



## Urteil vom 6. März 2019

---

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),  
Richterin Viktoria Helfenstein, Richterin Caroline Gehring,  
Gerichtsschreiberin Nadja Francke.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Österreich),  
vertreten durch Antonius Falkner, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch  
(Verfügung vom 3. März 2017).

**Sachverhalt:****A.**

**A.a** Der am (...) 1956 geborene und in seinem Heimatland Österreich wohnhafte österreichische Staatsangehörige A.\_\_\_\_\_ ([nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) arbeitete seit 1972 als Grenzgänger in der Schweiz und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung (AHV/IV, Akten der Vorinstanz [nachfolgend: act.] 1, 6, 11). Abgesehen von einem kurzen Unterbruch (November 1978 bis Juli 1979) war der Versicherte während der gesamten Dauer seiner Erwerbstätigkeit in der Schweiz bei der B.\_\_\_\_\_ AG (ehemals C.\_\_\_\_\_ AG) in (...) beschäftigt (act. 11).

**A.b** Am 12. Juni 2014 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle D.\_\_\_\_\_ zum Bezug von IV-Leistungen an (act. 1). Nachdem er am 8. Februar 2014 einen Unfall mit einem erstgradig offenen Unterschenkelbruch links erlitten hatte, bestand bis 31. Juni 2014 eine 100 %ige und ab 1. Juli 2014 eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 1. Juli 2014 nahm der Versicherte seine bisherige, bis zum Unfall vollzeitlich ausgeübte Tätigkeit als Staplerfahrer/Lagermitarbeiter bei der B.\_\_\_\_\_ AG im Umfang von 50 % wieder auf (act. 9; act. 13, S. 3; act. 16-19). Der zuständige Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD), Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt der Chirurgie (vgl. Eintrag auf [https://www.F.\\_\\_\\_\\_\\_.admin.ch](https://www.F._____.admin.ch)), kam am 4. August 2014 gestützt auf die Akten der Suva zum Schluss, dass bei bisherig ungestörtem Heilungsverlauf von einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einem Zeitraum von 3 - 6 Monaten auszugehen sei (act. 18).

**A.c** Im Verlaufsprotokoll vom 13. April 2015 hielt die Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle D.\_\_\_\_\_ fest, dass der Versicherte ihr am 7. Oktober 2014 von Konflikten mit seinem Vorgesetzten und Mobbing am Arbeitsplatz berichtet habe. Bei dem von ihr veranlassten Betriebsgespräch am 23. Oktober 2014 mit dem Versicherten und den Verantwortlichen der B.\_\_\_\_\_ AG habe keine Lösung gefunden werden können. Seit diesem Gespräch sei der Versicherte von seinem Psychiater zu 100 % krankgeschrieben (act. 19). Mit Mitteilung vom 24. April 2015 teilte die IV-Stelle D.\_\_\_\_\_ dem Versicherten mit, dass kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe (act. 21). Am 18. Mai 2015 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten auf den 31. August 2015 (act. 24).

**A.d** Im Rahmen der Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs (act. 26) holte die IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ Berichte bei den behandelnden Ärzten des Versicherten ein (act. 38-43) und legte diese zur Beurteilung RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_ vor. Gemäss seiner Stellungnahme vom 9. Juli 2015 erachtete Dr. E. \_\_\_\_\_ die Arztberichte für ungenügend und forderte die Einholung weiterer Berichte und Angaben an (act. 44).

**A.e** Gemäss Schreiben vom 14. September 2015 stellte die Unfallversicherung Suva gestützt auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 28. Januar 2015, wonach der Versicherte ab diesem Zeitpunkt in seiner bisherigen Tätigkeit unfallbedingt noch zu 25 % arbeitsunfähig sei (Fremdakten der Unfallversicherung [nachfolgend: UV-act.] 5, S. 138 ff.), die aufgrund der Unfallfolgen geleisteten Taggeldzahlungen ab 1. September 2015 mit Verweis auf Art. 25 Abs. 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) bzw. Art. 5 Abs. 4 der Verordnung über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen (SR 837.171) ein (UV-act. 8, S. 33). Der behandelnde Chirurg Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Oberarzt und Leiter der Unfallchirurgie im Krankenhaus I. \_\_\_\_\_/Österreich, attestierte dem Versicherten nach der Metallentfernung am 16. November 2015 mit komplikationslosem peri- und postoperativem Verlauf eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit ab 30. Dezember 2015 (UV-act. 8, S. 11-16). Gemäss kreisärztlichem Abschlussuntersuchungsbericht vom 14. April 2016 erachtete Dr. G. \_\_\_\_\_ die Unfallfolgen für nicht genügend erheblich, um einen Anspruch des Versicherten auf eine Integritätsentschädigung begründen zu können (UV-act. 9, S. 4 ff.).

**A.f** Nachdem die IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ ergänzende Abklärungen getroffen und weitere ärztliche Berichte eingeholt hatte (act. 45-88), legte sie die Angelegenheit erneut RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung vor. Dieser kam, insbesondere in Würdigung des Kreisarztberichts vom 14. April 2016 und des Berichts der behandelnden Psychiaterin Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. Mai 2016 (act. 88), am 8. Juni 2016 zum Schluss, dass der Gesundheitszustand des Versicherten aus somatischer Sicht stabil sei und gestützt auf die Einschätzung der Suva keine relevante Einschränkung in der angestammten Tätigkeit mehr vorhanden sei, womit auch eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe. Aus psychiatrischer Sicht sei eine weitere vertiefte Abklärung in Form einer Begutachtung erforderlich (act. 89).

**A.g** Am 29. August 2016 wurde der Versicherte in der Schweiz durch Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom 12. September 2016 gab Dr. K. \_\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten an. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Er attestierte dem Versicherten in der angestammten Tätigkeit sowie in leidensadaptierten Tätigkeiten eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit (act. 96). RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_ erachtete das Gutachten gemäss seiner Stellungnahme vom 16. September 2016 als beweiskräftig (act. 97).

**A.h** Mit Vorbescheid vom 7. Oktober 2016 stellte die IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ dem Versicherten die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht (act. 101). Gegen den Vorbescheid liess der unterdessen anwaltlich vertretene Versicherte am 14. November 2016 (Eingangsdatum: 15. November 2016) Einwand erheben mit dem Antrag, es sei ein orthopädisch-rheumatologisches Gutachten einzuholen. Zur Begründung hielt er im Wesentlichen fest, dass die IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ nicht sämtliche seiner in den Akten dokumentierten, körperlichen Beschwerden berücksichtigt habe. Insbesondere leide er an erheblichen Abnützungserscheinungen und Einschränkungen im Bereich der Wirbelsäule. Diesbezügliche Atteste von Dr. L. \_\_\_\_\_ mit MRI-Berichten lägen in den Akten (vgl. act. 39, 47-52). Die Suva, auf deren Abklärungen sich die IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ stütze, habe lediglich die unfallbedingten Beeinträchtigungen am linken Bein berücksichtigt (act. 103). RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_ kam in seiner Stellungnahme vom 21. November 2016 zum Schluss, dass aufgrund der im Einwand erwähnten Berichte keine Veranlassung bestehe, die getroffenen Einschätzungen in irgendeiner Form abzuändern (act. 104).

**A.i** Auf Veranlassung der IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ verfügte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: Vorinstanz) am 3. März 2017 die Abweisung des Rentenbegehrens des Versicherten. Zur Begründung hielt sie fest, dass gestützt auf das Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit als Staplerfahrer sowie auch in adaptierten Tätigkeiten ausgegangen werden könne, womit kein Erwerbsausfall bestehe. Die geltend gemachten Einwände vom 15. November 2016 vermochten gemäss Beurteilung des RAD nichts an den getroffenen Einschätzungen zu ändern (act. 111, S. 3 ff.).

**B.**

**B.a** Gegen diese Verfügung erhob der weiterhin durch Rechtsanwalt Antonius Falkner vertretene Beschwerdeführer am 6. April 2017 (Datum Postaufgabe) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht, unter Beilage eines Berichts von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 21. März 2017 und eines Berichts von Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 27. März 2017. Er beantragte – sinngemäss unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung – die Ausrichtung einer seinem IV-Grad entsprechenden Invalidenrente; eventualiter sei die Rechtssache an die Vorinstanz zur neuerlichen Entscheidung über sein Gesuch zurückzuleiten; unter o-/e-Kostenfolge zulasten der Vorinstanz. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter im Wesentlichen geltend, die Vorinstanz habe sich betreffend die körperlichen Probleme des Beschwerdeführers allein auf die Abklärungen der Suva gestützt und damit die bestehenden, nicht unfallkausalen Rückenbeschwerden ausser Acht gelassen. Die Vorinstanz hätte diesbezüglich weitere Abklärungen vornehmen müssen. Hinsichtlich der psychischen Probleme könne aus verschiedenen Gründen nicht auf das Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ abgestellt werden (zu kurze Explorationsdauer, keine bzw. keine genügende Auseinandersetzung mit den Vorberichten von Dr. L. \_\_\_\_\_ und Dr. J. \_\_\_\_\_, rechtliche statt medizinische Beurteilung der Auswirkungen der diagnostizierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auf die Arbeitsfähigkeit, Voreingenommenheit des Gutachters, da er dem Beschwerdeführer ein Alkoholproblem unterstelle). Zudem habe sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischenzeitlich derart verschlechtert, dass dieser eine stationäre Behandlung habe in Angriff nehmen müssen. Mangels ausreichender Abklärung werde die Einholung eines bidisziplinären Gutachtens in den Fachbereichen Orthopädie und Psychiatrie beantragt (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend BVGer-act.] 1).

**B.b** Mit ihrer Vernehmlassung vom 19. Juni 2017 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde bzw. die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Zur Begründung verwies sie auf die beigelegte Stellungnahme der IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ vom 15. Juni 2017. Darin wurde festgehalten, dass in somatischer Hinsicht der Suva-Kreisarzt in seinem Bericht vom 14. April 2016 nachvollziehbar zum Schluss gelangt sei, dass von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit und in anderen Tätigkeiten auszugehen sei. Betreffend die geltend gemachten Rückenbeschwerden sei darauf hinzuweisen, dass der MRI-Befund vom 5. Juli 2015 keine schwer ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS und HWS gezeigt habe. Einschränkungen der Leistungs-

bzw. Arbeitsfähigkeit ergäben sich dadurch nicht. Auf die Einholung eines orthopädischen Gutachtens könne in antizipierender Beweiswürdigung verzichtet werden. In psychiatrischer Hinsicht erfülle das Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an ein beweiskräftiges, lege artis erstelltes Gutachten, insbesondere sei eine Stellungnahme zu den divergierenden Beurteilungen in den Vorakten erfolgt. Dass der Gutachter der diagnostizierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigegeben habe, resultiere aus dem erhobenen psychopathologischen Befund, womit nicht gesagt werden könne, Dr. K. \_\_\_\_\_ habe seine Einschätzung nicht mit medizinischen, sondern rechtlichen Argumenten begründet. Aus der Aussage von Dr. K. \_\_\_\_\_, dass der stark erhöhte CDT-Wert auf eine tägliche Einnahme von mehr als 60 g Alkohol hindeute und daher die Angabe des Beschwerdeführers, lediglich ab und zu ein kleines Bier zu trinken, nicht glaubhaft sei, lasse sich nicht auf eine Voreingenommenheit oder Befangenheit Dr. K. \_\_\_\_\_ schliessen. Im Weiteren gelte gestützt auf die Rechtsprechung eine diagnostizierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion mangels hinreichend ausgeprägter Psychopathologie nicht als invalidisierendes Leiden (BVGer-act. 6).

**B.c** In der Replik vom 5. September 2017 machte der Rechtsvertreter unter Aufrechterhaltung der Rechtsbegehren im Wesentlichen geltend, die Vorinstanz gehe gemäss ihrer Vernehmlassung davon aus, dass die Befunde betreffend die LWS und HWS keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten. Da sich in den Akten keine medizinischen Abklärungen zu dieser Frage fänden und sich weder eine externe Gutachterstelle noch der RAD mit den gesundheitlichen Problemen im Bereich der Wirbelsäule befasst hätten, handle es sich um eine reine Mutmassung des Vertreters des Rechtsdienstes der Vorinstanz. Aus psychiatrischer Sicht habe sich Dr. K. \_\_\_\_\_ mit seinem Gutachten gegen alle sonstigen medizinischen Abklärungsergebnisse gestellt, insbesondere gegen die Einschätzungen der Dres. J. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_, welche mit ihren Berichten belegt hätten, dass der Beschwerdeführer an einer erheblichen depressiven Erkrankung leide, die sich auf seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirke. Dr. K. \_\_\_\_\_ habe seine abweichende Diagnosestellung und Beurteilung weder nachvollziehbar begründet noch habe er sich mit den widersprechenden Abklärungsergebnissen auseinandergesetzt. Auf diese Mängel sei bereits im Verwaltungsverfahren hingewiesen und der Antrag auf Einholung einer ergänzenden Stel-

lungnahme gestellt worden. Dies habe die Vorinstanz nicht gemacht, weshalb von einer erheblichen Verletzung des Anspruchs auf Wahrung des rechtlichen Gehörs auszugehen sei (BVGer-act. 10).

**B.d** Mit Eingabe vom 25. September 2017 verzichtete die Vorinstanz mit Verweis auf die beigelegte Stellungnahme der IV-Stelle D.\_\_\_\_\_ vom 15. September 2017, wonach am gestellten Antrag und den Ausführungen in der Beschwerdeantwort festgehalten werde, auf eine Duplik (BVGer-act. 12). Mit Instruktionsverfügung vom 3. Oktober 2017 wurde ein Doppel der Eingabe der Vorinstanz dem Beschwerdeführer zur Kenntnisnahme zugestellt und der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 13).

**B.e** Mit Eingabe vom 16. März 2018 stellte die Vorinstanz dem Bundesverwaltungsgericht neue medizinische Unterlagen seitens des österreichischen Versicherungsträgers, namentlich ein ärztliches Gesamtgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 31. Januar 2018 zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt Landesstelle O.\_\_\_\_\_, zu (BVGer-act. 14).

**B.f** Mit Instruktionsverfügung vom 27. März 2018 wurden die eingereichten Unterlagen in Wiedereröffnung des Schriftenwechsels zur Kenntnis genommen und den Parteien zur Kenntnis gegeben. Weiter wurde die Vorinstanz eingeladen, die im Gutachten vom 31. Januar 2018 erwähnten und nicht aktenkundigen medizinischen Unterlagen vom österreichischen Versicherungsträger bis zum 7. Mai 2018 einzufordern und dem Gericht vorzulegen (BVGer-act. 15). Die einverlangten Unterlagen, namentlich das psychiatrische Fachgutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, vom 18. Januar 2018, der unfallchirurgische Bericht von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 12. April 2017 sowie der internistische Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 6. Juni 2012 wurden von der Vorinstanz am 25. April 2018 übermittelt (BVGer-act. 18).

**B.g** Mit Eingabe vom 23. Mai 2018 nahm die Vorinstanz die mit Instruktionsverfügung vom 1. Mai 2018 erteilte Gelegenheit zur Einreichung allfälliger Bemerkungen zu den neu eingereichten Unterlagen wahr und verwies unter Aufrechterhaltung ihrer Rechtsbegehren auf die beigelegte Stellungnahme der IV-Stelle D.\_\_\_\_\_ vom 11. Mai 2018. Darin wurde festgehalten, dass das Gutachten vom 18. Januar 2018 mehrere Monate nach Erlass der Verfügung erstellt worden und daher nicht geeignet sei, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen, zumal

es nicht die von der Rechtsprechung aufgestellten formellen und materiellen Voraussetzungen an ein *lege artis* abgefasstes beweiskräftiges Gutachten erfülle (BVGer-act. 22).

**B.h** Mit Instruktionsverfügung vom 12. Juni 2018 wurde die Eingabe der Vorinstanz vom 23. Mai 2018 inkl. Beilage dem Beschwerdeführer zur Kenntnis gebracht und der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 23).

**C.**

Auf die weiteren Vorbringen und Beweismittel wird – soweit entscheidungswesentlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

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

**1.**

**1.1** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 3. März 2017, mit welcher das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers um Ausrichtung einer Rente der Invalidenversicherung abgewiesen wurde.

**1.2** Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 VwVG). Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen. Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger in (...) erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in (...) (Österreich), wo er heute noch wohnt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und schliesslich zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig. Daraus folgt wiederum, dass das Bundesverwaltungsgericht zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig ist (Art. 31, Art. 32 und Art. 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

**1.3** Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]).

**1.4** Nachdem der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss innert Frist geleistet hat (BVGer-act. 5), ist auf die unbestrittenermassen innert Frist und im Übrigen auch formgerecht eingereichte Beschwerde vom 6. April 2017 einzutreten (Art. 63 Abs. 4 VwVG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

## **2.**

**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 Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 3. März 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 9C\_67/2012 vom 4. Juli 2012; vgl. BGE 99 V 98).

## **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren

gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe alleine nach schweizerischem Recht.

**3.2** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 3. März 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.

#### **4.**

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

**4.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten 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).

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

**4.4** Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, jedoch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b).

**4.4.1** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb; Urteil BGer 9C\_278/2016 vom 22. Juli 2016 E. 3.2.2).

**4.4.2** In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

**4.4.3** Auf Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) bzw. des internen medizinischen Dienstes kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen 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 (Urteile des BGer 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2; 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4 und 1988 U 56 S. 371).

## 5.

In formeller Hinsicht machte der Beschwerdeführer geltend, die Vorinstanz habe seinen Anspruch auf Wahrung des rechtlichen Gehörs verletzt, denn obwohl er bereits im Anhörungsverfahren auf Mängel im Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 12. September 2016 hingewiesen habe, habe es die Vorinstanz unterlassen, eine beantragte ergänzende Stellungnahme einzuholen.

**5.1** Der Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV], Art. 42 ATSG) verlangt, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid in seiner Rechtstellung Betroffenen auch tatsächlich hört,

prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt, woraus sich die Verpflichtung der Behörde ergibt, ihren Entscheid zu begründen (BGE 136 I 229 E. 5.2; 138 I 232 E. 5.1 m.H.). Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zudem das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Auf weitere Beweisvorkehren kann allerdings dann verzichtet werden, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich ist, wenn bereits Feststehendes bewiesen werden soll, wenn von vornherein gewiss ist, dass der angebotene Beweis keine Abklärungen herbeizuführen vermag, oder wenn die Behörde den Sachverhalt gestützt auf ihre eigene Sachkenntnis bzw. jene ihrer fachkundigen Beamten zu würdigen vermag (BGE 104 V 209 E. a mit Hinweisen). Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vor (antizipierte Beweismassnahmen; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; BGE 134 I 140 E. 5.3, BGE 124 V 90 E. 4b; Urteil des BGer 8C\_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

**5.2** Im Einwand vom 14. November 2016 beanstandete der Beschwerdeführer im Wesentlichen die Nichtberücksichtigung der gesundheitlichen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und beantragte die Einholung eines orthopädisch-rheumatologischen Gutachtens. Ausführungen zu Mängeln des psychiatrischen Gutachtens von Dr. K. \_\_\_\_\_ sind dem Schreiben hingegen nicht zu entnehmen. Es findet sich lediglich das Vorbringen, dass bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs die psychischen Beeinträchtigungen zu hinterfragen seien (act. 103). In der angefochtenen Verfügung äusserte sich die Vorinstanz mittels Wiedergabe der eingeholten Stellungnahme des RAD zu den geltend gemachten Rückenbeschwerden und legte damit dar, weshalb sich dadurch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers begründen lasse (act. 111, S. 4). Weiter geht aus der Verfügung hervor, dass sich die Vorinstanz in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ stützte (act. 111, S. 3). Aus der Verfügungsbegründung ergibt sich, dass die Vorinstanz die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen als schlüssig erachtete und daher in antizipierender Beweismassnahmen auf weitere Abklärungen verzichtete. Ob dieses Vorgehen der Vorinstanz Bundesrecht

verletzt, wie es der Beschwerdeführer geltend gemacht hat, ergibt sich erst aus der Würdigung der medizinischen Entscheidungsgrundlage, auf welche die Vorinstanz in ihrer Verfügung abgestellt hat.

## 6.

In materieller Hinsicht umstritten ist, ob beim Beschwerdeführer eine rentenbegründende Invalidität vorliegt.

## 7.

**7.1** 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 3. März 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 BGer 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3).

**7.2** Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liegen insbesondere die folgenden ärztlichen Berichte vor:

a) Vor Verfügungserlass erstellte Berichte:

- Die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Ärztin der Allgemeinmedizin, gab in ihrem undatierten Bericht (Eingang bei der IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ am 6. Juli 2015) als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose eine seit Oktober 2014 vorliegende Depression an. Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erachtete sie eine fachärztliche Begutachtung als notwendig (act. 38).
- Dr. med. T. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, gab in seinem Bericht vom 6. Juli 2015 als Diagnose ein seit 2013 bestehendes "HWS-Syndrom Schmerzen" an, wobei die Prognose diesbezüglich gut sei. Gesundheitliche Einschränkungen lägen aufgrund der Depression vor. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verwies er auf Dr. J. \_\_\_\_\_ (act.

- 39, S. 4). Gemäss Bericht von Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2015 waren die vom Beschwerdeführer geklagten sensiblen Störungen der Hände beidseits abgeklärt worden. Im Ergebnis war die Neurophysiologie im Bereich der Hände – nervus medianus – beidseits unauffällig gewesen, woraufhin Dr. L. \_\_\_\_\_ eine Bildgebung der HWS veranlasst hatte (act. 39, S. 2 f.). Der MRT-Befund vom 5. Juli 2015 hatte zusammengefasst Folgendes ergeben: “Osteochondrosen Punctum maximum HWK5 - HWK7, Aktivierungsödeme in der Grund- und Deckplatte HWK4 - HWK6 rechts. Retrospondylose und Begleitprotrusionen. Durch Spondylosis uncovertebralis bedingte Einengung der Neuroforameneingänge rechts (Nervenwurzel C6 und C7 rechts)“, act. 51 f.).
- Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, gab in ihrem Bericht vom 9. Juli 2015 als Diagnose “F33.2“ an, bestehend seit Dezember 2014. Der Beschwerdeführer werde fachpsychiatrisch mit Psychopharmaka und Psychotherapie in ambulantem Setting alle 2 - 4 Wochen behandelt. Als gesundheitliche Einschränkung bestehe eine Erschöpfungssymptomatik mit depressiver Stimmungslage. Der Beschwerdeführer habe nicht mehr arbeiten können. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer adaptierten Tätigkeit erachtete Dr. J. \_\_\_\_\_ als “gutachterliche Fragestellung“ und nahm dazu keine Stellung (act. 41, 43).
  - Im Bericht vom 16. Juli 2015 hielt Dr. J. \_\_\_\_\_ nach Angaben zum psycho-pathologischen Befund fest, dass der Beschwerdeführer nach der Umstellung der medikamentösen Behandlung am 15. April 2015 über eine Verbesserung der depressiven Symptomatik berichtet habe. Eine Zuweisung für einen stationären Aufenthalt in einer Klinik für Symptomatik sei bislang u.a. wegen der selbstunsicheren vermeidenden ängstlichen Persönlichkeitsmerkmale des Beschwerdeführers noch nicht erfolgt (act. 54, S. 2).
  - Im Bericht der zwecks Beurteilung des Integritätsanspruchs veranlassenen kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 14. April 2016 hielt Dr. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, in der Beurteilung fest, dass objektiv eine leichte Druckdolenz im ehemaligen Frakturgebiet bestehe. Die Konditionierung sei gut, die Belastungszeichen mit kräftiger plantarer Beschwiellung. Die Beweglichkeit sei im Knie gut, im Sprunggelenk ordentlich, die Hüfte sei frei. Insgesamt bestehe ein gutes Resultat nach versorgter Unterschenkelfraktur und Metallentfernung mit

verbliebener leichter Belastungsintoleranz für weite Gehstrecken und schwere Belastungen (UV-act. 9, S. 4 ff.).

- Dr. J. \_\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 30. Mai 2016 als Diagnose “F32.2, in Teilremission“. Die Behandlung erfolge weiterhin mittels Psychopharmaka und Verhaltenstherapie. Unter “Prognose“ hielt sie fest, dass soziale Alltagsbelastungen bedingt (möglich) seien, aber zum jetzigen Zeitpunkt keine Arbeitsfähigkeit bestehe. Zur Frage der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer adaptierten Tätigkeit gab Dr. J. \_\_\_\_\_ erneut an, dies sei eine gutachterliche Fragestellung (act. 88, S. 2 ff.).
- In einem dem Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ beigelegten Bericht vom 7. Juli 2016 gab Dr. J. \_\_\_\_\_ folgende Diagnose an: “Schwergradige depressive Episode, derzeit in Teilremission, mit begleitender episodisch paroxysmaler Angststörung“ (act. 96, S. 44).
- Dr. K. \_\_\_\_\_ stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 12. September 2016 als einzige Diagnose eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), die ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei. Die psychische Problematik sei ganz eindeutig als Reaktion auf eine schwierige Situation am Arbeitsplatz aufgetreten, die der Beschwerdeführer insgesamt als Mobbing erlebt habe, sowie als Reaktion auf die erfolgte Kündigung. Im Zeitpunkt der Untersuchung am 29. August 2016 sei die Grundstimmung des Beschwerdeführers teilweise etwas zum depressiven Pol hin verschoben gewesen mit Angabe von Ambivalenz, Insuffizienzgefühlen, Gereiztheit, innerliche Unruhe und einer “miserablen“ Stimmung“. Gemäss eigener Aussage habe der Beschwerdeführer Mühe mit dem Antrieb, jedoch seien Mimik und Gestik lebhaft gewesen. Zusammengefasst habe der Beschwerdeführer einige depressive Symptome berichtet, die Symptomatik sei jedoch nicht besonders ausgeprägt gewesen (Hamilton Depressionsskala 17: Wert von 11 Punkten), so dass er nicht vom Vorliegen einer eigentlichen depressiven Episode ausgehe. Der Beschwerdeführer begründe seine Einschätzung, nicht mehr arbeiten zu können, nicht wirklich mit einer psychischen Symptomatik, sondern mit der schlechten Behandlung durch seine ehemaligen Vorgesetzten sowie mit Durchfall (gemäss Angaben des Beschwerdeführers eine Nebenwirkung der Medikamente). Es sei möglich, dass vorübergehend tatsächlich die Kriterien einer eigentlichen depressiven Episode erfüllt gewesen seien, aber es sei aufgrund der unklaren Aktenlage nicht

möglich zu sagen, von wann bis wann dies allenfalls der Fall gewesen sei. Eine Alkoholproblematik könne aufgrund des auffällig hohen CDT-Wertes nicht ausgeschlossen werden. Mit einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründen. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (act. 96, S. 30 ff.).

b) Nach Verfügungserlass erstellte Berichte:

- Dr. J. \_\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 21. März 2017 fest, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, derzeit in Teilremission, leide. Aufgrund der Impulskontrollstörung, Affektregulationsstörung und der Stimmungsschwankungen v.a. mit Neigung zu depressiven Phasen werde aktuell die Psychopharmakotherapie mit “Lamotrigin“ erweitert. Der Beschwerdeführer nehme regelmässig seine fachärztlichen Kontrollen, bei denen auch psychotherapeutische Gespräche geführt würden, wahr. Immer wieder komme es bei Stresssituationen und Belastungsmomenten zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit begleitender massiver Angst, Störung der Schlafstruktur und Neigung zur sozialen Isolation. Im Rahmen einer beruflichen Reintegration sei mit einer Verschlechterung bzw. protrahierendem Verlauf der Depression auszugehen, weshalb die berufliche Reintegration nicht als sinnvoll und zweckmässig zu betrachten sei (Beilage zu BVGer-act. 1).
- Dr. L. \_\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 27. März 2017 als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode und wies darauf hin, dass eine “seelische Reha“ folge (Beilage zu BVGer-act. 1).
- Im Bericht vom 12. April 2017 hielt Dr. H. \_\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer nach wie vor über Beschwerden infolge des Unfalls vom 8. Februar 2014 klage. Das durchgeführte Röntgenbild zeige die Fraktur knöchern geheilt. Die zudem festgestellte, mässig ausgeprägte Varusgonarthrose sowie die möglicherweise Verknöcherung der Membrana interossa seien möglicherweise doch Ursache der weiterhin bestehenden Belastungsschmerzen. Eine Verbesserung des Beschwerdebildes sei weder durch weitere physiotherapeutische Massnahmen noch durch einen neuerlichen operativen Eingriff möglich (Beilage zu BVGer-act. 18).

- Im “Gesamtgutachten“ von Dr. N.\_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2018 (Untersuchungszeitpunkt 29. November 2017) wurde als Hauptdiagnose eine wiederkehrende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, genannt und folgende weitere Diagnosen angegeben: Chronisch wiederkehrende HWS-Schmerzen bei Osteochondrosen mit Punctum maximum HWK5 - HWK7, Neuroforameneinengungen durch Spondylosis, mässig ausgeprägte Varusgonarthrose und leichte Fehlstellung des linken Wadenbeins, wiederkehrende LWS-Schmerzen, aktuell keine Schmerzausstrahlung in die Beine, bekannter Megaureter rechts, parapelveine Zysten bds., erektile Dysfunktion, Zustand nach Metallentfernung im Bereich des linken Unterschenkels im Herbst 2015, Zustand nach Strecksehnen-OP linker Zeigefinger mit bleibendem Streckdefizit sowie Zustand nach OP im Bereich des linken Daumens (Beilage zu BVGer-act. 17).
  
- Dr. P.\_\_\_\_\_ gab in seinem im Rahmen des Gesamtgutachtens von Dr. N.\_\_\_\_\_ eingeholten (vgl. Gutachten Dr. N.\_\_\_\_\_ S. 5 Ziff. 8 und 10) psychiatrischen Fachgutachten vom 18. Januar 2018 (Untersuchungszeitpunkt), unterzeichnet am 26. Januar 2018, als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), an. Er hielt fest, beim Beschwerdeführer bestünden gegenwärtig vordergründig Schlafstörungen, welche trotz Medikation teilweise noch bestünden, Konzentrationsstörungen und auch eine Vergesslichkeit, dies trotz fehlender Belastungen des Erwerbslebens. Die cerebrale Belastbarkeit sei somit zu gering zur Aufnahme einer Arbeitstätigkeit am 1. Arbeitsmarkt (vgl. Gutachten S. 7: “gesamtes psychisch-geistiges Leistungsvermögen nach MELBA“, vgl. auch Gesamtgutachten S. 11). In therapeutischer Hinsicht wies Dr. P.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass beim Beschwerdeführer gegenwärtig keine sozialpsychiatrische Betreuung oder Psychotherapie stattfinde (Beilage zu BVGer-act. 18).

**7.3** Betreffend die nach Verfügungserlass am 3. März 2017 entstandenen Berichte sind der Bericht von Dr. J.\_\_\_\_\_ vom 21. März 2017 und jener von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 12. April 2017 zur berücksichtigen, da diese zeitnah zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses ergangen sind und sich auf damals bestehende gesundheitliche Beschwerden des Beschwerdeführers, namentlich auf das psychische Leiden und auf die Folgen der am 2. Februar 2014 erlittenen Unterschenkelfraktur, beziehen. Sie erlauben somit Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Verfügungserlasses. Dies gilt nicht für die Gutachten der

Dres. N.\_\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_\_, die erst über acht Monate nach dem Abschluss des Verwaltungsverfahrens erstellt wurden (Januar 2018) und die keine retrospektiven Beurteilungen hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für die vorliegend relevante Zeitperiode bis 3. März 2017 (Verfügungserlass) enthalten. Folglich sind diese beiden Gutachten im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen.

## **8.**

**8.1** In psychiatrischer Hinsicht ist vorliegend unbestritten, dass der Beschwerdeführer an einem depressiven Geschehen leidet. Umstritten sind hingegen die Diagnose, der Schweregrad der Erkrankung und die damit zusammenhängenden funktionellen Einbussen. Während im Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 12. September 2016 von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit die Rede ist, diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine arbeitsfähigkeitseinschränkende mittelgradige bis schwergradige depressive Störung. Die Vorinstanz stützte sich bei der Abweisung des Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers auf das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_\_.

**8.2** Gemäss neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind fortan sämtliche psychischen Leiden, insbesondere auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren Erkrankungen, einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418 E. 7.1 m.H. auf BGE 143 V 409). Dabei erfolgt anhand eines Katalogs von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die 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" (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), "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 Aktivitätenni-

veaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

**8.3** Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Dr. K.\_\_\_\_\_ stellte anlässlich der Begutachtung vom 29. August 2016 die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), was aufgrund der zu diesem Zeitpunkt durch ihn erhobenen Befunde, welche nach seiner Einschätzung die Kriterien einer eigentlichen depressiven Episode nicht erfüllten (act. 96, S. 31), an sich nachvollziehbar erscheint. Jedoch bleiben bereits betreffend die Entwicklung des psychischen Leidens Fragen offen. Gemäss der ICD-10-Klassifikation der WHO beinhalten die Diagnosekriterien einer Anpassungsstörung mit längerer Reaktion (ICD-10 F43.21) eine zeitliche Komponente. Demnach wird diese Form der Anpassungsstörung definiert als leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als 2 Jahre dauert (vgl. DILLING/MOUBOUR/SCHMIDT, [Hrsg], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 210). Dr. K.\_\_\_\_\_ hielt im Gutachten fest, dass er aufgrund der Aussagen des Beschwerdeführers, welcher seine psychische Problematik ganz eindeutig auf das von ihm erlebte Mobbing am Arbeitsplatz und vor allem auf ein Gespräch vom 25. Oktober 2014 (gemeint wohl: 23. Oktober 2014, vgl. act. 19) zurückführe, vom Vorliegen einer Anpassungsstörung ausgehe, wobei aufgrund des Zeitkriteriums nur noch die Diagnose einer längeren depressiven Reaktion in Frage komme (act. 96, S. 31). Ausgehend vom Zeitpunkt des Gesprächs vom 23. Oktober 2014, welches schliesslich zum Eintritt der 100 %igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers führte, war die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion im Zeitpunkt der Begutachtung im August 2016 in zeitlicher Hinsicht noch möglich. Demgegenüber war das Zeitkriterium von maximal 2 Jahren im Zeitpunkt der erst rund 6 Monate nach der Begutachtung ergangenen und vorliegend angefochtenen Verfügung vom 3. März 2017 klar überschritten, so dass in diesem Zeitpunkt definitionsgemäss keine Anpassungsstörung mehr vorgelegen haben konnte. Nachdem sich im Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_\_ keine Ausführungen zur weiteren Entwicklung des psychischen Leidens nach der Begutachtung finden, erweist es sich in diagnostischer Hinsicht als unvollständig. Vor diesem Hintergrund bleibt unklar, wie das psychische Leiden des Beschwerdeführers im Zeitraum nach der Begutachtung bis zum Erlass der

angefochtenen Verfügung einzuordnen ist. Die Vorinstanz wäre deshalb gehalten gewesen, vor Verfügungserlass eine psychiatrische Neubeurteilung zu veranlassen.

**8.4** Das Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ bietet auch im Übrigen keine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, wie sich nachfolgend zeigt:

**8.4.1** Mit den Vorakten, insbesondere den Berichten von Dr. J. \_\_\_\_\_, setzte sich Dr. K. \_\_\_\_\_ nur zum Teil auseinander und kam zum Schluss, dass aufgrund der Akten nicht klar werde, ob beim Beschwerdeführer tatsächlich einmal die Kriterien für das Vorliegen einer eigentlichen depressiven Episode erfüllt gewesen seien und – bejahendenfalls – von wann bis wann dies der Fall gewesen sei (act. 96, S. 31). Zur Begründung seiner Aussage bezog sich Dr. K. \_\_\_\_\_ lediglich auf die von Dr. J. \_\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und hielt fest, dass der Zusatz “in Teilremission“ mehr Fragen aufwerfe als beantworte (act. 96, S. 31). Eine Auseinandersetzung mit den von Dr. J. \_\_\_\_\_ erhobenen Befunden, insbesondere der im Bericht vom 9. Juli 2015 erwähnten “Erschöpfungssymptomatik mit depressiver Stimmungslage“ (act. 43, S. 2), fand nicht statt. Ebenso wenig äusserte er sich zu den von Dr. J. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Juli 2015 angegebenen Befunden (“kognitive Leistungen insgesamt reduziert, im formalen Denken Gedankenkreisen und Grübeln, umständlich teilweise sprunghaft, inhaltlich vermindertes Selbstvertrauen, vermindertes Selbstwertgefühl, Ängste, in der Stimmung mittig bis subdepressiv, im Affekt wenig mitschwingend, grundsätzlich im negativen Skalenbereich affizierbar“, act. 54, S. 2). Mangels entsprechender Auseinandersetzung mit den Vorakten erscheinen die Ausführungen von Dr. K. \_\_\_\_\_ als zu oberflächlich und es bleibt fraglich, ob anhand der Vorakten tatsächlich keine bzw. keine differenziertere retrospektive Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers möglich ist. Darauf, dass aus retrospektiver Sicht eine depressive Störung vorgelegen haben könnte, deutet der Umstand, dass sich der von Dr. J. \_\_\_\_\_ erhobene Befund der reduzierten kognitiven Leistungsfähigkeit auch im psychiatrischen Fachgutachten von Dr. P. \_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2018 entsprechend wieder findet (“Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit“) und Dr. P. \_\_\_\_\_ wie auch Dr. J. \_\_\_\_\_ eine depressive Störung, na-

mentlich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) diagnostizierten (Beilage zu BVGer-act. 18, S. 4 des Gutachtens; Beilage zu BVGer-act. 1).

**8.4.2** Die von Dr. K. \_\_\_\_\_ im Gutachten mehrfach wiederholte und unbegründete Aussage, wonach sich mit einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründen lasse (act. 96, S. 38 f.), lässt sich in dieser pauschalen Form mit Blick auf die mit BGE 143 V 418 neu eingeführte bundesgerichtliche Praxis nicht aufrechterhalten (vgl. Urteil des BGer 8C\_551/2015 vom 17. März 2016 E. 5). Gemäss BGE 143 V 418 sind – wie erwähnt – sämtliche psychischen Erkrankungen dem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, und die Arbeitsfähigkeit des Betroffenen ist im Sinne einer ressourcenorientierten, einzelfallgerechten und ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.1.1. f.). Insofern entspricht die Beurteilung von Dr. K. \_\_\_\_\_ nicht den bundesgerichtlichen Anforderungen und erweist sich als ungenügend.

**8.4.3** Unter dem Indikator Komorbidität hat eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der diagnostizierten psychischen Erkrankung(en) zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen zu erfolgen (vgl. Urteil des BGer 9C\_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens auf sämtliche psychischen Erkrankungen vgl. BGE 143 V 418 E. 6 und 7). Wie das Bundesgericht in Präzisierung von BGE 141 V 281 in BGE 143 V 418 erkannt hat, fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (Urteil 9C\_21/2017 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 8.1). Im Sinne dieser geforderten beschwerdeübergreifenden Gesamtbetrachtung hätten die körperlichen Leiden des Beschwerdeführers in die Ressourcenbeurteilung miteinbezogen werden müssen. Im Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ finden sich diesbezüglich keine Ausführungen.

**8.5** Nachdem sich gemäss dem Gesagten bereits gezeigt hat, dass auf das Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann, braucht auf die weiteren vom Beschwerdeführer geltend gemachten Mängel nicht eingegangen zu werden. Dennoch ist festzuhalten, dass sich die Rüge des Beschwerdeführers, Dr. K. \_\_\_\_\_ sei voreingenommen gewesen, da er ihm ohne Veranlassung eine Alkoholabhängigkeit unterstellt habe (BVGer-act. 1, S. 7) als unbegründet erweist. Dr. K. \_\_\_\_\_ führte im Gutachten

lediglich aus, dass der anlässlich der Begutachtung durch das Labor bestimmte CDT-Wert sehr stark erhöht gewesen sei (vgl. act. 96, S. 28) und solche pathologischen Werte laut den Angaben des Labors in der Regel bei täglicher Einnahme von mehr als 60 g Alkohol während einer Woche aufträten (act. 96, S. 30; dazu und zur diagnostischen Bedeutung von CDT für einen chronischen Alkoholabusus vgl. z. B. die Diagnostikinformation Nr. 167 des IMD Labor Berlin unter: <https://www.imd-berlin.de/fachinformationen/diagnostikinformationen/cdt-carbohydrate-deficient-transferrin.html>, zuletzt besucht am 22. Januar 2019). Aufgrund dieser Befundlage schloss der Gutachter, dass die Angabe des Beschwerdeführers, lediglich ab und zu ein kleines Bier zu trinken, nicht zutreffend sein könne und wies auf mögliche negative Auswirkungen infolge des zum Begutachtungszeitpunkt labormässig ausgewiesenen (hohen) Alkoholkonsums hin (Probleme mit dem Autofahren, kognitive Probleme, act. 96, S. 34, 37). Gleichzeitig hielt er in nachvollziehbarer Weise fest, dass er in dieser Situation nicht sagen könne, dass die Kriterien für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit erfüllt seien, ausschliessen könne er es aber auch nicht (act. 96, S. 30). Diskriminierende Äusserungen oder konkrete Indizien für eine Voreingenommenheit des Gutachters sind damit nicht ersichtlich.

**8.6** Die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. J. \_\_\_\_\_ stellen ebenfalls keine rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage dar. Die Berichte sind rudimentär verfasst und unvollständig. Zudem lassen sich die gestellten erheblichen Diagnosen (ICD-10 F.33.2 = rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, act. 41, S.2; F32.2 = schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, „in Teilremission“, act. 88, S. 2; rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, in Teilremission, Beilage zu BVGer-act. 1) anhand der wenigen Befunde (act. 43, S. 2) und dem Umstand, dass der Beschwerdeführer in nur niedriger Frequenz Psychotherapiesitzungen wahrnimmt (alle 2 - 4 Wochen, act. 43, S. 2), nicht nachvollziehen. Gegen die Beweiskraft der Berichte spricht überdies die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. oben E. 4.3.2), was Dr. J. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Juli 2015 in Bezug auf die Fragen zur Arbeitsfähigkeitsschätzung auch selbst eingestand (54, S. 2).

**8.7** Zusammengefasst kann im Sinne eines Zwischenergebnisses festgehalten werden, dass in psychiatrischer Hinsicht die medizinische Aktenlage keine rechtsgenügende Grundlage bietet, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen.

## 9.

**9.1** In somatischer Hinsicht stützte sich die Vorinstanz hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die Aktenbeurteilungen von RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_ (act. 89, S.3; act. 97, S. 2; act. 104, S. 2).

**9.1.1** In seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2016 kam Dr. E. \_\_\_\_\_ gestützt auf den Bericht von Suva-Kreisarzt Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 14. April 2016 zum Schluss, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stabil sei und keine relevante Einschränkung in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter mehr vorhanden sei. Dementsprechend bestehe auch eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (act. 89, S. 2). Diese Einschätzung vermag aus folgenden Gründen nicht zu überzeugen: Die Beurteilung von Dr. G. \_\_\_\_\_ bezog sich allein auf die Frage, ob der Beschwerdeführer aufgrund der andauernden unfallbedingten Beschwerden Anspruch auf eine Integritätsentschädigung im Sinne des UVG hat. Aus der Schlussfolgerung von Dr. G. \_\_\_\_\_, wonach die Unfallfolgen die Erheblichkeitsgrenze zur Ausrichtung einer Integritätsentschädigung nicht erreichten (UV-act. 9, S. 7), lässt sich nicht ohne Weiteres eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter ableiten. Dr. G. \_\_\_\_\_ konnte für die vom Beschwerdeführer noch immer geklagten Belastungsschmerzen gewisse objektive Befunde erheben, namentliche eine objektiv leichte Druckdolenz im ehemaligen Frakturgebiet, ventral am distalen Unterschenkel ein etwas atropher Hautbezirk und darunter ossäre Irregularität resp. Kallös, wie sich auf dem Röntgenbild zeige. Die im Wesentlichen gleichen Befunde hatte Dr. G. \_\_\_\_\_ auch schon im Vorbericht vom 28. Januar 2015 erhoben und dem Beschwerdeführer damals, "rein aufgrund des Bewegungsapparats" eine 25 %ige Arbeitsunfähigkeit in der letzten Tätigkeit als Staplerfahrer attestiert (UV-act. 5, S. 140 f.). Es erscheint nicht nachvollziehbar, weshalb bei unveränderter Befundlage und unverändertem Beschwerdebericht eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sein sollte. Dagegen spricht auch der Bericht des behandelnden Unfallchirurgen Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 12. April 2017, wonach der Beschwerdeführer anlässlich der gleichentags erfolgten Untersuchung nach wie vor über Belastungsschmerzen geklagt habe. Als mögliche, den Beschwerden objektiv zugrunde liegende Ursachen nannte Dr. H. \_\_\_\_\_ die mittels Röntgenbild festgestellte mässig ausgeprägte Varusgonarthrose sowie die möglicherweise Verknöcherung der Membrana interossa (Beilage zu BVGer-act. 18). Vor diesem Hintergrund kann nicht ausgeschlossen werden, dass die

nach dem Unfall weiter bestehenden Belastungsschmerzen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 25. Januar 2015 die unfallfremde – und damit im Rahmen seiner Untersuchung zuhanden der Suva unbeachtliche – Diagnose eines femoropatellären Syndroms beidseits stellte und dazu festhielt, dass dieses Syndrom dem Beschwerdeführer beim Bergabgehen bereits früher gewisse Beschwerden verursacht habe, was auch das anlässlich der Untersuchung festgestellte positive Zohlen-Zeichen und das retropatelläre Krepitieren gezeigt hätten (UV-act. 5, S. 140 f.). Zu dieser Diagnose sowie deren allfällige Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich in den Aktenbeurteilungen von Dr. E. \_\_\_\_\_ sowie den übrigen vorinstanzlichen Akten keinerlei Angaben, womit sich diese als unvollständig erweisen.

**9.1.2** Nachdem der Beschwerdeführer im Einwand vom 14. November 2016 die Nichtberücksichtigung seiner Rückenbeschwerden gerügt und die Einholung eines orthopädisch-rheumatologischen Gutachtens beantragt hatte, legte die Vorinstanz die Sache zur diesbezüglichen Beurteilung erneut RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_ vor. Dieser hielt in seiner Stellungnahme vom 21. November 2016 fest, dass der Bericht von Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 6. Juli 2015 nicht den Qualitätsmerkmalen eines Facharztberichts entspreche. Er sei rudimentär verfasst und die Diagnose "HWS-Syndrom Schmerzen" sei nicht mit klinischen Befunden unterlegt worden. Ausserdem habe Dr. L. \_\_\_\_\_ bezüglich des HWS-Syndroms eine gute Prognose gestellt. Im Bericht vom 18. Juni 2015 habe Dr. L. \_\_\_\_\_ von sensiblen Störungen der Hände beidseits gesprochen mit folgendem Status: aktuell keine Beschwerden, Motorik, Reflexe und Sensibilität regelrecht, kein neurologischer Ausfall. Zusammengefasst bestehe keinerlei Veranlassung, die getroffenen Einschätzungen (gemeint u. a. die Einschätzung der 100 %igen Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht) abzuändern (act. 104, S. 2). Wohl bezugnehmend auf den im Einwand vorgebrachten MRT-Befund vom 5. Juli 2015 (act. 51 f.) führte Dr. E. \_\_\_\_\_ aus, dass Bildgebungen alleine noch keinen Krankheitswert besäßen, solange sie nicht in Bezug zu klinisch objektivierten Befunden gesetzt werden könnten (act. 104, S. 2). Ergänzend hielt die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ in der Vernehmlassung fest, dass der MRI-Befund vom 5. Juli 2015 keine schwer ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS und HWS gezeigt habe. Es sei daher nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwer-

deführer in einer körperlich nicht schwer belastenden Tätigkeit, wie der bisherigen Tätigkeit als Lagermitarbeiter, in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt sein sollte (Beilage zu BVGer-act. 6, S. 4). Für diese Einschätzung der Vorinstanz findet sich in den Akten keine genügende medizinische Grundlage. Die Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 21. November 2016 erweist sich diesbezüglich als zu oberflächlich und vage, da dieser nicht konkret auf die Bildgebung vom 5. Juli 2015 Bezug nahm, sich nicht zur Ausprägung der Befunde äusserte und nicht begründete, weshalb diese seiner Ansicht nach zu keiner Änderung seiner bisherigen Arbeitsfähigkeitsschätzung führten. Dr. L. \_\_\_\_\_ erachtete die MRT-Befunde zumindest als nicht unerheblich, was aus seiner Feststellung vom 5. Juli 2015 "Verschleiss der HWS, fortgeschritten" (act. 52) hervorgeht. Insofern kann eine arbeitsfähigkeitseinschränkende Wirkung der LWS- und HWS-Beschwerden nicht von vornherein und ohne weitere Abklärungen verneint werden.

**9.2** Nach dem Gesagten bietet die Aktenlage auch in somatischer Hinsicht keine genügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für die vorliegend relevante Zeitperiode. Es fehlt an einer vollständigen und rechtsgenügenden Beurteilung aller relevanten unfallbedingten sowie unfallfremden körperlichen Beschwerden des Beschwerdeführers.

## **10.**

**10.1** Im Ergebnis zeigt sich, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt weder in psychiatrischer noch somatischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend demzufolge 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 Invalidenrente hat.

**10.2** Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist dann möglich, wenn sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung gutachterlicher Ausführungen erforderlich ist (Art. 61 Abs. 1 VwVG; vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

Bei regelmässiger Einholung von medizinischen Gerichtsgutachten litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde zudem die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Überdies wäre damit der doppelte Instanzenzug, den sich der Beschwerdeführer vorliegend mit seinem Rückweisungsantrag ausdrücklich erhalten wollte (vgl. BVGer-act. 1, S. 2), nicht gewahrt (Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

**10.3** Die Vorinstanz und die IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ hätten die Mangelhaftigkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr. K. \_\_\_\_\_ bereits im vorinstanzlichen Verfahren erkennen können, wenn sie anstelle von Dr. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, einen auf die Psychiatrie spezialisierten RAD-Facharzt für die Beurteilung des Gutachtens beigezogen hätten (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.2). Die Unterlassung seitens der Vorinstanz ist umso gravierender, als der Beweiswert einer ärztlichen Beurteilung nach der konstanten Rechtsprechung wesentlich davon abhängt, ob die begutachtende respektive beurteilende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt (vgl. E. 4.3 hiavor). Bei korrekter Vorgehensweise hätten die Mängel allenfalls noch durch entsprechende Rückfragen beim Gutachter behoben werden können.

**10.4** Die erforderliche weitere medizinische Abklärung hat vorliegend – nach Aktualisierung des medizinischen Dossiers – in Form einer interdisziplinären Begutachtung des Beschwerdeführers stattzufinden. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Geboten erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie/Rheumatologie und Psychiatrie (Letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung, BGE 143 V 418; 143 V 409;

141 V 281). Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der neuen Begutachtung miteinzubeziehen.

Die Notwendigkeit einer Expertise im Bereich der Inneren Medizin ergibt sich insbesondere aufgrund der im Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ gestützt auf den CDT-Laborwert gemachten Hinweis auf eine mögliche Alkoholproblematik sowie aufgrund der vom Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung beklagten Durchfallbeschwerden (vgl. act. 69; S. 19 f.). Beides bedarf der weiteren Abklärung. In Bezug auf eine allfällige Alkoholabhängigkeit ist im Grundsatz festzuhalten, dass eine Alkoholabhängigkeit für sich alleine zwar keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet, sie jedoch dann IV-rechtlich relevant ist, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt. Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 124 V 265 E. 3c; Urteile des BGer 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2; 8C\_906/2013 vom 22. Mai 2014 E. 2.2 mit Hinweisen).

**10.5** Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal 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; Urteile des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Dem Beschwerdeführer ist das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

**10.6** Im Ergebnis ist die Beschwerde im Eventualantrag gutzuheissen und die Angelegenheit somit unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 3. März 2017 zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

**11.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**11.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Vorschuss von Fr. 800.– ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der unterliegenden Vorinstanz werden von Gesetzes wegen keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**11.2** Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. VGKE) Da seitens des Rechtsvertreters keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (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; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.– und höchstens Fr. 400.–]) gerechtfertigt.

Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 3. März 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein, 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:

Die Gerichtsschreiberin:

Christoph Rohrer

Nadja Francke

**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 Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: