



Urteil vom 19. Juni 2018

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer,
Richter Michael Peterli,
Gerichtsschreiber Roland Hochreutener.

Parteien

A._____, (Deutschland),
vertreten durch Dr. Markus Züst, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 12. Juli 2016.

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1973 geborene A._____ (*nachfolgend*: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist gelernter Maurer, wohnt in (...) (DE), arbeitete im Juli und August 2007 sowie – mit Unterbrüchen – von Juni 2009 bis Mai 2011 in der Schweiz und entrichtete dabei Beiträge an die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung. Wegen der Folgen eines am 19. April 2011 erlittenen Arbeitsunfalls mit Verletzungen am rechten Unterarm und am linken Knie meldete er sich nach durchgeführter Früherfassung mit Eingabe vom 4. August 2012 (Posteingang: 5. September 2012) bei der IV-Stelle des Kantons B._____ (*nachfolgend*: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland gemäss Aktenverzeichnis und -nummerierung vom 27.10.2016 [act.] 12 [IK-Auszug]; act. 8 - 11; act. 14, S. 38 - 54).

B.

B.a Die IV-Stelle führte daraufhin erwerbliche und medizinische Abklärungen durch und zog die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) bei (act. 13, S. 1 - 7; act. 14, S. 1 - 241; act. 37, S. 1 - 436).

B.b Mit Verfügung vom 16. Januar 2013 lehnte die IV-Stelle den Anspruch auf berufliche Massnahmen ab mit der Begründung, der Versicherte werde durch die Deutsche Verbindungsstelle Unfallversicherung hinsichtlich beruflicher Massnahmen unterstützt, weshalb der Anspruch bei der IV-Stelle erlösche (act. 25).

B.c Mit Bericht vom 23. Januar 2013 hielt Dr. med. C._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie beim medizinischen Dienst der D._____ GmbH, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Pfählungsverletzung im Bereich des rechten Unterarmes, neuropathische Schmerzen im Bereich des rechten Unterarms im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris, bestehend seit 19. April 2011, ein reaktiv depressives Syndrom (Dysthymia; ICD-10 F 34.1) sowie den Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 07.0) fest; die ebenfalls unfallbedingte Kniearthrose (links) stufte er demgegenüber als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein (act. 26, S. 7 - 11).

B.d Gestützt auf ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten der Dres. med. E._____, Fachärztin für Neurologie, und F._____, Neurologe und Psychiater (berufsgenossenschaftliche Unfallklinik G._____/DE),

vom 30. April 2014 (act. 37, S. 58 - 92) sowie ein handchirurgisches Gutachten von Prof. Dr. med. H._____, Dr. med. I._____ und Dr. med. J._____ vom 31. Juli 2014 (act. 37, S. 35 - 48) kam die SUVA-Kreisärztin, Dr. med. K._____, nach persönlicher Untersuchung des Versicherten am 29. Oktober 2014 zum Schluss, dass dem Versicherten aufgrund der vorliegenden Akten und der kreisärztlichen Untersuchung eine mittelschwere Tätigkeit ganztags zumutbar sei; nicht zumutbar seien allerdings repetitive manuelle Tätigkeiten mit der rechten Hand sowie Tätigkeiten, welche zu starken Vibrationen oder Schlägen auf die rechte Hand beziehungsweise den Unterarm führen würden (act. 37, S. 11 - 18).

B.e Mit Verfügung vom 20. April 2015 sprach die SUVA dem Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 18 % ab 1. März 2015 eine monatliche Invalidenrente von Fr. 593.30 zu (act. 40). Die vom Versicherten dagegen erhobene Einsprache wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 17. Juni 2015 ab, im Wesentlichen mit der Begründung, gestützt auf das Ergebnis der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. Oktober 2014 sei ihm eine mittelschwere Tätigkeit ganztags zumutbar; nicht zumutbar seien lediglich repetitive manuelle Tätigkeiten mit der rechten Hand sowie Tätigkeiten, welche zu starken Vibrationen, Schlägen auf die rechte Hand respektive den rechten Unterarm führen würden. Auf das beweiskräftige Ergebnis dieser kreisärztlichen Beurteilung könne abgestellt werden (act. 42, S. 1 - 12). Der Einspracheentscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.f Im Anschluss an eine medizinische Beurteilung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 3. Dezember 2014 (act. 44, S. 9) stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 14. Oktober 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht mit der Begründung, gemäss ihrer medizinischen Beurteilung resultierten beim Versicherten weiterhin ausschliesslich gesundheitliche Beeinträchtigungen als Folge des Unfalls vom 19. April 2011. Daher müsse sich die Invalidenversicherung mit der Unfallversicherung koordinieren. Der von der SUVA mit Einspracheentscheid vom 17. Juni 2015 errechnete Invaliditätsgrad werde aufgrund der Koordination mit der Unfallversicherung von der Invalidenversicherung übernommen. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Rentenanspruch (act. 45).

B.g Mit Eingabe vom 11. November 2015 erhob der Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Dr. M. Züst, gegen diesen Vorbescheid Einspruch mit den Anträgen, es sei der Entscheid betreffend Ausrichtung einer

Invalidenrente bis zur Abklärung der medizinischen Seite aufzuschieben und es sei ihm ein IV-Taggeld auszurichten. Zur Begründung führte er aus, sein Gesundheitszustand habe sich im Jahre 2015 erheblich verschlechtert. Einerseits hätten sich die Schmerzen chronifiziert; es liege ein Chronifizierungsgrad III nach Gebershagen vor. Andererseits wirke sich die Unmöglichkeit, durchzuschlafen zu können, negativ auf die Psyche aus (act. 49, S. 1 - 5).

B.h Gestützt auf eine von der SUVA veranlasste Aktenbeurteilung kam Dr. med. L._____, Versicherungsmedizinerin und Fachärztin für Neurologie FMH, mit Stellungnahme vom 6. Juni 2016 zum Schluss, dass die erfolgten neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchungen keinen objektiven auffälligen Befund erbracht hätten, welcher unfallbedingte Beschwerden über das zum Zeitpunkt der handchirurgischen und neurologisch-psychiatrischen Begutachtung im April 2014 festgestellte Ausmass erklären könnte. Der unfallbedingte Gesundheitszustand habe sich nicht nachweislich verschlechtert. Ohne persönliche Untersuchung sei keine verlässliche Aussage zum Befund machbar. Unabhängig von diesem Aspekt stünde ein allfälliges Complex Regional Pain Syndrom (CRPS), welches vier Jahre nach dem Unfallereignis eingetreten sei, auch nicht mehr überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfall vom 19. April 2011 (act. 60, S. 37 - 48).

B.i Mit Verfügung vom 7. Juni 2016 teilte die SUVA dem Versicherten mit, dass laut der neurologischen Beurteilung vom 6. Juni 2016 keine Verschlimmerung der Unfallfolgen eingetreten und eine Wiederaufnahme der ärztlichen Behandlung deshalb nicht angezeigt sei. Sie könne deshalb über die bestehende Rente hinaus keine weiteren Versicherungsleistungen erbringen. Im Rahmen der Heilkosten nach Abschluss würden lediglich noch die Schmerzmedikamente und 1 - 2 Physiotherapieserien zulasten der SUVA gehen (act. 60, S. 50 f.).

B.j Gegen diese Verfügung der SUVA erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 29. Juni 2016 (Postaufgabe) Einsprache mit dem sinngemässen Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei der ausgewiesenen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes angemessen Rechnung zu tragen (Akten im SUVA-Verfahren [SUVA-act.] 316, S. 1 - 3).

B.k Mit Urteil vom 24. Juni 2016 wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons B._____ eine gegen die Vorgehensweise der SUVA gerichtete

Rechtsverweigerungsbeschwerde des Beschwerdeführers ab, soweit es darauf eintrat (SUVA-act. 323).

B.I Mit Verfügung vom 12. Juli 2016 bestätigte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend*: IVSTA oder Vorinstanz) den Vorbescheid. Zur Begründung führte sie ergänzend aus, der unfallbedingte Gesundheitszustand habe sich nachweislich nicht verschlechtert, und weitere Erkrankungen seien nicht ausgewiesen. Nachdem bei ihm keine beruflichen Massnahmen durchgeführt würden, bestehe auch kein Anspruch auf ein IV-Taggeld (Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.] 1, Beilage).

C.

C.a Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Dr. M. Züst, mit Eingabe vom 14. September 2016 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den Anträgen, es sei die Verfügung der Vorinstanz vom 12. Juli 2016 aufzuheben und die Streitsache sei bis zur rechtskräftigen Erledigung der Einsprache des Beschwerdeführers gegen die Verfügung der SUVA vom 7. Juni 2016 aufzuschieben, unter entsprechenden Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung bringt er insbesondere vor, er habe gegen den Entscheid der SUVA vom 7. Juni 2016 frist- und formgerecht Einsprache erhoben. Wie er bereits im SUVA-Verfahren vorgebracht habe, sei ab Anfang 2015 eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes eingetreten. In einem (noch ausstehenden) Bericht von Dr. med. M. _____ werde noch detailliert zu den Annahmen der Kreisärztin Stellung bezogen. Gegebenenfalls müsse der SUVA-Entscheid vom 17. Juni 2015 revidiert werden. Die Streitsache sei daher bis zur rechtskräftigen Erledigung der Einsprache zu sistieren. Abschliessend teilte er dem Bundesverwaltungsgericht mit, dass er noch ein Gesuch unentgeltliche Rechtspflege stellen werde (BVGer act. 1).

C.b Mit Zwischenverfügung vom 16. September 2016 ersuchte der Instruktionsrichter die Vorinstanz, bis zum 15. November 2016 eine Vernehmlassung unter Beilage der gesamten Akten einzureichen sowie innert gleicher Frist zum Sistierungsgesuch Stellung zu nehmen (Ziffer 2 und 4); ferner forderte er den Beschwerdeführer auf, den in Aussicht gestellten Bericht von Dr. med. M. _____ auf den nächstmöglichen Zeitpunkt hin dem Bundesverwaltungsgericht einzureichen (BVGer act. 2).

C.c Mit Vernehmlassung vom 1. November 2016 stellt die Vorinstanz unter Verweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 26. Oktober 2016 den

Antrag, das Beschwerdeverfahren sei bis zur rechtskräftigen Erledigung der Einsprache gegen die Verfügung vom 7. Juni 2016 zu sistieren. Zwar habe die dem Entscheid der SUVA zugrunde liegende Invaliditätsbemessung für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung. Vorliegend sei aber davon auszugehen, dass es sich bei den Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers um rein unfallbedingte Folgen handle, weshalb sich eine Sistierung des IV-Verfahrens bis zur rechtskräftigen Erledigung des SUVA-Verfahrens als sinnvoll erweise (BVGer. act 4).

C.d Mit Zwischenverfügung vom 10. November 2016 wies der Instruktionsrichter den Sistierungsantrag ab und ersuchte den Beschwerdeführer, seine Beschwerde bis zum 12. Dezember 2016 zu ergänzen und dem Bundesverwaltungsgericht innert gleicher Frist den Bericht von Dr. med. M. _____ einzureichen (BVGer act. 5).

C.e Mit Eingabe vom 14. November 2016 liess der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht den in Aussicht gestellten Bericht von Dr. med. M. _____ samt weiteren medizinischen Akten zukommen (BVGer act. 7 samt Beilagen). Zur Begründung macht er überdies geltend, dass die Vermutung, seine starken Schmerzen seien nur vorgetäuscht, durch den nachgereichten Bericht klar widerlegt werde (BVGer act. 7 samt Beilagen).

C.f Mit ergänzender Vernehmlassung vom 12. Dezember 2016 beantragt die Vorinstanz unter Verweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 7. Dezember 2016 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 10 samt Beilage).

C.g Mit Zwischenverfügung vom 5. Januar 2017 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung gut und ordnete dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Dr. M. Züst als amtlich bestellten Anwalt bei (BVGer act. 12).

C.h Nachdem der Beschwerdeführer auf eine Replik verzichtet hatte, orientierte der Instruktionsrichter die Parteien darüber, dass der Schriftwechsel – vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen – am 20. Februar 2017 abgeschlossen werde (Verfügung vom 10. Februar 2017; BVGer act. 13).

C.i Mit Verfügung vom 12. Januar 2018 ersuchte das Bundesverwaltungsgericht die SUVA, ihm die vollständigen Akten zur Verfügung zu stellen (BVGer act. 14). Mit Schreiben vom 19. Januar 2018 stellte die SUVA dem

Bundesverwaltungsgericht die Akten zu (BVGer act. 15 samt SUVA-act. 1 - 340).

C.j Unter Hinweis auf entsprechende ärztliche Berichte und Gutachten sowie die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (8C_841/2016 und 8C_130/2017 vom 30. November 2017; nunmehr publiziert in BGE 143 V 409 und 143 V 418) gab der Instruktionsrichter der Vorinstanz Gelegenheit, bis zum 9. März 2018 in Zusammenarbeit mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Stellungnahme abzugeben (Zwischenverfügung vom 7. Februar 2018; BVGer act. 16).

C.k Unter Verweis auf den mit Schreiben der IV-Stelle vom 3. April 2018 mitgeteilten Verzicht auf weitere Ausführungen hielt die Vorinstanz mit Stellungnahme vom 9. April 2018 an ihrem bisherigen Antrag fest (BVGer act. 20 samt Beilage).

C.l Von der ihm eingeräumten Gelegenheit, sich zur Stellungnahme der Vorinstanz und zum Schreiben der IV-Stelle vernehmen zu lassen (Zwischenverfügung vom 11. April 2018; BVGer act. 21), machte der Beschwerdeführer innert der ihm angesetzten Frist keinen Gebrauch.

C.m Mit Verfügung vom 25. Mai 2018 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel, vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen, mit der Feststellung ab, dass der Beschwerdeführer ohne Mitteilung auf eine Stellungnahme zum indikatorenorientierten Abklärungsverfahren verzichtet habe (BVGer act. 22).

D.

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

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefoch-

tenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem das Bundesverwaltungsgericht die unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung bewilligt hat (vgl. Sachverhalt, Bst. C.g hievor), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 14. September 2016 und die Ergänzung vom 14. November 2016 einzutreten (Art. 60 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Kognition, vgl. BENJAMIN SCHINDLER *in*: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2008, Art. 49 N. 1 ff.).

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Demnach ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 12. Juli 2016) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (vgl. zur Berücksichtigung von unechten und echten Noven (ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204; BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen).

3.

3.1 Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV 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.

3.2 Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger im Kanton B._____ erwerbstätig und lebte im Zeitpunkt der Anmeldung in (...) (DE),

wo er heute noch lebt (act. 8, S. 1 - 4). Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf die Zeit seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen waren die IV-Stelle zur Entgegennahme und Prüfung der IV-Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

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

4.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt heute 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 zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

4.2 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. Falls die Mindestbeitragsdauer mit schweizerischen Versicherungszeiten nicht erfüllt ist, müssen bei Schweizern und Angehörigen von EU/EFTA-Staaten Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind. Beträgt allerdings die Beitragszeit in der Schweiz weniger als ein Jahr, so besteht kein Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente (ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N. 4; Art. 6 VO 883/04; vgl. auch Rz. 3001.3 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV; KSBIL, gültig ab 1. Juni 2002, Stand: 1. Januar 2015).

Der Beschwerdeführer hat laut IK-Auszug während 18 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (act. 12); darüber hinaus hat er in den Jahren 1990 bis April 2011 – von wenigen Unterbrüchen abgesehen – durchwegs Beiträge bei der Deutschen Rentenversicherung und der Österreichischen Pensionsversicherungsanstalt entrichtet (act. 7, S. 5 - 8). Er

erfüllt mithin ohne Weiteres die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente.

4.3 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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

4.4 Das Bundesgericht hat in BGE 143 V 409 seine bisherige Rechtsprechung zur Frage der invalidisierenden Wirkung von depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur geändert. Danach könne die Frage, ob bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen, allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden. Ob eine Therapie durchgeführt werde, gelte zwar auch im Rahmen der medizinischen Begutachtung als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit für den Schweregrad der Störung. Mit dem Hinweis auf eine "regelmässig gute Therapierbarkeit" bei leichten bis mittelschweren Störungen direkt auf eine fehlende invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen, greife aber zu kurz und blende wesentliche medizinische Aspekte dieses Krankheitsgeschehens in sachlich unbegründeter Weise aus (E. 4.4). Gestützt auf eine erneute vertiefte Prüfung der Sach- und Rechtslage kam das Bundesgericht zum Schluss, dass an der bisherigen Rechtsprechung zu den leichten und mittelschweren Depressionen nicht mehr festgehalten werden könne. Denn die Feststellung, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder

episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen könnten, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind, erweise sich in dieser absoluten Form als unzutreffend und stehe einer objektiven, allseitigen Abklärung und Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der Krankheit im Einzelfall entgegen (E. 4.5.1).

4.5 In der Folge hielt das Bundesgericht mit Verweis auf den (gleichentags gefällten) BGE 143 V 416 fest, dass Depressionen von neu anhand des Indikatorenkatalogs gemäss BGE 141 V 281 abzuklären seien (E. 4.5.2). Ferner führte das höchstinstanzliche Gericht aus, psychische Leiden seien – wie die somatoformen/funktionellen Störungen – wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich. Deshalb sei auch bei diesen Leiden der Beweis indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren, zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestünden, sei das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sie alle anzuwenden. Aufgrund dieser Erkenntnis lasse sich eine Beschränkung des Vorgehens nach BGE 141 V 281 auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden nicht mehr länger rechtfertigen.

4.6 Demnach sind nach dieser neuesten bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich sämtliche psychischen Krankheiten einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen (BGE 143 V 416 E. 7.1; vgl. dazu auch THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden, in: Jusletter 15. Januar 2018).

Davon kann nach der dargelegten jüngsten Rechtsprechung – aus Gründen der Verhältnismässigkeit – dort abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Die Notwendigkeit fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen. In diesen Fällen zeigt sich die Beweisproblematik, wenn überhaupt, vor allem bezüglich der funktionellen Auswirkungen. Daher hat auch bei jenen Störungen eine vertiefende Prüfung hinsichtlich des

funktionellen Schweregrades und insbesondere der Konsistenz zu erfolgen, wenn Hinweise auf Inkonsistenzen, auf Aggravation oder Simulation bestehen. Überdies kann von einem strukturierten Beweisverfahren dort abgesehen werden, wo im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Die Frage der Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens ist dabei stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik zu unterziehen (BGE 143 V 416 E. 7.1).

4.7 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

4.8

4.8.1 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 125 V 256 E. 4; 115 V 133 E. 2).

4.8.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der

eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

4.8.3 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

4.8.4 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) 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). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

4.9 Nach Art. 46 Abs. 3 VO 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. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch unter dem Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. hierzu auch BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2).

Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

5.

5.1 Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist.

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere die folgenden Gutachten und Arztberichte vor:

- Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik N. _____ vom 16. November 2011 bis 16. Dezember 2011 diagnostizierten Dr. med. O. _____ und Dr. med. P. _____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, mit Austrittsbericht vom 19. Dezember 2011 eine Pfählungsverletzung am rechten Unterarm sowie eine Kniedistorsion links bei Vorschaden (zufolge eines Unfallereignisses vom 14. Oktober 2004). Mit Blick auf die Leistungsfähigkeit hielten sie fest, dass die bisherige berufliche Tätigkeit als Kranführer und Bauarbeiter nicht mehr zumutbar sei; zumutbar sei demgegenüber eine leichte bis mittelschwere Arbeit, welche keinen häufigen wiederholten Krafteinsatz des rechten Armes respektive der rechten Hand beinhalten würde (act. 14, S. 38 - 46).
- Dr. med. C. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie beim medizinischen Dienst der D. _____ GmbH (DE), hielt mit Bericht vom

23. Januar 2013 als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Pfählungsverletzung sowie neuropathische Schmerzen im Bereich des rechten Unterarmes (bestehend seit 19. April 2011), ein reaktiv depressives Syndrom (Dysthymia; ICD-10 F 34.1) sowie den Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 07.0) fest; der ebenfalls diagnostizierten Knie-distorsion links mass er – unter Hinweis auf eine mittlerweile eingetretene deutliche Besserung – keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei. Ferner führte er aus, es habe sich ein chronisches regionales Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Unterarmes entwickelt, welches medikamentös sehr schwer zu beeinflussen sei. Mit einer wesentlichen Besserung der Schmerzen sei mit Blick auf den bisherigen Verlauf nicht zu rechnen (act. 26, S. 6 - 11).

- Gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers hielt die SUVA-Kreisärztin, Dr. med. K._____, Fachärztin für Chirurgie FMH, mit Bericht vom 29. Oktober 2014 insbesondere fest, es seien anhaltende neuropathische Schmerzen ohne relevante motorische oder sensible Defizite bei Status nach Durchspiessungsverletzung am rechten Unterarm zu diagnostizieren. Vergleiche man die erhobenen objektiven Befunde mit jenen des Austrittsberichts der Rehaklinik N._____, so habe sich im Verlauf keine gravierende Veränderung der objektiven Befunde ergeben. Gestützt auf die vorliegenden Akten und die persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers sei eine mittelschwere Tätigkeit ganztags zumutbar. Nicht zumutbar seien repetitive manuelle Tätigkeiten mit der rechten Hand sowie solche, welche zu starken Vibrationen, Schlägen auf die rechte Hand/Unterarm führten. Den Integritätsschaden bewerte sie mit 4.5 %. Zur Kausalität führte sie aus, ein Teil des beklagten neuropathischen Schmerzes, bei Status nach Pfählungsverletzung des rechten Unterarmes, Verdacht auf Irritation des Nervus ulnaris sei nachvollziehbar und unfallkausal (act. 37, S. 11 - 18).
- Mit neurologisch-psychiatrischem Gutachten vom 30. April 2014 kamen Dr. med. E._____, Fachärztin für Neurologie, und Dr. med. F._____, Neurologe und Psychiater (von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik G._____) zum Schluss, dass als Folge des Unfalls vom 19. April 2011 auf nervenärztlichem Fachgebiet eine Irritation des Nervus ulnaris am körperfernen rechten Unterarm mit neuropathischen Schmerzen, ohne relevante motorische oder sensible Defizite, sowie eine sehr leichte Aufmerksamkeitsstörung infolge der Einnahme nervenmembranstabilisierender Medikamente (Pregabalin) festzuhalten

seien. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund dieser Unfallfolgen sei aus neurologisch-psychiatrischer Sicht mit 10 % zu bewerten. Eine (konsensuale) Gesamtbeurteilung der Erwerbsfähigkeit sei vom chirurgischen Hauptgutachter vorzunehmen (act. 37, S. 58 - 92).

- In einem fachärztlich-handchirurgischen Gutachten vom 31. Juli 2014 kamen Prof. Dr. med. H._____, Dr. med. I._____, und Dr. med. J._____ (von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik G._____) zum Schluss, dass eine Durchspießungsverletzung am körperfernen rechten Unterarm, mit anhaltenden neuropathischen Schmerzen und ohne relevante motorische und sensible Defizite, zu diagnostizieren sei. Diese führe zu geringen Einschränkungen der Drehbeweglichkeit der rechten Hand sowie der Handgelenkbeweglichkeit rechts, am ehesten aufgrund posttraumatischer Vernarbungen im tendomuskulären Übergangsbereich. Seit dem Unfallereignis vom 19. April 2011 bestehe eine andauernde ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit. Aus handchirurgischer Sicht habe ab dem Unfall höchstens für die Dauer eines halben Jahres eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die andauernde Arbeitsunfähigkeit müsse im neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet begründet sein (act. 37, S. 35 - 49).
- Mit Stellungnahme vom 2. Dezember 2014 hielt med. pract. Q._____, Facharzt für Arbeitsmedizin beim RAD der IV-Stelle, namentlich fest, dass das Anforderungsprofil in der bisherigen Tätigkeit als Schaler/Bauarbeiter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers übersteige. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer allerdings ganztags zumutbar. Ausgeschlossen seien lediglich repetitive manuelle Tätigkeiten mit der rechten Hand sowie Tätigkeiten, welche zu starken Vibrationen oder Schlägen auf die rechte Hand respektive den rechten Unterarm führten (act. 44, S. 9).
- Mit Bericht vom 28. Juli 2015 diagnostizierten Dres. med. M._____ und R._____, Klinik für Anästhesiologie an der Universität S._____, ein CRPS Typ II der oberen Extremitäten rechts (ICD-10 M 89.0) sowie einen ausgeprägten Chronifizierungsgrad (III nach Gershagen). Ferner führten sie aus, der Beschwerdeführer habe sich am 6. Juli 2015 mit stark brennenden, einschliessenden Schmerzen und einer erheblichen Bewegungseinschränkung des rechten Unterarms und der Hand vorgestellt. Es hätten Kribbelparästhesien am distalen rechten Unterarm bis zur Hohlhand ziehend bestanden. Überdies

sei der Beschwerdeführer mit einem Tremor der gesamten rechten oberen Extremität bei minimaler Belastung aufgefallen. In therapeutischer Hinsicht sei eine Evaluation einer multimodalen Schmerztherapie im Rahmen eines interdisziplinären algesiologischen Assessments notwendig (act. 47, S. 1 - 5).

- Dres. med. E. _____ und F. _____ (von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik G. _____) führten im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 18. Februar 2016 aus, dass die gleichentags durchgeführte klinische Untersuchung aufgrund einer verbalen Ausfälligkeit des Beschwerdeführers mit bedrohlichem Unterton habe abgebrochen werden müssen, da auch eine tätliche Aggression nicht mehr habe ausgeschlossen werden können. Aufgrund des aggressiven Verhaltens des Beschwerdeführers sei für weitere neurologisch-psychiatrische Untersuchungen im Hause keine Vertragsgrundlage mehr gegeben (act. 60, S. 5 - 9).
- Mit Bericht vom 23. Februar 2016 hielten die Handchirurgen Prof. Dr. med. H. _____, Dr. med. I. _____ und Dr. med. J. _____, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik G. _____, insbesondere fest, im Vergleich zur Voruntersuchung im Rahmen der Begutachtung vom 5. Juni 2014 falle der Beschwerdeführer durch eine deutliche äussere Veränderung auf. Damals sei der Beschwerdeführer sehr gepflegt und von der Stimmungslage her eher ausgeglichen bis heiter gewesen. Der Beschwerdeführer trage eine sehr stramm wirkende Handgelenkorthese, welche deutliche Verschleisserscheinungen aufweise. Das Ausziehen der Orthese sei mit massiven, schreienden Schmerzäusserungen und grobschlägigem Tremor der rechten Hand verbunden gewesen. Es habe sich eine diffuse Artrophie der Unterarmmuskulatur gezeigt, die Haut sei massiv zu üppig, was auf ein dauerndes Tragen der Orthesen schliessen lasse. Eine Behandlung des Beschwerdeführers erscheine dringend erforderlich, und die Behandlungsmassnahmen hätten insbesondere auf schmerztherapeutischen Fachgebiet, aber auch auf psychologisch-psychiatrischem Fachgebiet zu erfolgen (act. 57, S. 2 - 5).
- Gestützt auf eine Aktenbeurteilung kam die SUVA-Versicherungsmedizinerin, Dr. med. L. _____, Fachärztin für Neurologie FMH, mit Stellungnahme vom 6. Juni 2016 zum Schluss, dass die neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchungen keinen objektiven auffälligen Befund erbracht hätten, welcher unfallbedingte Beschwerden über

das zum Zeitpunkt der handchirurgischen und neurologisch-psychiatrischen Begutachtung im April 2014 festgestellte Ausmass hinaus erklären könnten. Ohne persönliche Untersuchung sei keine verlässliche Aussage zum Befund betreffend CRPS möglich. Unabhängig von diesem Aspekt stünde ein allfälliges CRPS, welches vier Jahre nach dem Unfallereignis eingetreten sei, auch nicht mehr überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfall vom 19. April 2011 (act. 60, S. 37 - 48).

- Mit Stellungnahme vom 27. Juni 2016 führte RAD-Arzt pract. med. Q. _____ aus, der unfallbedingte Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Beurteilung vom Dezember 2014 nicht verschlechtert; aus versicherungsmedizinischer Sicht lägen keinen neuen medizinischen Fakten vor (act. 76, S. 4).

5.2 Die Vorinstanz stützte ihre Beurteilung in der angefochtenen Verfügung ausschliesslich auf die Beurteilung und Rentenbemessung der SUVA, welche mit Einspracheentscheid vom 17. Juni 2015 einen Invaliditätsgrad von 18 % ermittelt hat. Eine eigenständige Prüfung und Rentenbemessung ist offensichtlich nicht erfolgt.

5.2.1 Nach der geltenden Rechtsprechung (BGE 133 V 549) besteht für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung an die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung, weshalb die IV-Stellen auch nicht zur Einsprache gegen die Verfügung und zur Beschwerde gegen den Einspracheentscheid des Unfallversicherers über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad berechtigt sind. Allerdings schliesst das Bundesgericht in BGE 133 V 549 E. 6.4 S. 555 f. nicht aus, dass die IV-Stellen oder im Beschwerdefall die kantonalen Gerichte die Unfallversicherungsakten beiziehen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad für den Bereich der Invalidenversicherung bestimmen können.

Mit Blick auf die fehlende Bindungswirkung haben die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbständig vorzunehmen. Sie dürfen sich somit nicht ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades der jeweils anderen Stelle begnügen (vgl. BGE 133 V 549 E. 6.1 S. 553 m. H., bestätigt mit Urteil des BGer 8C_549/2016 vom 19. Januar 2017 E. 5.1).

5.2.2 Vorliegend hat die IV-Stelle den von der SUVA mit 18 % festgesetzten IV-Grad ohne selbständige Prüfung pauschal übernommen (act. 45, S. 2;

act. 74, S. 2 und act 76, S. 5). Diese Vorgehensweise steht im Widerspruch zur rechtsprechungsgemäss geltenden Pflicht zur Durchführung einer eigenständigen Prüfung und Rentenbemessung. Hinzu kommt, dass sich die Vorinstanz vorliegend auch nicht auf eine rechtskräftige Invaliditätsbemessung der SUVA berufen kann, da der Beschwerdeführer die (im Anschluss an die Rückfallmeldung vom 9. Juli 2015) ergangene Verfügung vom 7. Juni 2016 mit Einsprache vom 29. Juni 2016 angefochten hat (vgl. SUVA-act. 312 und 316) und das Einspracheverfahren nach wie vor bei der SUVA pendent ist (vgl. SUVA-act. 316 - 338).

Eine pauschale Übernahme der durch die SUVA vorgenommenen Rentenbemessung verbietet sich mithin umso mehr, als diese im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 12. Juli 2016 (und auch weiterhin) nicht in Rechtskraft erwachsen war.

5.2.3 Aus medizinischer Sicht geht aus den vorinstanzlichen Akten hervor, dass die IVSTA – abgesehen von den (kurzen) Aktenbeurteilungen ihres RAD (act. 44, S. 9; act. 76, S. 4) – keine eigenen medizinischen Abklärungen veranlasst hat.

Das Abstellen auf die Abklärungen und Akten des Unfallversicherers ist zwar für sich allein nicht zu beanstanden. Allerdings findet die Annahme der Vorinstanz, es seien vorliegend ausschliesslich unfallkausale Gesundheitsbeeinträchtigungen zu beurteilen, in den Akten keine Stütze. Vielmehr hat insbesondere auch die SUVA-Versicherungsmedizinerin Dr. med. L. _____ am 6. Juni 2016 explizit festgehalten, dass ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers eine verlässliche Aussage zum Befund betreffend CRPS – dessen Unfallkausalität sie mit Blick auf die erst vier Jahre nach dem Unfallereignis gestellte Diagnose ausgeschlossen hat – nicht möglich sei (act. 60, S. 37 - 48).

5.2.4 Hinzu kommt, dass sich in den Akten mehrere klare Hinweise auf eine Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustandes finden. So hielt Dr. med. C. _____ bereits mit Bericht vom 23. Januar 2013 unter anderem ein reaktiv depressives Syndrom (ICD-10 F34.1) sowie den Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07.0) fest (act. 26, S. 6 f.). Ferner kamen Prof. Dr. med. H. _____, Dr. med. I. _____ und Dr. med. J. _____ in ihrem handchirurgischen Gutachten vom 31. Juli 2014 zum Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet begründet sei (act. 37, S. 47). Diese Schlussfolgerung bestätigten die Ärzte überdies in ihrem Bericht vom 23. Februar 2016

(act. 57, S. 2 f.). Schliesslich wurde beim Beschwerdeführer auch ein chronifiziertes Schmerzsyndrom (Chronifizierungsgrad III nach Gebershagen; act. 47, S. 1; act. 57, S. 2) diagnostiziert. Dementsprechend bedarf es einer spezialärztlichen Begutachtung durch einen Neurologen und Psychiater.

5.2.5 Nach dem Gesagten steht fest, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der von der Vorinstanz der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegten Akten nicht schlüssig beurteilen lassen.

6.

Vorliegend stehen eine chronische Schmerzstörung und psychiatrische Diagnosen (Dysthymie nach ICD-10 F. 34.1 bzw. Depression sowie eine organische Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F07.0) zur Diskussion.

6.1 Nach der neuesten Rechtsprechung bedarf es in diesem Zusammenhang einer Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Diesen Anforderungen werden die bisher vorliegenden medizinischen Berichte nicht gerecht.

6.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz einerseits zu Unrecht von einer selbständigen Rentenbemessung abgesehen hat. Andererseits hat sie auch den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht allseitig und zudem auch nicht vollständig abgeklärt, zumal mit dem diagnostizierten CRPS und der psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigung auch Gesundheitsbeeinträchtigungen zur Diskussion stehen, deren natürliche und adäquate Kausalität lediglich für den Unfallversicherer von Relevanz ist. Unabhängig davon, ob es sich um Erkrankungen oder Unfallfolgen handelt, wird die Invalidenversicherung die Gesundheitsbeeinträchtigungen in jedem Fall zu berücksichtigen haben. Vorliegend sind Expertisen in den Fachbereichen Psychiatrie, Neurologie und Handchirurgie geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann auch sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abge-

leiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Darüber hinaus erfordert die bundesgerichtliche Praxisänderung im Bereich der psychischen und psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281; 143 V 418 E. 7.1) im vorliegenden Fall auch die Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens.

Überdies wird die Vorinstanz auch die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte und Befundaufnahmen (BVGer act. 7, Beilagen 1 - 5) zu würdigen sowie im Hinblick auf eine umfassende Prüfung der gesamten Aktenlage auch die vollständigen SUVA-Akten beizuziehen haben.

6.3 Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der dem Gutachtensauftrag beizulegende Fragenkatalog hat sämtliche Standardindikatoren der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 4.1.3) zu berücksichtigen. Dem Beschwerdeführer ist das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.).

Es sind zudem keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

6.4 Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Fragen nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeitsrespektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Eine reine Aktenbeurteilung war vorliegend unzulässig, was zwangsläufig zur Einholung eines Administrativgutachtens hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung

des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als Aktenbeurteilungen durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die nicht selten (so auch hier) weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis sämtlicher Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Daher und aufgrund dessen, dass aufgrund der Aktenlage nur eine sehr rudimentäre Beurteilung des Gesundheitszustands und der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

6.5 Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2016 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen sind.

7.

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

7.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. 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 (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt) auf Fr. 2'800.- festgelegt (Art. 10 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die Verfügung vom 12. Juli 2016 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne von Ziff. 6.1 bis 6.4 der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- zugesprochen, die nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils von der Vorinstanz zu leisten ist.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Roland Hochreutener

(Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen).

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 den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. Die Rechtschrift 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: