



Abteilung III
C-332/2017

Urteil vom 21. Mai 2019

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer, Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiberin Tatjana Bont.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch lic. iur. Patrick Wagner, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, abgestufte Invalidenrente;
Verfügungen der IVSTA vom 7. Dezember 2016.

Sachverhalt:**A.**

A. _____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geboren am (...) 1959, deutscher Staatsangehöriger, wohnhaft in (...), Deutschland, reiste am 1. Januar 2007 in die Schweiz ein. Vom 1. August 2010 bis 31. März 2012 arbeitete er als Chauffeur für Lastkraftwagen (LKW) bei der B. _____ AG. Zu seinen Tätigkeiten gehörten die Fahrten mit dem LKW sowie das Be- und Entladen. Der letzte effektive Arbeitstag war am 14. September 2011 (Akten der Vorinstanz [act.] 13). Insgesamt leistete er in Deutschland während 251 Monaten Beiträge an den deutschen Versicherungsträger (act. 34) und 187 Monate Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung in der Schweiz (act. 159 – 161).

B.

B.a Aufgrund einer Pseudoischialgie mit akuten immobilisierenden Schmerzen und Sensibilitätsstörungen am linken Oberschenkel wurde der Beschwerdeführer vom 15. bis 24. Dezember 2010 notfallmässig im Spital C. _____ hospitalisiert (act. 135).

B.b Bei einer erneuten Hospitalisierung in der Klinik D. _____, Rheumatologie, vom 7. bis 18. Februar 2011 wurde beim Beschwerdeführer ein strenger Verdacht auf eine seronegative Spondylarthropathie und ein nachgewiesener Infekt mit *Ureaplasma ureolyticum* diagnostiziert (act. 136).

B.c Am 14. September 2011 verunfallte der Beschwerdeführer, als er beim Abladen des LKW's mit seinem linken Fuss in einer Palette hängenblieb. Mit ärztlicher Bestätigung der E. _____ vom 15. September 2011 wurde eine schwere Verstauchung des linken Fussgelenkes diagnostiziert (act. 5; 20 S.42).

B.d Am 27. Oktober 2011 stellte der Beschwerdeführer einen Antrag auf Gewährung einer Invalidenrente. Als gesundheitliche Beeinträchtigungen führte er Rückenschmerzen bei seronegativer Spondylarthropathie sowie eine schwere Distorsion des linken Fussgelenkes vom 14. September 2011 auf (act. 2).

B.e Am 5. April 2012 wurde der Beschwerdeführer aufgrund einer chronischen OSG-Rotationsinstabilität (Obere Sprunggelenk-Rotationsinstabilität) erstmals am linken Fuss operiert (act. 20 S. 31). Die Hospitalisierung dauerte vom 4. bis 17. April 2012. Daraufhin befand sich der Beschwerdeführer vom 17. April bis 22. Juni 2012 stationär in der Rehaklinik F. _____ (act. 1).

B.f Am 7. November 2012 wurde der Beschwerdeführer zum zweiten Mal am linken Fuss operiert. Dabei wurde eine Osteosynthesematerialentfernung am Calcaneus sowie eine Revision der Peronealsehnen durchgeführt (act. 20 S. 27). Die Hospitalisierung dauerte vom 7. bis 9. November 2012.

B.g Zur Standortbestimmung der Erkrankung Morbus Bechterew und zu diesem Zeitpunkt im Vordergrund stehenden Kniebeschwerden sowie einer chronischen Rotationsinstabilität des linken OSG wurde der Beschwerdeführer vom 30. Januar bis 8. Februar 2013 in der D. _____, Klinik Rheumatologie, stationär aufgenommen (act. 141).

B.h Am 6. Januar 2014 erfolgte eine dritte Operation am linken Fuss im Universitätsspital G. _____. Aufgrund einer Varus-USG-Arthrose (Arthrose des unteren Sprunggelenks) wurde eine valgisierende USG-Arthrodesse (operative Versteifung des Gelenks) am linken Fuss durchgeführt (act. 56 S. 21). Der Beschwerdeführer war vom 5. bis 12. Januar 2014 hospitalisiert (act. 56 S. 19).

B.i Vom 26. Oktober bis 1. November 2014 befand sich der Beschwerdeführer erneut im Universitätsspital G. _____ und wurde zum vierten Mal am linken Fuss operiert. Dabei wurde eine OSG-Arthroskopie, ein Shaving der Narben des ventralen OSG sowie eine Peronealsehnenrevision und eine OSME (Osteosynthesematerialentfernung) am linken Rückfuss durchgeführt (act. 56 S. 2).

C.

C.a Am 1. Juli 2015 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. H. _____, Facharzt für Rheumatologie, begutachtet. Dieser hält in seinem Gutachten vom 8. Juli 2015 fest, dass es beim Beschwerdeführer eine Fussproblematik auf der linken Seite und eine Gonarthroseproblematik auf der rechten Seite gebe. Daneben bestehe über das Ganze dominierend ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache. In der bisherigen Tätigkeit

als LKW-Chauffeur bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0%. Für eine adaptierte Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 90% (act. 79).

C.b Am 1. Juli 2015 fand eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, statt. Im Gutachten vom 13. Juli 2015 hielt dieser fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nennt er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie Anpassungsprobleme mit veränderten Lebensumständen (ICD10 Z60.0) (act. 82 S. 15).

C.c In der medizinischen Stellungnahme vom 17. Februar 2016 von Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigt dieser, dass kein psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (act. 104).

C.d Am 15. März 2016 wurde der Beschwerdeführer im Universitätsspital G._____ am rechten Knie operiert (Knie totalprothese). Er war vom 14. bis 22. März 2016 hospitalisiert (act. 109).

D.

D.a Mit Vorbescheid vom 10. Mai 2016 lehnte die Vorinstanz aufgrund einer Erwerbseinbusse von 16% das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab (act. 113).

D.b Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 26. Mai 2016 Einwand mit der Begründung, dass die entzündliche rheumatische Erkrankung Morbus Bechterew bei der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden sei und für die komplexe medizinische Situation eine Evaluation der funktionellen Leistungsmöglichkeiten des Beschwerdeführers im Rahmen eines multidisziplinären Gutachtens notwendig sei (act. 116).

D.c Mit Vorbescheid der Vorinstanz vom 10. Juni 2016 ersetzte diese den Vorbescheid vom 10. Mai 2016 und sprach dem Beschwerdeführer eine ganze Rente vom 1. November 2012 bis 30. April 2013, vom 1. Januar bis 31. Mai 2014 und vom 1. Oktober 2014 bis 31. Mai 2015 zu (act. 117).

D.d Mit Verfügungen der Vorinstanz vom 7. Dezember 2016 hielt diese am Vorbescheid vom 10. Juni 2016 fest (act. 159; 160; 161). Ausserdem wurden dem Beschwerdeführer mit Verfügung der Vorinstanz vom 6. Januar 2017 Verzugszinsen in der Höhe von Fr. 1'783.– zugesprochen (act. 162).

E.

E.a Hiergegen erhob der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Patrick Wagner, mit Eingabe vom 13. Januar 2017, Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der Verfügungen vom 7. Dezember 2016 sowie die Anordnung eines bidisziplinären Gerichtsgutachtens (Rheumatologie/Innere Medizin) zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers für die Perioden 1. Mai bis 31. Dezember 2013 sowie ab 1. Juni 2015. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

E.b In ihrer Vernehmlassung vom 13. April 2017 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde mit der Begründung, dass die festgestellten Haupt- wie auch Nebendiagnosen die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit dem Unfall vom 14. September 2011 nicht mehr zulassen. Jedoch sei eine angepasste Tätigkeit zu 90% möglich. Die Einschränkung von 10% ergebe sich aus dem neu manifesten Knieleiden (B-act. 9).

E.c Mit Zwischenverfügung vom 6. Juli 2017 hiess das Bundesverwaltungsgericht das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung gut (B-act. 10).

E.d Mit Zwischenverfügung vom 19. September 2017 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel ab nachdem der Beschwerdeführer innert der dafür angesetzten Frist keine Replik eingereicht hat (B-act. 11).

F.

Auf die weiteren Vorbringen und Unterlagen der Parteien wird – soweit für die Entscheidungsfindung notwendig – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

1.3 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtenen Verfügungen vom 7. Dezember 2016 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

1.4 Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG).

2. 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. 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).

3.

3.1 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; BENJAMIN SCHINDLER, *in*: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, 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 Verfügungen vom 7. Dezember 2016 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); 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.

3.3 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist (ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N. 2 f.).

3.4 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).

3.5 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

3.6 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 Viertelsrente. 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. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

3.7 Bei einem als erwerbstätig einzustufenden Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das dieser nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG [BGE 130 V 343 E. 3.4.2; 128 V 29 E. 1]). Die Verweisungstätigkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (BGE 113 V 22 E. 4a; 111 V 235 E. 2a; ZAK 1986 S. 204 f.), wobei es unerheblich ist, ob der Versicherte seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht (vgl. statt vieler: Urteil BVGer C-7093/2008 vom 24. November 2010 E. 5.4).

3.8 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 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

4.

4.1 Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a).

4.2 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.). Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom

20. März 2006 E. 5.4 m.H.; vgl. aber das Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

4.3 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 wurde, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 m.H.) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 sowie 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 je m.H.). Diesen Anforderungen genügende Berichte regionaler ärztlicher Dienste (RAD) können einen vergleichbaren Beweiswert haben wie ein Gutachten (Art. 49 Abs. 2 IVV; BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

4.4 Nicht auf eigene Untersuchungen beruhende RAD-Berichte (Art. 49 Abs. 3 IVV) können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV; vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Ein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung besteht mithin nicht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 465 E. 4.6; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 N. 41 m.H.).

4.5 Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 ZGB) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität (BGE 139 V 547 E.8.1).

5. Dem abweisenden Entscheid der Vorinstanz liegen zahlreiche Arztberichte seit Dezember 2010 zugrunde (vgl. E. 6.4 ff.). Die Vorinstanz stützte sich bei Ihrer Beurteilung insbesondere auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. H._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 8. Juli 2015 sowie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. I._____, vom 13. Juli 2015. Im Folgenden ist auf diese zwei Gutachten einzugehen.

5.1 Dr. med. H._____ stellt folgende *Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit*:

- Chronische OSG-/Fusschmerzen links mit/bei
 - Status nach OSG-Arthroskopie, mediale und laterale Bandplastik, laterale Calcaneus-Verlängerungs-Osteotomie links bei chronischer OSG-Rotationsinstabilität links am 5.4.2012
 - Status nach Osteosynthesematerialentfernung Calcaneus links bei störendem Osteosynthesematerial, Revision der Peronealsehnen bei symptomatischem Längsriss in der kurzen Peronealsehne und Entrapment des Nervus suralis am 7.11.2012
 - Status nach valgisierender USG-Arthrodeese links bei Varus-USG-Arthrose links am 6.1.2014
 - Status nach Arthroskopie OSG, Shaving, Peronealsehnenrevision und Osteosynthesematerialentfernung Rückfuss links bei Vernarbungen ventrales OSG, Peronealsehnen Degeneration und störendem Osteosynthesematerial Rückfuss links am 27.10.2014
- Fortgeschrittene mediale Gonarthrose rechts bei Calciumpyrophosphat-kristallerkrankung (Synonym: CPPD, Chondrocalcinose, Pseudogicht) mit/bei Status nach Meniskusteilresektion linkes Knie 1992

Bei den *Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit* hält Dr. med. H._____ Folgendes fest:

- Ganzkörper-Schmerzsyndrom ohne organische Ursache
- Status nach Basistherapie mit Enbrel (=Etarnecept) 07/2011 bis 10/2011 in der fälschlichen Annahme einer seronegativen Spondylarthropathie (ED 02/2011), ohne Effekt
- Status nach Urogenitalinfekt mit Ureaplasma urealyticum, antibiotisch behandelt 02/2011
- Meralgia paraesthetica links (alte Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis links)

- Status nach Kniearthroskopie rechts bei Kreuzbandläsion, operativ rekonstruiert 2007
- Status nach Bizepssehnenruptur links an linker Schulter, operiert 1992

Er hält zusammenfassend fest, dass der Beschwerdeführer von einer entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung spreche. Diese sei postuliert worden und es sei auch vorübergehend eine Biologica-Therapie mit Enbrel durchgeführt worden, wobei heute (8. Juli 2015) diese entzündliche Wirbelsäulenerkrankung eben nicht diagnostiziert werden könne. Es handle sich bei dieser subjektiv ubiquitär bestehenden Schmerzsymptomatik um ein Ganzkörper-Schmerzsyndrom ohne organische Ursache und nicht um ein entzündliches Wirbelsäulenproblem im Sinne einer seronegativen Spondylarthropathie (Synonym: Spondylarthritis). In der ganzen Krankengeschichte sei auch keine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung dokumentiert, d.h. es liessen sich nie erhöhte Entzündungsparameter (CRP oder BSR) finden. Die Annahme einer positiven Familienanamnese sei vage, da der Beschwerdeführer seit vielen Jahren keinen Kontakt mehr zu seinen Brüdern habe. Bei einem Bruder soll Morbus Bechterew diagnostiziert worden sein und beim anderen Bruder ein entzündliches Rheuma. Diese Angaben seien nicht überprüfbar. Die Diagnose einer entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung basiere auf dem Austrittsbericht vom 18. März 2011. In diesem Bericht werde ein Marker genannt, d.h. HLA-B27 positiv. Dieser Marker sei jedoch in 6-8% der gesunden Normalbevölkerung positiv und beweise keinesfalls das Vorliegen einer derartigen Erkrankung. Es werde im Bericht vom 18. März 2011 ausserdem ein Shiny Corner Lendenwirbelkörper (LWK) 2 genannt, im Iliosakralgelenk (ISG) würden sich keine entzündlichen Veränderungen finden. Schauen Sie sich die schriftlichen Original-Befundungen der zwei MRI der Lendenwirbelsäule und des ISG an, fänden sich in diesen von den Radiologen befundeten MRI's keinerlei Hinweise für eine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung. Gemäss aktueller Beurteilung habe damals keine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung bestanden und diese bestehe auch heute (8. Juli 2015) nicht. Damals sei ein Urogenitalinfekt mit Ureaplasma urealyticum nachgewiesen worden, d.h. eine sexuell übertragene Erkrankung, welche antibiotisch behandelt worden sei. Eine derartige Infektion könne auch zu einem Ganzkörperschmerzsyndrom führen. Letztendlich sei nicht sicher, was die Ursache für die Ganzkörperschmerzen gewesen sei. Er gehe von einem weichteilrheumatischen Schmerzbild, d.h. einem Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache aus. Zusammengefasst bestehe als Grundschmerzsymptomatik ein Ganzkörper-Schmerzsyndrom ohne organische Ursache und keine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung.

Als zweite Problematik bestehe ein Status nach mehrfacher Fussoperation auf der linken Seite mit entsprechender Versteifung im Rückfussbereich, welche die Beschwerden erklären könne. Als dritte Problematik bestehe eine mediale fortgeschrittene Gonarthrose auf der rechten Seite, welche allerdings erst in den letzten Monaten Symptome verursache, so gebe der Beschwerdeführer an, dass er erst etwa seit einem halben Jahr Beschwerden habe, in den letzten Monaten verstärkt. Rein radiologisch sei zudem auch eine Calciumpyrophosphaterkrankung (CPPD, Synonym Chondrocalcinose, Pseudogicht) mit einer Verkalkung der Menisci dokumentiert.

Zusammengefasst bestünden somit zwei organische Hauptprobleme, eine Fussproblematik auf der linken Seite und eine Gonarthroseproblematik auf der rechten Seite, daneben bestehe über das Ganze dominierend ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache. Dieses Ganzkörperschmerzsyndrom entspreche einem weichteilrheumatischen Problem, respektive einer Schmerzschwellenstörung, und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

5.2 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 13. Juli 2015 werden *keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit* gestellt. Als *Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit* nennt er eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und Anpassungsprobleme mit veränderten Lebensumständen (ICD10- Z60.0).

Zu den qualitativen Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht sei zu sagen, dass diese beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht allesamt vollständig erhalten seien. Der Beschwerdeführer leide seit mehreren Jahren unter anhaltenden Ganzkörperschmerzen, die insgesamt therapieresistent erscheinen. Der Beschwerdeführer sei nie in einer psychiatrischen Behandlung gewesen und habe nie Psychopharmaka eingenommen. Es könne gesagt werden, dass man beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht keinerlei qualitative Funktionseinbussen attestieren könne. In der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit.

6.

Der Beschwerdeführer beantragt die Aufhebung der IV-Verfügungen vom 7. Dezember 2016 sowie die Anordnung eines bidisziplinären Gerichtsgutachtes (Rheumatologie/Innere Medizin) zur Beurteilung des Gesundheits-

zustandes des Beschwerdeführers für die Perioden vom 1. Mai bis 31. Dezember 2013 sowie ab 1. Juni 2015 und die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen.

6.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, dass durch die in Abrede gestellte Diagnose Morbus Bechterew die Vorinstanz lediglich eine Teilarbeitsunfähigkeit akzeptiere. In diesem Zusammenhang macht er folgende Widersprüche und Unklarheiten im Gutachten von Dr. med. H. _____ geltend:

- Das Ganzkörper-Schmerzsyndrom ohne organische Ursache werde von Dr. med. I. _____ als anhaltende somatoforme Schmerzstörung interpretiert. Dr. med. J. _____ mache geltend, dass es nicht klar sei, weshalb Dr. I. _____ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziere, da es genügend somatische Gründe für die Schmerzen gebe. Allenfalls sei eine Somatisierungsstörung gemeint gewesen. Die diagnostischen Feststellungen seien in der Folge nicht aufgelöst worden.
- Dr. med. H. _____ verzichte darauf, die Medikamente zu kommentieren, welche der Beschwerdeführer eingenommen habe. Diese hätten auch der Empfehlung für eine Langzeit- Behandlung bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen entsprochen.
- Die Diagnose CPPD/Chondrokalzinose, Pseudogicht sei von Dr. med. H. _____ weder ausgeführt noch untersucht worden. Für die behandelnden Rheumatologen sei klar gewesen, dass ein Zusammenhang zwischen einer entzündlichen rheumatoiden Erkrankung und des CPPD am rechten Knie gegeben sei. Die Medikation sei dahingehend ausgerichtet worden. Dr. med. H. _____ habe ausserdem die Frage nach der Ursache respektive eines möglichen Zusammenhanges der Diagnose CPPD mit einer rheumatischen Grunderkrankung nicht diskutiert.
- Dr. med. H. _____ habe keine aktuelle Beurteilung der Blutwerte erhoben und nicht bedacht, dass der erhöhte Entzündungsparameter BSR eine entzündliche Erkrankung nicht ausschliesse. Er habe darauf verzichtet, weitere Abklärungen zu tätigen, so zum Beispiel eine Laboruntersuchung der CCP-Antikörper. Ein positiver Bluttest für diese Antikörper weise mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auf eine rheumatoide Arthritis hin.

- Der Beschwerdeführer bemängelt ausserdem, dass die positive Familienanamnese hinsichtlich der Diagnose Morbus Bechterew/rheumatischen Erkrankungen der beiden Brüder des Beschwerdeführers als vage qualifiziert und nicht abgehandelt worden sei, da der Beschwerdeführer keinen Kontakt zu seinen Brüdern habe.
- Der Rheumamarker HLA-B27 sei richtungsweisend zur Diagnosestellung des Morbus Bechterew. Dr. med. H._____ erwähne, dass dieser Marker auch bei 6-8% der Normalbevölkerung positiv sei und deshalb das Vorliegen eines Morbus Bechterew nicht nachweisen könne. Diesbezüglich sei festzuhalten, dass bei 91% der Patienten, bei denen HLA-B27 Marker vorhanden seien, auch die Diagnose Morbus Bechterew gestellt worden sei.
- Es werde das Diagnosekriterium „Shiny Corner“ LWK 2 im Austrittsbericht vom 18. März 2011 genannt. Dr. med. H._____ hingegen gehe auf zeitnahe „Original-Befundungen“ des MRI durch die Radiologie zurück, auf einen während der Untersuchungsphase erhobenen provisorischen Zwischenbefund. So gebe es konkret auch eine 15-25% Fehlerquote bei der Beurteilung von MRT-Bildern und man könne nicht alleine darauf abstellen.
- Des Weiteren seien keine Ausführungen dazu gemacht worden, dass ein Infekt mit Ureaplasma urealyticum zu einem Ganzkörperschmerzsyndrom führen könne.

6.2 Der Beschwerdeführer hält zufolge der in Erwägung E. 6.1 genannten Gründe daran fest, dass das Gutachten von Dr. med. H._____ keinen Beweiswert erlangt habe. Nachfolgend ist somit zu klären, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in gesundheitlicher Hinsicht in korrekter Weise erhoben (E. 6.3) und daraus sachgerechte Schlüsse (E. 6.8) gezogen hat.

6.3

6.3.1 Dr. med. I._____ diagnostiziert in seinem Gutachten vom 13. Juli 2015 eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie Anpassungsprobleme mit veränderten Lebensumständen (ICD-10: Z60.0). Dies begründet er damit, dass gemäss Gutachten von Dr. med. H._____ keinerlei somatische Korrelate für das *Ganzkörperschmerzsyndrom* vorliegen würden, weshalb man von einer anhaltenden somatoformen Schmerz-

störung ausgehen müsse. Dr. med. J. _____ hält in diesem Zusammenhang in seiner Stellungnahme vom 17. Februar 2016 fest, dass genügend somatische Gründe für die Schmerzen vorliegen würden. Beide Aussagen sind nachvollziehbar, da gemäss Gutachten von Dr. med. H. _____ im Rahmen der Fussproblematik aufgrund des Unfalles vom 14. September 2011 somatische Gründe für die Fuss-Schmerzen vorliegen, jedoch nicht in Bezug auf die Ganzkörperschmerzproblematik. Eine Auflösung der diagnostischen Feststellungen erübrigt sich damit. Einig sind sich die Gutachter Dr. med. I. _____ und Dr. med. J. _____ in Bezug darauf, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen.

6.3.2 Hinsichtlich der Medikamente hält Dr. med. H. _____ in seinem Gutachten unter Ziff. 3.1.6 fest, dass dem Beschwerdeführer Voltaren 100 mg, Oxycontin retard sowie Fentanyl verschrieben worden seien. Ausserdem habe man als Basistherapie Enbrel von Juli bis Oktober 2011 eingesetzt, in der fälschlichen Annahme einer seronegativen Spondylarthropathie. Dies sei jedoch ohne Effekt gewesen (act. 79 S. 23, 30). Die Argumentation des Beschwerdeführers, dass die verordneten Medikamente auf eine rheumatologische Erkrankung hinweisen, zeigen lediglich, dass man von einer rheumatologischen Erkrankung ausgegangen ist und demzufolge auch eine entsprechende Therapie versucht hat. Die Therapie wird von Dr. med. H. _____ nicht bestritten, sondern aufgrund der vorliegenden Arztberichte gewürdigt. So sei die Enbrel-Therapie ohne Effekt gewesen, was sich damit erklären lasse, dass eben keine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung vorliege, bei welcher diese antientzündliche Therapie hätte wirken können (act. 79 S. 38).

6.3.3 Der Beschwerdeführer macht geltend, dass ein Zusammenhang zwischen der diagnostizierten CPPD/Chondrokalzinose des rechten Knies sowie der entzündlichen rheumatoiden Erkrankung gegeben sei und der Beschwerdeführer sei auch dahingehend behandelt worden. Dabei verweist er auf diverse Arztberichte. In diesen lässt sich kein Hinweis auf einen Zusammenhang der CPPD mit einer rheumatoiden Erkrankung entnehmen (act. 41; 142; 20 S. 13, 15; 144, 139, 20 S. 36, 37, 42, 51; 136). Im Gegenteil ist aus dem Arztbericht von Dr. med. K. _____ vom 21. Februar 2013 ersichtlich, dass es keinen Zusammenhang gibt. So hält sie fest, dass vordergründig belastungsabhängige Kniebeschwerden mit radiologischem Nachweis einer Gonarthrose mit Calziumpyrophosphatnachweis im Gelenkspalt die Beschwerden gut erklärten und nicht im Zusammenhang mit

dem Morbus Bechterew zu interpretieren seien (act. 141). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Unvollständigkeit hinsichtlich der fehlenden Abklärungen des Zusammenhanges der CPPD mit einer rheumatoïden Erkrankung entbehrt damit einer medizinischen Grundlage. Vom Beschwerdeführer nicht eingereicht und in den Akten nicht enthalten sind folgende zitierten Arztberichte: Arztbericht von Dr. med. L. _____ vom 10. September 2013, 8. Januar 2013, 29. August 2012, 24. Mai 2012, 20. Januar 2012 und vom 22. Juli 2011. Auf deren Nachreichen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden, da die erwähnten Arztberichte zeitlich vor dem Gutachten vom 8. Juli 2015 von Dr. med. H. _____ erstellt worden sind und damit in den vom Gutachter geprüften Zeitraum fallen. Des Weiteren erwähnt Dr. med. L. _____ in den dem Gericht vorliegenden Arztberichten auch keinen entsprechenden Zusammenhang (act. 136-140, 142, 20 S.13 und 15, 18), so dass davon ausgegangen werden kann, dass seine anderen Arztberichte damit konsistent sind.

6.3.4 Der Beschwerdeführer macht geltend, dass keine aktuellen Blutwerte erhoben worden seien sowie keine Laboruntersuchung der CCP-Antikörper stattgefunden habe. Aus dem Gutachten von Dr. med. H. _____ ergibt sich aber, dass beim Beschwerdeführer vier verschiedene Bluttests am 8. Februar 2011, 22. Juli 2011, 31. Januar 2013 sowie am 10. September 2013 durchgeführt worden sind und sich sämtliche BSR-(Blutsenkungsreaktion) und CRP-(C-reaktives Protein, ein Entzündungsparameter) Werte gemäss Dr. med. H. _____ im Normbereich befanden. Die bestehenden Dokumente zu den Blutwerten wurden damit gewürdigt. Ein Bedarf an weiteren Abklärungen ergibt sich aus den übrigen medizinischen Berichten nicht.

6.3.5 Wie der Beschwerdeführer geltend macht, sei aus den Akten seine Aussage ersichtlich, dass seine Brüder ebenfalls von Morbus Bechterew oder einer rheumatischen Erkrankung betroffen seien. Dr. med. H. _____ verweist in seinem Gutachten unter Ziff. 3.1.5 darauf. Auf Nachfrage hin konnte der Beschwerdeführer jedoch keine genaueren Angaben machen oder Nachweise erbringen, da er keinen Kontakt mehr zu seinen Brüdern habe. Sämtliche Äusserungen in Bezug auf eine positive Familienanamnese stützen sich somit einzig auf die Aussage des Beschwerdeführers (act. 20 S. 13, 36, 37, 48, 51, 57; 136; 139; 142). Dr. med. H. _____ durfte somit davon ausgehen, dass es sich dabei um eine nicht belegte Aussage handelt und für die Diagnose nicht ausschlaggebend sein kann.

6.3.6 Des Weiteren hält der Beschwerdeführer fest, dass der Rheumamarker HLA-B27 richtungsweisend zur Diagnosestellung des Morbus Bechterew sei. Dr. med. H. _____ hält in seinem Gutachten dazu fest, dass die Diagnose einer entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung auf dem Austrittsbericht vom 18. März 2011 basiere. Darin sei der Marker HLA-B27 positiv getestet worden. Der Gutachter würdigt diese Tatsache, indem er festhält, dass auch 6-8% der Normalbevölkerung einen positiven Marker HLA-B27 aufweist und kommt in der Gesamtwürdigung nachvollziehbar zum Schluss, dass unter Berücksichtigung der gesamten Umstände auch ein positiver HLA-B27 nicht für eine rheumatoide Erkrankung sprechen muss. Diese Würdigung wird unterstützt durch den Arztbericht von Dr. med. M. _____ vom 10. März 2014. Darin hält er fest, dass in den Akten ein HLA-positiver Status bestehe, nie ein Nachweis erhöhter Entzündungsparameter, ein schwerer Vitamin D-Mangel der nicht therapiert werde, eine PCR (Polymerase-Ketten-Reaktion; Anmerkung Gericht: Labormethode-Abklärung von Erbkrankheiten und genetischen Fragestellungen) positiv auf U. urealytikum; in den Befunden der Bildgebung peripher und axial bestünden keine Hinweise für eine stattgehabte oder floride Entzündung (...). Zusammengefasst bestünden keine Anhaltspunkte für eine aktive entzündlich-rheumatische Grunderkrankung des Typs Spondyloarthritis (act. 41 S. 3).

6.3.7 Neben den bereits bemängelten Punkten sei ausserdem das Diagnosekriterium „Shiny Corner“ Lendenwirbelkörper 2 nicht korrekt berücksichtigt worden. Der Gutachter habe sich stattdessen auf „Original-Befundungen“ des MRI durch die Radiologie gestützt. Dr. med. H. _____ hält dazu in Übereinstimmung mit dem Arztbericht von Dr. med. M. _____ vom 10. März 2014 fest, wenn man sich die Original-Befundungen der zwei MRI der LWS und des ISG anschau, fänden sich in diesen von den Radiologen befundeten MRI „keinerlei Hinweise für eine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung“. Diese Beurteilung wird gestützt durch den Arztbericht von Dr. med. N. _____, Radiologie, vom 20. Januar 2011 sowie von Prof. Dr. med. O. _____, Neurochirurgie, vom 24. Januar 2011 (act. 20 S. 64 und 60). Zusätzlich wurde für die Begutachtung am 1. Juli 2015 eine Röntgenuntersuchung veranlasst (Röntgen der Lendenwirbelsäule in 2 Ebenen und Beckenübersicht) mit der Beurteilung, dass altersentsprechend normale Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule und des Beckens vorliegen würden (act. 79 S. 31).

6.3.8 Zuletzt macht der Beschwerdeführer geltend, es seien keine Ausführungen dazu gemacht worden, dass ein Infekt mit Ureaplasma urealyticum

zu einem Ganzkörperschmerzsyndrom führen könne. Der Nachweis für einen Infekt des Beschwerdeführers mit Ureaplasma urealyticum ergebe sich aus einer Laboruntersuchung vom 8. Februar 2011 (act. 20 S. 62) sowie aus zahlreichen Arztberichten (act. 136; 137; 138; 139). Der Infekt wurde gemäss Akten im Februar 2011 antibiotisch behandelt (act. 95). Dr. med. H._____ äussert die Vermutung, dass dieser Infekt zu einem Ganzkörperschmerzsyndrom führen *könne*. Dabei hält er jedoch auch fest, dass er aufgrund der Akten davon ausgehe, dass es sich um ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache handelt. Dies ist nachvollziehbar, da es in den Akten keinerlei weiteren medizinischen Hinweise gibt, dass der Infekt beim Beschwerdeführer zum Ganzkörperschmerzsyndrom führte. Hinzukommt, dass das Ganzkörperschmerzsyndrom dem Beschwerdeführer auch nicht in Abrede gestellt wird, letztendlich jedoch die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit massgebend sind (vgl. E. 6.8).

6.4 Die gutachterlichen Aussagen von Dr. med. H._____ im Zusammenhang mit der Ganzkörperschmerzproblematik und den gestellten Verdachtsdiagnosen Pseudoischialgie, Lumboischialgie, seronegative Spondylarthropathie (Morbus Bechterew) sind umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden (in chronologischer Reihenfolge: act. 135; 20 S. 60, 57; 136; 137; 20 S. 37; 139; 20 S. 18; 12; 20 S. 13, 8; 141; 26 S. 8; 142; 56 S.16; 41; 56 S.12; 35; 56 S.10; 79 S. 46; 74 S. 7; 79) und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Ausserdem sind die Aussagen in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerung ist begründet.

6.5 Hinsichtlich der Fussproblematik als Folge des Unfalles vom 14. September 2011 wurden die Akten von Dr. med. H._____ ebenfalls umfassend gewürdigt und es ergeben sich keine Widersprüchlichkeiten mit den vorliegenden Akten (in chronologischer Reihenfolge act. 20 S.40, 41, 44, 46; 79 S. 53; 20 S.31, 29; 1; 20 S. 26 f., 24, 22, 8; 141; 20 S. 6; 18; 26 S. 8; 20 S. 1; 79 S.49; 26 S. 10,12; 56 S. 22 f.; 56 S. 21; 79 S. 45; 56 S.16, 12; 79 S. 44; 56 S. 6; 79 S. 47; 56 S. 4, 2; 74 S. 15; 79; 83; 95).

6.6 Ebenso würdigte und stellte Dr. med. H._____ in Übereinstimmung mit den Akten fest, dass mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine fortgeschrittene mediale Gonarthrose rechts bei Calciumpyrophosphatkristallerkrankung mit Status nach Meniskusteilresektion linkes Knie im Jahr 1992 vorliegt (in chronologischer Reihenfolge: act. 141; 18; 21; 27).

6.7 Neu zeigt sich in den Arztberichten eine Schwäche des rechten Armes. Im MRI vom 19. Dezember 2014 wird erstmals beim Halswirbel C6/7 eine foraminale Diskusprotrusion rechts mit stark verengtem Neuroforamen erwähnt. Es zeige sich in der Schrägsequenz eine weitgehende Verlegung des Neuroforamens (act. 79 S. 46). Dies wurde von Dr. med. H. _____ im Gutachten berücksichtigt, wobei er zum Schluss gelangt, dass es sich dabei um altersentsprechende degenerative Veränderungen handelt. Dr. med. P. _____, Facharzt für Rheumatologie, des RAD hält in seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2015 dazu fest, dass diese Schwäche nicht objektiviert worden sei und es fänden sich auch sonst keine Hinweise auf ein radikuläres Syndrom des Halswirbels C7 bei den kernspintomographisch am 19. Dezember 2014 festgestellten Foraminalstenosen der Halswirbel C6/7. So seien diffuse und nicht dermatombezogene Schmerzen, diffuse Sensibilitätsausfälle nicht radikulärer Natur im rechten Arm und seitengleiche Muskeleigenreflexe beschrieben. Es sei sodann von einem operativen Vorgehen und auch von einer Infiltration der Wurzel C7 rechts entsprechend abgesehen worden (act. 83 S. 6). In der medizinischen Stellungnahme von Dr. med. Q. _____ vom 21. September 2015 wird diese Einschätzung vollständig übernommen (act. 95). Die Beschwerden im rechten Arm wurden damit in der medizinischen Würdigung berücksichtigt und umfassend geprüft.

Hinsichtlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. I. _____ ist ausserdem festzuhalten, dass die vom Bundesgericht notwendig erachtete Indikatorenprüfung zur Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund von Schmerzstörungen und psychischen Erkrankungen vorliegend nicht weiter zu beurteilen ist, da eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung verneint wird (vgl. Urteile des BGer 9C_120/2017 vom 13. März 2018 E.3.2, 9C_49/2017 vom 5. März 2018 E. 3.2 und 9C_563/2017 vom 23. Februar 2018 E. 8.1).

6.8 Insgesamt kann somit festgestellt werden, dass sämtliche Diagnosen von der Vorinstanz umfassend und nachvollziehbar gewürdigt worden sind. Zu prüfen bleibt – unabhängig davon, ob das Ganzkörperschmerzsyndrom ein diagnostizierter Morbus Bechterew oder ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache ist – die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seit 14. September 2011 durch die Vorinstanz (BGE 141 V 281 E. 2.1.2 i.V.m. BGE 130 V 396 E. 5.3).

6.8.1 Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeeinflussende Änderung vom Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann,

dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 Satz 2 IVV).

6.8.2 Die Vorinstanz stellt in Ihren Verfügungen vom 7. Dezember 2016 fest, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV in folgenden Zeiträumen arbeitsunfähig gewesen sei:

Beginn	Ende	AUF in jeder Tätigkeit	Ursache
01.11.2012	30.04.2013	100%	2. Fussoperation, dreimonatige Rekonvaleszenz
01.01.2014	31.05.2014	100%	3. Fussoperation, sechswöchige Rekonvaleszenz
27.10.2014	31.05.2015	100%	4. Fussoperation, Endzustand Mitte Februar erreicht

Die Vorinstanz stützte sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die medizinische Stellungnahme des RAD, d.h. von Dr. med. P. _____ vom 24. Juli 2015 und Dr. med. Q. _____ vom 21. September 2015. Diese wiederum nehmen als Grundlage für ihre Beurteilung die Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 8. Juli 2015 sowie von Dr. med. I. _____ vom 13. Juli 2015. Der RAD weicht leicht von der Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. med. H. _____ ab. So wird von einer Arbeitsunfähigkeit vom Zeitpunkt der vierten Fussoperation am 27. Oktober 2014 bis 12. Februar 2015 ausgegangen. Dabei stützt sich der RAD nachvollziehbar auf das Schreiben der SUVA vom 27. April 2015 und die medizinischen Berichte von Dr. med. R. _____ vom 28. Januar 2015 wie vom 13. Februar 2015. In Letzterem kommt dieser zum Schluss, dass hinsichtlich der OSG-Symptomatik ein gewisser Endzustand erreicht sei. Die SUVA hält in ihrem Schreiben dazu fest, dass nach ihrer ärztlichen Einschätzung und in Bezug auf die unfallverursachte Fussproblematik wieder eine ganztägige Arbeitsfähigkeit

vorliege (act. 74 S. 2, 13, 15). Auf die obgenannte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Vorinstanz und die Suva ist abzustützen. Seit 1. Juni 2015 ist von einer 90% Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen.

6.8.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz zu Recht von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ab 1. Mai 2013 und 1. Juni 2014 ausgegangen ist und seit 1. Juni 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 90% in einer angepassten Tätigkeit besteht.

6.9 Damit bleibt der Einkommensvergleich zu prüfen.

Die Vorinstanz ging in ihrer wirtschaftlichen Invaliditätsberechnung vom 9. März 2016 von einem Valideneinkommen von Fr. 5'538.78 aus, da der tatsächlich erzielte Verdienst von Fr. 5'000 indexiert auf 2012 (frühestmöglicher Beginn des Rentenanspruchs [Art. 29 Abs. 1 IVG]) Fr. 5'039.15 (gemäss Tabelle T39 Entwicklung der Nominallöhne, Bundesamt für Statistik) betrug und damit tiefer war als der branchenspezifische Tabellenlohn von Fr. 5'830.–. Dabei wurde der Bruttolohn gemäss schweizerischer Lohnstrukturerhebung (LSE), TA1_skill_level2012 in der Branche Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt; Lagerei (49-52) im Jahr 2012, Kompetenzniveau 1, Männer, herangezogen und an die übliche Arbeitszeit in dieser Branche von 42.3 Std./W. angepasst. Es ist zu beachten, dass der tatsächlich aufindexierte Verdienst von Fr. 5'039.15 somit 13.57% tiefer ist als der Bruttolohn gemäss LSE, weshalb eine Parallelisierung des Valideneinkommens durchzuführen ist (vgl. BGE 135 V 297). Damit ist entsprechend der Rechtsprechung des Bundesgerichts das Valideneinkommen im Umfang von 8.57% (das heisst im Umfang der den Erheblichkeitsgrenzwert von 5% übersteigenden prozentualen Abweichung) respektive im Betrag von Fr. 499.63 zu parallelisieren. Damit beträgt das Valideneinkommen entsprechend der Berechnung der Vorinstanz Fr. 5'538.78 (act. 105). Dies ist nachvollziehbar und wird vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten.

6.9.1 Als Invalidenlohn wird der Lohn im privaten Sektor allgemein gemäss der LSE Tabelle TA1 der Tabellenlöhne 2012 für Männer im Kompetenzniveau 1, angepasst an die übliche Arbeitszeit in dieser Branche von 41.7 Std./W in der Höhe von Fr. 5'431.43 herangezogen. Das Alter des Beschwerdeführers wurde mit einem Leidensabzug von 5% berücksichtigt.

6.9.2 Der Einkommensvergleich ergab in der Folge für eine Verweistätigkeit von 100% eine Einkommenseinbusse und somit einen Invaliditätsgrad

von 6.84% ab 4. Mai 2012, ab 1. Februar 2013 und ab 1. März 2014. Für eine Verweistätigkeit von 90% ab 13. Februar 2015 ergibt der Einkommensvergleich eine Einkommensbusse und somit einen Invaliditätsgrad von 16.6%. Die Ermittlung des Invalidenlohnes ist ebenfalls nachvollziehbar und wird vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten.

7.

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen ist und die angefochtenen Verfügungen vom 7. Dezember 2016 im Ergebnis zu bestätigen sind.

8.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

8.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Abs. 2 IVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 6. Juli 2017 stattgegeben wurde.

8.2 Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

8.3 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege einen Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Parteientschädigung aufgrund der Akten festzusetzen. Unter Berücksichtigung des aktenkundigen und gebotenen Aufwandes (einfacher Schriftenwechsel, Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege, Akteneinsichtnahme ohne Weiterungen) ist die Entschädigung auf Fr. 2'500.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

8.4 Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er zu hinreichenden Mitteln gelangt (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wird zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege aus der Gerichtskasse eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 2'500.– zugesprochen. Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so hat er diesen Betrag dem Bundesverwaltungsgericht zurückzuerstatten.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Tatjana Bont

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 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: