



Urteil vom 8. Dezember 2017

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richter Michael Peterli, Richterin Viktoria Helfenstein,
Gerichtsschreiberin Anna Wildt.

Parteien

A. _____,
vertreten durch Dr. iur. Heiner Schärker, Advokat,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch, Erstanmeldung;
Verfügung IVSTA vom 27. Juni 2016.

Sachverhalt:**A.**

A.a A. _____ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer), geboren (...) 1960, Staatsangehöriger von Frankreich und daselbst wohnhaft, arbeitete von Dezember 1980 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2016 als Grenzgänger in der Schweiz und entrichtete Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten 16). Gemäss Angaben der B. _____ AG in (...), bei welcher er als [Beruf] arbeitete, betrug die krankheitsbedingten Absenzen vom 5. April 2014 bis 6. Januar 2015 100% und seit 7. Januar 2015 bis auf Weiteres 70% (Vorakten 18 und 34).

A.b Mit Antrag datiert vom 16. September 2014, eingegangen bei der IV-Stelle (...) am 24. September 2014, reichte der Versicherte ein Gesuch zum Bezug von IV-Leistungen der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung ein, mit der Begründung, er leide an einer Intercostalneuralgie (Vorakten 1).

A.c Die IV-Stelle tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Die behandelnden Ärzte in (...), Dr. C. _____, [Zentrum] und Dr. D. _____, Hausarzt, reichten Arztberichte zu den Akten (Vorakten 17 und 20). Mit Eingabe vom 5. Juni 2015 reichte die Helsana Versicherungen AG die Untersuchungsergebnisse der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (EFL; Basisabklärung ohne ärztliche Supervision und Beurteilung) der ingeus (...) vom 27. – 28. Mai 2015 zu den Akten (Vorakten 31).

A.d Mit Stellungnahme vom 28. September 2015 äusserte sich der Regionale ärztliche Dienst (...) (RAD; Dr. E. _____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin) zur medizinischen Aktenlage (Vorakten 38). Mit Schreiben vom 3. Dezember 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Überprüfung des Anspruchs ergeben habe, dass eine monodisziplinäre somatische Begutachtung durch einen externen Fachspezialisten notwendig sei, und legte den Fragenkatalog offen (Vorakten 39). Der beauftragte Gutachter, Dr. F. _____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, kam am 24. Februar 2016 nach eigenen Untersuchungen zum Schluss, eine Arbeitsunfähigkeitsschreibung sei bis Ende 2014 akzeptabel, ab Anfang 2015 habe in der bisherigen Tätigkeit wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100% bestanden (Vorakten 42). Diese Einschätzung wurde vom RAD in der Prüfung des Gutachtens vom 2. Mai 2016 geteilt (Vorakten 44).

A.e Mit Vorbescheid vom 12. Mai 2016 (Vorakten 45) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass er seit 7. Januar 2015 wieder zu 100 % arbeitsfähig sei, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe.

A.f Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 24. Mai 2016 Einwand (Vorakten 46). Dabei machte er im Wesentlichen geltend, es hätten keine medizinischen Abklärungen stattgefunden, welche ihn ab 7. Januar 2015 wieder zu 100% arbeitsfähig erklären würden, und reichte unter anderem Bestätigungen seines Hausarztes ein, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 70% bescheinigen würden.

B.

Mit Verfügung vom 27. Juni 2016 wies die für den Erlass der Verfügung zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) das Rentengesuch ab und stützte sich dabei auf die EFL Basisabklärung der ingeus (...) vom 27. – 28. Mai 2015 und das Gutachten von Dr. F. _____ vom 24. Februar 2016 ab. Zur Begründung wurde unter anderem angeführt, eine derart lange Arbeitsunfähigkeitsschreibung sei bei fehlender konkreter Diagnose nicht nachvollziehbar (Akten im Beschwerdeverfahren, [nachfolgend: BVGer act.], Beilage zu BVGer act. 1).

C.

Hiergegen liess der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 16. August 2016 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen, da mindestens noch eine neurologische und möglicherweise auch eine endokrinologische Abklärung nötig seien (BVGer act. 1). Der im vorinstanzlichen Verfahren beauftragte Gutachter sei trotz glaubhaft gemachter Schmerzen des Beschwerdeführers nicht in der Lage gewesen, die Krankheit zu diagnostizieren. Er sei auch nicht der richtige Facharzt gewesen, um eine umfassende Beurteilung abzugeben.

D.

Am 26. August 2016 leistete der Beschwerdeführer den angeforderten Kostenvorschuss von Fr. 800.– in Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten (BVGer act. 2; 4).

E.

Mit Vernehmlassung vom 26. September 2016 beantragte die Vorinstanz

die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 6). Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 21. September 2016. Darin wurde nach ergänzenden Ausführungen Bezug auf die Stellungnahme des RAD vom 13. September 2016 genommen, wonach im vorliegenden Fall keine weitere Abklärung notwendig sei (Beilagen zu BVGer act. 6).

F.

Mit Replik vom 11. November 2016 hielt der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdebegehren fest und führte an, dass angesichts der Tatsache, dass die unbestrittenen Beschwerden diagnostisch keiner Krankheit zugewiesen werden könnten, weitere Abklärungen, namentlich eine psychiatrische Untersuchung, notwendig seien (BVGer act. 8). Gleichzeitig reichte er einen Arztbericht von Dr. G._____, Rheumatologin, vom 24. August 2016 zu den Akten (Beilage zu BVGer act. 8).

G.

In der Duplik vom 19. Dezember 2016 hielt die Vorinstanz an der angefochtenen Verfügung fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde (BVGer act. 10).

H.

Auf die Ausführungen der Parteien und die vorgelegten Beweismittel ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG]).

1.2 Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG, sofern – wie im vorliegenden Fall – keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört

auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA), die mit Verfügungen über Rentengesuche befasst ist (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.3 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG).

1.4 Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger im Kanton (...) erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Frankreich, wo er noch heute lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle (...) zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 27. Juni 2016 zu Recht von der IVSTA erlassen.

1.5 Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht (Art. 38 Abs. 4 ATSG; Art. 60 ATSG; Art. 52 VwVG) und auch der einverlangte Kostenvorschuss geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

2.2 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 27. Juni 2016, mit welcher die Vorinstanz das Rentengesuch des Beschwerdeführers abgelehnt hat.

3.

Zunächst sind die für die Beurteilung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

3.1 Der Beschwerdeführer besitzt die französische Staatsbürgerschaft und wohnt in Frankreich, sodass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG).

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als „Mitgliedstaat“ im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Dies trifft im Verhältnis der Schweiz zu

den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht zu, weshalb die Frage des Anspruches auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

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 Verfügung vom 27. Juni 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 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den – ab Erstanmeldung – bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 27. Juni 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die – wie in der nachfolgenden Erwägung E. 6.4 zu zeigen sein wird – sich erst später verwirklichen, sind im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

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 Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

4.

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

4.2 Die regionalen ärztlichen Dienste stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV).

5.

5.1 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.

5.2 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).

5.3 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).

5.4 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.).

5.5 Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50).

6.

6.1 Die Vorinstanz stützte sich für ihre Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich auf die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit der ingeus in (...) vom 27. – 28. Mai 2015 und das rheumatologische Gutachten von Dr. F. _____ vom 24. Februar 2016 ab und geht von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit ab dem 7. Januar 2015 aus (Beilage zu BVGer act. 1, BVGer act. 10).

6.2 Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, die Vorinstanz habe keine ausreichenden Abklärungen zur Feststellung seines Gesundheitszustands getätigt. Sie habe sich zu Unrecht hauptsächlich auf das Gutachten von Dr. F. _____ gestützt, welches für die ordnungsgemässe

Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts ungenügend sei. Vorliegend wäre die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens angezeigt gewesen (BVGer act. 1 und 8).

6.3 Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung lagen der Vorinstanz im Wesentlichen folgende medizinischen Akten vor:

6.3.1 In der radiologischen Untersuchung der BWS vom 7. März 2014 erkannte Dr. H. _____ (Vorakten 42/39) eine diskrete hochthorakal rechtskonvexe, tiefthorakal linkskonvexe Krümmung. Die Untersuchungen (*TDM Thoracique*) von Dr. I. _____ vom 17. April 2014 ergaben eine kleine ventilatorische Störung anterobasal rechts, keine ossären oder muskulären Anomalien (Vorakten 20/5). In der costalen Echographie vom 5. Mai 2014 stellte Dr. J. _____ eine Schwellung fest, die einem typischen Lipom entspreche (Vorakten 42/38). Laut Beurteilung von Dr. K. _____ aufgrund der MRI-Untersuchung vom 15. Mai 2014 liegen diskrete deg. Veränderungen der BWS und eine bilaterale kleine Diskushernie BWK 9/10, rechtsbetont ohne Tangierung neuraler Strukturen vor (Vorakten 20/6). Das Thorax-Röntgen von Dr. I. _____ vom 12. Juni 2014 ergab ein Emphysem, keine andere Anomalie (Vorakten 42/37).

6.3.2 Dr. L. _____, Facharzt FMH für Neurologie, hielt im neurologischen Befund vom 23. Juni 2014 ein Bestehen unklarer Schmerzen in der linken unteren Brustseite bei blanden Befunden der klinischen neurologischen Untersuchung fest und empfahl unter anderem eine Verlaufsbeobachtung sowie eine Blutuntersuchung (Vorakten 20/8).

6.3.3 Im CT Thorax und Abdomen vom 18. Juli 2014 wurde von Dr. J. _____ eine kleine Hiatushernie und eine kleine Verkalkung in der Gallenblase festgestellt (Vorakten 20/7 und 42/35).

6.3.4 Im Arztbericht vom 6. Oktober 2014 hielt Dr. C. _____ unter der Rubrik subjektiver Beschwerden Lumbalschmerzen fest, mit Infiltration als Therapieempfehlung (Vorakten 17).

6.3.5 Der behandelnde Hausarzt, Dr. D. _____, diagnostizierte im Arztbericht vom 26. Oktober 2014 eine Intercostalneuralgie (Vorakten 20/1).

6.3.6 In der Stellungnahme vom 3. Dezember 2015 befand der RAD (Dr. E. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin), es sei nicht klar ersichtlich, aus welchem Grund derartige Schmerzen vorliegen würden, so dass der

Beschwerdeführer über ein halbes Jahr vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Da keine anderen Beschwerden ersichtlich seien, genüge die Einholung eines rheumatologischen Gutachtens bei Dr. F._____ (Vorakten 38).

6.3.7 Dr. F._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, stellte in dem von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen rheumatologischen Gutachten vom 24. Februar 2016 (Vorakten 42) folgende Diagnosen:

- Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: keine
- Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:
 - Chronisches thorakospondylogenes Syndrom bds. mit/bei altersentsprechenden degenerativen Veränderungen, bilaterale kleine Diskushernie Th 9/10, rechtsbetont (MRI BWS 15.05.2014); Ätiologie unklar, wahrscheinlich nicht mit den oben genannten degenerativen Veränderungen in Zusammenhang zu bringen, DD viral, anderes
 - Diabetes mellitus Typ II; V. a. Polyneuropathie
 - Arterielle Hypertonie;
 - Arthritis urica mit laborserologisch Hyperuricämie
 - St. n. anamnestisch rezidivierenden kardialen Tachykardien
 - Axiale Hiatushernie
 - Cholezystolithiasis

Dr. F._____ kam zum Schluss, dass die Schmerzursache unklar bleibe. Die Veränderungen, welche im MRI der BWS nachgewiesen worden seien, seien nicht für die Schmerzen anzuschuldigen, sondern altersentsprechend normal. Laborserologische Resultate über vormals durchgeführte Abklärungen würden nicht vorliegen, weshalb es schwierig sei, eine Ursache der Beschwerden zu bezeichnen. Man hätte zu einem früheren Zeitpunkt mittels Lumbalpunktion die Ursache weiter abklären können, um eine infektiöse oder reaktive Intercostalneuralgie ausschliessen zu können. Das im Rahmen der Begutachtung entnommene Labor zeige weitgehend normale Werte. Die Rheumaserologie sei unauffällig, Antikörper gegen Borrelia o.a. Viren lägen nicht vor. Bereits Dr. L._____ habe über die Schmerzen und das Fehlen relevanter Ausfälle berichtet, dies sei auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung der Fall gewesen. Im Gegensatz zum Bericht des [Zentrums] seien die Schmerzen nicht lumbal, sondern tiefthorakal. Die von Dr. D._____ berichtete Intercostalneuralgie links sei als Verlegenheitsdiagnose zu werten, da nicht klar sei, was die Schmerzen verursacht habe beziehungsweise verursache. Aus rheumatologischer Sicht würde sich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 7. Januar 2015

zwar annehmen lassen, darüber hinaus sei dies jedoch nicht möglich, da sich langfristig durch die Schmerzen keine Arbeitsunfähigkeit definieren lasse. Das Schmerzsyndrom sei unter Nebendiagnosen einzustufen.

6.4 Sodann reichte der Beschwerdeführer nachträglich mit Replik vom 11. November 2016 einen Arztbericht vom 24. August 2016 (Beilage zu BVGer act. 8) ein, welcher zu berücksichtigen ist, insofern er Rückschlüsse auf den hier relevanten Zeitraum zulässt (vgl. E 3.3). Die behandelnde Rheumatologin, G._____, berichtet darin – nach Wiederholung bereits bekannter Diagnosen – über klinische Beobachtungen, die teilweise mit jenen im Gutachten von F._____, vom 24. Februar 2016 übereinstimmen (etwa hinsichtlich der Atrophie der Muskulatur in den Ober- und Unterschenkeln [Vorakten 42/17]) und zieht daraus diagnostische Schlussfolgerungen:

« (J)e suis frappé par un morphotype particulier avec une obésité faciale et tronculaire modérée, et une certaine amyotrophie des membres. Je vais rechercher un hypercorticisme, ceci pourrait toutefois être lié à la sédentarité marquée du patient. La palpation rachidienne retrouve des points algiques de T4 à T7 des 2 côtes, avec une cellulalgie en ceinture bien concordante avec le trajet douloureux décrit par le patient. »

6.5 Mit Bezug auf die vom Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift vorgeschlagene Einholung weiterer Gutachten in den Fachbereichen der Neurologie beziehungsweise Endokrinologie führt der RAD in seiner Stellungnahme vom 13. September 2016 aus (Beilage zu BVGer act. 6), dies sei zur weiteren Abklärung der Gesundheitsproblematik nicht notwendig, da der Versicherte bereits von Dr. L._____ neurologisch untersucht worden sei und auch die vorgeschlagene endokrinologische Abklärung keine neuen Aspekte bringen könne, da keine endokrinologische Problematik vorliege. Die von Dr. L._____ empfohlenen Serologien seien zudem von F._____ wiederholt und ausgeweitet worden und vollständig unauffällig geblieben. Sämtliche radiologischen Abklärungen seien unauffällig, wie auch die klinische Untersuchung (rheumatologischer Status) im Rahmen des Gutachtens, die vom Versicherten angegebenen Beschwerden hätten in diesem Rahmen nicht ausgelöst werden können. Die Begutachtung durch Dr. F._____ sei umfassend genug, da seine Hauptaufgabe nicht darin bestehe, Diagnosen in aller Feinheit zu stellen, sondern die Zumutbarkeit abzuklären. Aus den objektiven Untersuchungsbefunden seien mehr als genügend verwertbare Resultate vorhanden, die eine solche Beurteilung zuließen.

6.6 In der Replik wird geltend gemacht, dem Beschwerdeführer sei von der behandelnden Rheumatologin, Dr. G. _____, gesagt worden, er leide ihrer Meinung nach an einer Depression, weshalb er sich nun in psychiatrische Behandlung begeben. Da die unbestrittenen Beschwerden diagnostisch keiner Krankheit zugewiesen werden könnten, sei dem Gesuch des Beschwerdeführers, eine polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen, stattzugeben.

6.7 In der Duplik führt die Vorinstanz mit Bezug auf den eingereichten Arztbericht von Dr. G. _____ aus, diesem liessen sich weder neue Diagnosen noch plausible Erklärungen für die Schmerzen entnehmen. Auch könne der Ansicht, der Beschwerdeführer leide wahrscheinlich an einer psychiatrischen Erkrankung, nicht gefolgt werden. Er sei von einer Vielzahl von Ärzten untersucht und beurteilt worden. Keiner habe auch nur einen Verdacht auf eine psychische Erkrankung diagnostizieren können, es seien keine diesbezüglichen Hinweise in der Anamnese oder der Befundlage zu finden. Auch beschreibe der Bericht der Rheumatologin keine konkrete medizinische Befundlage, welche auf eine psychiatrische Erkrankung hinweisen würde.

7.

7.1 Vorliegend zu prüfen ist, ob die ablehnende Verfügung der Vorinstanz, die sich massgeblich auf das rheumatologische Gutachten von Dr. F. _____ abstützt, zu Recht ergangen ist beziehungsweise ob sich aufgrund der Aktenlage der rechtserhebliche Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

7.2 Das Gutachten von F. _____ beruht auf persönlichen Untersuchungen in dem Fachbereich der Rheumatologie und berücksichtigt und diskutiert die Vorakten sowie die abweichenden fachlichen Beurteilungen. Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass die Ursache der als glaubhaft erachteten Schmerzen unklar bleibe. Die Arbeitsfähigkeit wird sodann auftragsgemäss rein aus rheumatologischer Sicht beurteilt und mit 100 % festgelegt (Vorakten 42/22). Das Gutachten von F. _____ ist unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge in Bezug auf das Fachgebiet der Rheumatologie schlüssig, zumal trotz glaubhafter Schmerzen keine relevanten Ausfälle festgestellt werden konnten. Dr. F. _____ hielt im Weiteren fest, es sei zu keinem Zeitpunkt der Eindruck einer Aggravation oder gar Simulation entstanden, sondern dass der Beschwerdeführer seine Beschwerden in der Art und

Weise schildere, wie er sie erleben würde (Vorakten 42/39). In der Anamnese von Dr. F. _____ gab der Beschwerdeführer an, nach der Arbeit, der er mit einem 30 %-Pensum nachgehe, jeweils „erledigt“ zu sein (Vorakten 42/13), und es finden sich in den Akten weitere Hinweise auf Erschöpfungszustände, etwa gab der Beschwerdeführer im Rahmen der EFL der ingeus in (...) an, „kaputt“ zu sein (Vorakten 31/10); auch berichtete der Beschwerdeführer von massivem Nachtschmerz, der zu Schlafproblemen führe (Vorakten 22/2, 26, 42/10), und von leichter Reizbarkeit, „er sei dann aggressiv geworden, weil er so starke Schmerzen und eben einen Schlafmangel gehabt habe“ (Vorakten 42/9). Betreffend die unklaren Schmerzen, die laut Dr. F. _____ keine organische Ursache aufweisen, wurden sodann keine weiteren Abklärungen vorgenommen, um einen psychischen Gesundheitsschaden auszuschliessen. (Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass der Gutachter hierzu auch keinen Auftrag erhalten hat, sondern von ihm wurde lediglich eine monodisziplinäre somatische Begutachtung verlangt [vgl. Vorakten 39, 40]). Entgegen der in der Duplik vertretenen Ansicht fanden im Rahmen dieser Begutachtung auch Hinweise auf psychische Beschwerden Eingang in die Anamnese und die Befundlage. Klagen über körperbezogene, organisch nicht ausreichend erklärbare Beschwerden und/oder Klagen über Erschöpfung sind Anhaltspunkte, die für die Einschätzung einer somatoformen Störung herangezogen werden (vgl. Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] und der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie [SGVP], 3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, 2016, S. 28, <http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien/>, abgerufen am 1. November 2017). Im Weiteren wurden im Gutachten die Argumente, die gegen die Annahme einer Aggravation sprechen, dargelegt (vgl. Vorakten 42/24; zu den Ausschlussgründen im Detail: BGE 141 V 281 E. 2.2 m.w.H.). Bei dieser Sachlage kann für eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht allein auf das rheumatologische Gutachten abgestellt werden. Das Ausmass der durch einen psychischen Gesundheitsschaden bewirkten Arbeitsunfähigkeit wird grundsätzlich gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten festgelegt und bedingt das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 130 V 352 E. 2.2.3). Bei länger dauernden Beschwerden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art ist es unabdingbar, physische und psychische Beeinträchtigungen nicht isoliert, sondern interdisziplinär beurteilen zu lassen (vgl. BGer 9C_235/2013 E. 3.2; BGE 137 I 327 E. 7.3).

7.3 Im Weiteren hat Dr. F. _____ das Röntgendossier und den neurologischen Befund von Dr. L. _____ in seine Begutachtung einbezogen und vermochte in der Diagnosestellung den Zusammenhang zwischen den Schmerzen und den anlässlich der MRI-Untersuchung vom 15. Mai 2014 ersichtlich gewordenen degenerativen Veränderungen der BWS beziehungsweise der Diskushernie nicht vollständig auszuschliessen (vgl. oben E. 6.3.7, Angaben zur Ätiologie: „wahrscheinlich“). Es stellt sich die Frage, ob vorliegend ohne eine eingehende klinische Erhebung aus orthopädischer Sicht in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen des Bewegungsapparates von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden kann. Zwar sind Schmerzen des Bewegungsapparates sowohl Gegenstand der Rheumatologie als auch der Orthopädie, doch erfolgte die anschliessende Beurteilung durch den RAD nicht unter Einbezug sämtlicher, bei der vorliegenden medizinischen Problemlage involvierten Fachrichtungen (Neurologie, Rheumatologie und Orthopädie; vgl. dazu Urteil des BGer 9C_628/2008 vom 20. Oktober 2008 E. 3).

7.4 Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass dem Gutachten von Dr. F. _____ in der Beantwortung der Frage, ob aus rheumatologischer Sicht Funktionseinschränkungen vorliegen, Beweiswert zukommt, es aber angesichts der geltend gemachten Beschwerden, die eine interdisziplinäre Abklärung notwendig erscheinen lassen, zusammen mit den übrigen Akten keinen genügenden Aufschluss für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bietet.

7.5 Der RAD-Arzt kam in der Prüfung des Gutachtens vom 2. Mai 2016 zum Schluss, die somatisch gutachterlich festgestellten Krankheiten seien anhand der fachärztlich erhobenen ausgeprägten Befunde nachvollziehbar festgestellt und bewertet worden.

7.5.1 Wie bereits weiter oben ausgeführt, stehen die RAD den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG). Auf die Stellungnahme eines RAD-Arztes kann aber nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügt. Dass der RAD-Arzt Dr. E. _____ keine eigene Untersuchung des Beschwerdefüh-

ers vorgenommen hat, ist für sich alleine noch kein Grund, um seinen versicherungsinternen ärztlichen Bericht in Frage zu stellen (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV), ebensowenig wie die Tatsache, dass er Allgemeinmediziner ist. Soweit ein RAD-Arzt wie vorliegend nicht selber medizinische Befunde erhebt, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigt, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des medizinischen Dienstes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem medizinischen Dienst erlaubten, sich ein einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Dienstes nachvollziehbar und schlüssig sind.

7.5.2 Vorliegend stützte sich der RAD auf das rheumatologische Gutachten von Dr. F._____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, der ein unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Ursache beschrieben hat. Nach der Feststellung, dass aus seiner Sicht keine Anhaltspunkte für die Ursachen der glaubhaften Schmerzen vorliegen würden, nahm Dr. F._____ die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auftragsgemäss in seiner Disziplin, der Rheumatologie, vor. Daneben standen dem RAD-Arzt für die Aktenbeurteilung Berichte des Hausarztes, des behandelnden Neurologen und das Röntgendossier zur Verfügung. Zwar haben die behandelnden Ärzte, wie von der Vorinstanz in der Duplik festgehalten wurde, bisher keine psychiatrischen Erkrankungen erkannt, doch kann – ohne jede Abklärung – nicht auf das Fehlen eines diesbezüglichen die Erwerbsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschadens geschlossen werden, zumal sich aus den Vorakten ergibt, dass der Beschwerdeführer auf Erschöpfungszustände hingewiesen hat. Da das Gutachten nicht alle Bereiche der geltend gemachten Beschwerden abdecken konnte, kann der vernehmlassungsweise vorgetragenen Ansicht des RAD-Arztes, wonach bei dieser Sachlage die Begutachtung durch Dr. F._____ umfassend genug sei, nicht vorbehaltlos gefolgt werden. Da der RAD-Arzt seine Einschätzung ohne Vornahme einer eigenen Untersuchung auf die hinsichtlich der Beurteilung der geltend gemachten Beschwerden beziehungsweise der Arbeitsfähigkeit unvollständigen medizinischen Berichte stützte, kann

seinem Bericht keine ausreichende Beweiskraft zukommen. Ein lückenloser Befund bzw. ein feststehender medizinischer Sachverhalt liegt mithin nicht vor. In den Akten befindet sich keine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, auf die sich der medizinische Dienst der Vorinstanz hätte stützen können.

7.5.3 An der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung des RAD bestehen somit mangels einer vollständigen Abklärung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers Zweifel.

7.6 Zusammenfassend ist aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte der medizinische Sachverhalt und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht rechtsgenügend erstellt. Damit kann nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) beurteilt werden, ob der Beschwerdeführer vollumfänglich arbeitsfähig ist. Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht massgeblich auf das monodisziplinäre rheumatologische Gutachten von Dr. F. _____ respektive die diesbezügliche Prüfung des RAD stützen dürfen, ohne weitere interdisziplinäre Abklärungen betreffend das ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (Urteil des BGer 8C_381/2012 vom 20. Juni 2012 E. 4.2.1).

7.7 Angesichts der erwähnten Unklarheiten und den daraus folgenden Indizien, die gegen ein primäres Abstellen auf ein monodisziplinäres rheumatologisches Gutachten sprechen, kann auch den Stellungnahmen des RAD nicht gefolgt werden. Insgesamt betrachtet nahm der RAD eine pauschale Einschätzung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers anhand des Gutachtens von Dr. F. _____ vor, obwohl dieses keine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zulässt. Die Ansicht der Vorinstanz in der Vernehmlassung respektive der Duplik, es seien keine weiteren Begutachtungen vorzunehmen, erscheint bei dieser Sachlage nicht hinreichend begründet. Der interdisziplinäre Charakter der medizinischen Problemlage gebietet es, ein externes, polydisziplinäres Gutachten einzuholen, wobei zu berücksichtigen ist, dass der Beschwerdeführer eine psychische Problematik geltend macht (BVGer act. 8).

7.8 Nach dem Gesagten erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als nicht genügend abgeklärt. Angesichts der vorgebrachten gesundheitlichen Einschränkungen aufgrund der glaubhaft gemachten Schmerzen hat – wie

vom Beschwerdeführer beantragt – eine umfassende, interdisziplinäre Abklärung und Neubeurteilung zu erfolgen. Gemäss Art. 61 Abs. 1 VwVG entscheidet die Beschwerdeinstanz in der Sache selbst oder weist diese ausnahmsweise mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurück.

7.8.1 Gemäss neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Verwaltung zurückweisen. So drängt es sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist.

7.8.2 Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege (BGE 137 V 210 E. 4.2).

7.8.3 Vorliegend liegt ein rheumatologisches Gutachten im Recht. Da jedoch kein umfassendes, von der Vorinstanz eingeholtes Administrativgutachten vorliegt, das den medizinischen Sachverhalt in rheumatologischer, orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht vollständig feststellt und sich mit einer möglichen Wechselwirkung der verschiedenen Beeinträchtigungen auseinandersetzt, ist die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung respektive -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären, auf das Gericht. Mit der Auslassung des Administrativgutachtens im Verwaltungsverfahren würde dem Versicherten zudem die Möglichkeit genommen, dieses später durch ein gerichtliches Obergutachten prüfen zu lassen.

7.8.4 Nach dem Gesagten ist die Sache zur ergänzenden Abklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese ist anzuweisen, in der Schweiz ein polydisziplinäres Gutachten im Sinne von Art. 72^{bis} IVV einzuholen. Dabei sind für die Beurteilung der Beschwerden im Brust- und Wirbelsäulenbereich neben einem Facharzt für Rheumatologie zusätzlich ein Facharzt für Orthopädie – dessen Fachkompetenz sich auch auf neurologische Leiden erstreckt – sowie für die somatoformen, ätiologisch unklaren Beschwerden ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beizuziehen. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt. Dabei wird auch der Arztbericht der behandelnden Rheumatologin, G._____, vom 24. August 2016 entsprechend zu berücksichtigen sein. Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung werden die Gutachter insbesondere auch im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

7.8.5 Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder der Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen.

7.9 Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass eines neuen Entscheids an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine multidisziplinäre fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers (insbesondere in rheumatologischer, orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht) sowie von dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (Art. 61 Abs. 1 VwVG).

8.

8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Abs. 2 IVG). 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 137 V 210 E. 7.1), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

8.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'600.– (inkl. Auslagen) angemessen (Art. 9 Abs. 1, Art. 10 Abs. 2 VGKE). Die Mehrwertsteuer ist vorliegend nicht geschuldet (Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]).

(Dispositiv nächste Seite)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 27. Juni 2016 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

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

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2600.– zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Anna Wildt

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 hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: