stets ohne Hinweise auf radikuläre Ausfälle, Diskushernie und Neurokompression – aus rheumatologischer Sicht weder retrospektiv noch aktuell eine Arbeitsunfähigkeit für angepasste leichte wechselbelastende Tätigkeiten begründen lasse. Gemäss den fachpsychiatrischen Berichten vom Juni 2016 und vom September 2016 bestehe auch aus versicherungspsychiatrischer Sicht gut nachvollziehbar stets eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit für leichte wechselbelastende Tätigkeiten, zumal die erhobenen psychiatrischen Diagnosen Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.2) und autonome somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) per se aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Seitens des aktenkundigen pneumologisch abgeklärten leichtgradigen Schlafapnoesyndroms lasse sich für angepasste leichte wechselbelastende Tätigkeiten ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Hinzu komme, dass der Beschwerdeführer die seitens der Krankentaggeldversicherung per 31. August 2015 vorgenommene Einstellung der Taggeldleistungen akzeptiert und somit der von dieser Versicherung beurteilten vollen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten ab März 2015 vollumfänglich zugestimmt habe (Dok. 90).

## 6.4

**6.4.1** Zusätzlich reichte der Beschwerdeführer mit Replik vom 24. Oktober 2017 (BVGer-act. 8) sowie mit Spontaneingabe vom 29. Mai 2018 (BVGer-act. 14) weitere medizinische Berichte ein. Dabei sind sowohl der radiologische Bericht von Dr. med. U.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 28.

November 2016 (BVGer-act. 8, Beilage 1) als auch der Bericht von PD Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Sektionsleiter Wirbelsäulenchirurgie des Universitätsklinikums F.\_\_\_\_\_, vom 17. April 2017 (BVGer-act. 8, Beilage 2), vorliegend zu berücksichtigen, wurden doch beide Berichte vor Erlass der Verfügung vom 16. Juni 2017 erstellt. Hingegen datieren der Kurzbefund des Psychiatrischen Zentrums R.\_\_\_\_\_, vom 17. Oktober 2017, der Bericht der W.\_\_\_\_\_ Klinik vom 12. März 2018 sowie der Entlassbrief des Spitals R.\_\_\_\_\_ vom 23. April 2018 nach Verfügungsdatum und enthalten keine retrospektiven Beurteilungen hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für die vorliegend relevante Zeitperiode bis zum 16. Juni 2017 (Verfügungserlass; vgl. BVGer-act. 8 Beilage 3 und BVGer-act. 14 Beilagen).

**6.4.2** Im radiologischen Bericht vom 28. November 2016, welcher dem RAD-Arzt bei seiner Beurteilung vom 28. März 2017 nicht vorlag, wird eine linksbetonte Osteochondrose L5/S1 mit breitbasiger Diskopathie und linksseitiger neuroforaminaler Enge, mit möglicher L5 Nervenwurzel Affektion beschrieben. Des Weiteren bestehe Kontakt zu den Nervenwurzeln im lateralen Recessus linksbetont mit möglicher linksbetonter S1 Affektion (BVGer-act. 8, Beilage 1). Im Bericht des Universitätsklinikums F.\_\_\_\_\_ vom 27. April 2017 werden die Diagnosen Lumbalgie bei Facettengelenksyndrom L4/5 und L5/S1 sowie Bandscheibenprotrusion L5/S1 mit Neuroforamenstenose links genannt und zudem ausgeführt, dass ein Druckschmerz über den Facettengelenken L4-S1 p.m. L5/S1 links bestehe. Im Weiteren wird ausgeführt, dass die Bewegung frei, aber schmerzhaft sei, kein Reklinationsschmerz bestehe, jedoch ein Kompressionsschmerz und schliesslich weder ein sensomotorisches Defizit noch Kribbelparästhesien bestünden (BVGer-act. 8, Beilage 2).

## 7.

**7.1** Die Vorinstanz stützt sich im Wesentlichen auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation FMH, der den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat. Wie bereits dargelegt (E. 5.6 hiervor), können Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Enthalten die Akten für die streitigen Be-

lange hingegen keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben.

**7.2** Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer zu Recht darauf hinweist, dass die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 27. März 2017 nicht in Kenntnis sämtlicher Akten ergangen ist und bereits dieser Umstand geringe Zweifel an dessen Stellungnahme zu begründen vermag. So verfügte der RAD-Arzt insbesondere nicht über den mit Replik eingereichten und zuhanden des behandelnden Orthopäden Dr. med. L.\_\_\_\_\_ erstellten Bericht des Radiologen Dr. med. U.\_\_\_\_\_ vom 28. November 2016, der erstmals eine mögliche Affektion der Nervenwurzeln thematisiert hat (BVGer-act. 8 Beilage 1). Zwar wird im ebenfalls vor Verfügungserlass erstellten Bericht des Universitätsklinikums F.\_\_\_\_\_ vom 27. April 2017 im klinischen Befund eine Nervenaffektion verneint (kein sensomotorisches Defizit, keine Kribbelparästhesien; ob ein Kompressionsschmerz bestand, ist aufgrund des Berichts unklar). Allerdings wird auch nicht auf die abweichende Beurteilung von Dr. med. U.\_\_\_\_\_ eingegangen, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass der Beschwerdeführer vom behandelnden Orthopäden zur Therapie (Durchführung einer Kryodenervation L5/S1 bds. sowie einer Facettengelenksinfiltration L5/S1 bds. am 24. April 2017) an das Universitätsklinikum F.\_\_\_\_\_ überwiesen worden war. Ob ein Therapieerfolg zu verzeichnen war oder in der Folge eine Indikation zu einer TLIF-Spondylodese L5/S1 links gestellt wurde (vgl. Bericht Universitätsklinikums F.\_\_\_\_\_ vom 27. April 2017), ergibt sich nicht aus den Akten.

**7.3** Im Weiteren geht aus den zahlreichen ärztlichen Berichten zwar hervor, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht insbesondere an Beschwerden der Lenden- sowie Halswirbelsäule, an Schultergelenksbeschwerden, an einer Fehlstellung der Knie sowie an Schlafapnoe leidet, und dass deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit insofern unbestritten sind, als – soweit in den Berichten überhaupt Stellung zur Arbeitsfähigkeit genommen wird – übereinstimmend schwere körperliche Tätigkeiten nicht mehr als zumutbar erachtet werden. Allerdings finden sich in den medizinischen Akten zusätzlich auch zahlreiche Berichte von behandelnden Ärzten und Psychologen, die eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion erwähnen. Es liegen damit mehrere Faktoren vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken könnten.



Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit rechtsprechungsgemäss auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierenden Grundlage erfolgen. Denn Zweck solcher interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Insbesondere beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen ist es nicht gerechtfertigt, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2). Wie bereits erwähnt, standen dem RAD für die Aktenbeurteilung zwar zahlreiche ärztliche Berichte zur Verfügung, jedoch enthalten nur wenige Berichte eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Kommt hinzu, dass diese wenigen Berichte auch keine allseitigen Einschätzungen enthalten, welche das Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen berücksichtigen.

**7.4** Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussern sich in somatischer Hinsicht lediglich die kurzen Verlaufsberichte des behandelnden Arztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2014 (vgl. Dok. 14 S. 1-4), vom 9. Juni 2015 (Dok. 60 S. 1- 5) und vom 10. Mai 2016 (Dok. 74 S. 1 ff.) sowie der Bericht der Reha-Klinik N. \_\_\_\_\_ vom 3. Februar 2016 (Dok. 74 S. 10 ff. resp. Dok. 83) und in psychiatrischer Hinsicht lediglich die beiden kurzen Verlaufsberichte der Tagesklinik des Zentrums für Psychiatrie S. \_\_\_\_\_ vom 2. Juni 2016 (Dok. 78) und vom 29. September 2016 (Dok. 85). Dabei eignen sich weder die kurzen Verlaufsberichte des behandelnden Arztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_ noch – dies entgegen der Ansicht des RAD-Arztes Dr. med. K. \_\_\_\_\_ (vgl. dessen zusammenfassende Beurteilung vom 27. März 2017 [Dok. 90]), der als Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation ohnehin nicht über die erforderlichen fachlichen Qualifikationen verfügt, um eine rechtsgenügende Beurteilung der psychischen Leiden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (vgl. E. 5.6 hiervor) – die beiden kurzen Verlaufsberichte der Tagesklinik des ZfP als Grundlage für eine Aktenbeurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die Berichte sind weder schlüssig noch nachvollziehbar, da unklar ist, ob sie auf allseitigen Untersuchungen beruhen, alle geklagten Beschwerden berücksichtigen sowie in Kenntnis sämtlicher Vorakten (Anamnese) erstellt wurden. Ebenso wenig lässt sich diesen Berichten eine Begründung für die attestierte (Rest-)Arbeitsfähigkeit

entnehmen. Sie genügen somit nicht den Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts (vgl. E. 5.5 hiervor).

**7.5** Kommt hinzu, dass bei Vorliegen psychischer Erkrankungen, namentlich einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (wobei bei der Diagnosestellung der diagnoseinhärente Schweregrad zu beachten ist, vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und E. 4.3.1.1) bzw. eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder einer depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), die neue bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren fordert, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. E. 5.7 hiervor). Gerade bei chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren fehlt der Bezug zum Schweregrad, so dass die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens zentral ist und diese anhand der rechtserheblichen Indikatoren im Sinne einer Überprüfung der schmerzbedingten Beeinträchtigung im Alltag zu erfolgen hat (vgl. BGE 142 V 106 E. 4.2-E. 4.4). Die von einer sachverständigen medizinischen Fachperson, namentlich einem Psychiater, vorzunehmende Prüfung der Standardindikatoren (vgl. dazu eingehend BGE 141 V 281) ist vorliegend offensichtlich nicht erfolgt, weshalb vorliegend insbesondere allfällige Auswirkungen der psychischen Leiden vollständig ungeklärt geblieben sind.

**7.6** Im Weiteren kann vorliegend auch nicht auf den Bericht der Reha-Klinik N.\_\_\_\_\_ vom 3. Februar 2016 (Dok. 74 S. 10 ff. resp. Dok. 83) abgestellt werden, da es diesem ebenfalls an der erforderlichen interdisziplinären Gesamtschau sämtlicher Leiden fehlt. Denn im Bericht wird grundsätzlich nur zu den somatischen Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit – wobei das Pensum in Verweistätigkeiten unpräzise mit «über sechs Stunden» angegeben wird – Stellung genommen, da die Zuweisung durch die Deutsche Rentenversicherung explizit in die orthopädische und nicht in die psychosomatische Abteilung erfolgte. Psychosomatische Begleiterkrankungen wurden nur im Rahmen des Möglichen berücksichtigt (vgl. dazu die Ausführungen im Bericht unter Ziff. 1 «Anamnese» [Dok. 74 S. 14 und Dok. 83 S. 1]). Die Ärzte der Reha-Klinik N.\_\_\_\_\_ wiesen denn auch im Rahmen der Leistungsbeurteilung explizit darauf hin, dass nebst den in somatischer Hinsicht festgestellten Einschränkungen in-

folge der begleitenden Erkrankung auf psychischem Fachgebiet mutmasslich weitere Einschränkungen bei Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an das Anpassungs- und Umstellungsvermögen vorhanden sein könnten. Deshalb erachteten sie diesbezüglich gegebenenfalls eine nervenärztliche psychiatrische Mitbeurteilung als sinnvoll (vgl. Dok. 74 S. 11 unten und Dok. 83 S. 11 unten). Ein solche – auch von der Tagesklinik des ZfP im Verlaufsbericht vom 29. September 2016 empfohlene – psychiatrische Mitbeurteilung erfolgte indes nicht. Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den RAD können aufgrund des Dargelegten nicht als gegeben erachtet werden und es wären weitere Abklärungen zum medizinischen Sachverhalt angezeigt gewesen. Indem die Vorinstanz weitere Abklärungen entgegen den Empfehlungen der behandelnden Ärzte unterlassen hat, hat sie den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 ATSG) verletzt. Hinzu kommt, dass sich der RAD-Arzt bei seiner Beurteilung von sachfremden Argumenten leiten lässt, indem er ausführt, dass der Beschwerdeführer die per 31. August 2015 vorgenommene Einstellung der Taggeldleistungen akzeptiert und somit der gemäss Schreiben der Krankentaggeldversicherung vom 28. Mai 2015 ab März 2015 attestierten vollen Arbeitsfähigkeit vollumfänglich zugestimmt habe. Allein aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. August 2015 nicht angefochten hat, lässt sich hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts nichts ableiten.

**7.7** Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die medizinische Aktenlage unvollständig ist. Insbesondere sind die Auswirkungen der in den zahlreichen Berichten erwähnten psychischen Beschwerden vollständig ungeklärt geblieben. Darüber hinaus ist den medizinischen Akten auch keine umfassende fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten somatischen und psychischen Beeinträchtigungen bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu entnehmen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Mangels eines lückenlos feststehenden medizinischen Sachverhalts kann mithin auf die Aktenbeurteilung des RAD-Arztes Dr. med. K. \_\_\_\_\_ als Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht abgestellt werden. Viel mehr bestehen aufgrund des soeben Dargelegten an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme des RAD erhebliche Zweifel. Dies konnte vor Verfügungserlass nur Anlass zu weiteren Abklärungen geben. Daraus folgt, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend auch

nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat.

## 8.

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es insbesondere an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung der somatischen und psychischen Beschwerden fehlt und die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren selbst noch kein Gutachten eingeholt, sondern die bei der Krankentaggeldversicherung, bei den deutschen Ärzten sowie beim Beschwerdeführer eingeholten Berichte als ausreichend betrachtet hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich im Sinne des mit Replik vom 24. Oktober 2017 gestellten Eventualantrags gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie nach Aktualisierung des medizinischen Dossiers und nach Beizug der aufdatierten Akten der Taggeldversicherung eine umfassende interdisziplinäre medizinische Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen zur Klärung der Fragen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit März 2014 und im Verlauf in der bisherigen (Stahlbauer) und in einer angepassten Tätigkeit bestehen. Aufgrund der medizinischen Aktenlage geboten erscheint ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie (letzte unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung, BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Allenfalls erscheint mit Blick auf die erstmals am 28. November 2016 beschriebene mögliche Affektion der Nervenwurzel auf der Ebene L5 (vgl. BVGer-act. 8 Beilage 1) zusätzlich die Disziplin Neurologie als geboten. Ob jedoch neben den genannten Fachdisziplinen tatsächlich auch ein Neurologe und allenfalls weitere Spezialisten beizuziehen sind (z.B. ein Orthopäde/Neurochirurg), 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 BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1), und sie letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.3). Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

## 9.

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

**9.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**9.2** 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 sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen.

(Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite)

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

### **1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 16. Juni 2017 aufgehoben und die Streitsache zu weiteren Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

### **2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- wird diesem nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

### **3.**

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung Fr. 2'800.- zugesprochen.

### **4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Christoph Rohrer

Milan Lazic

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: