Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-5717/2017

Urteil vom 26. Mai 2020

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiberin Rahel Schöb.

Parteien

A._____, (Deutschland),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision,
Verfügung der IVSTA vom 21. September 2017.

Sachverhalt:

A.
Der am (…) 1955 geborene, verheiratete, deutsche Staatsangehörige A._____ (*nachfolgend:* Versicherter oder Beschwerdeführer) lebt in Deutschland. Seit September 1985 war er als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig und entrichtete entsprechende Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Zuletzt war er vom 15. Februar 1989 bis 30. September 2013 als Logistiker bei B._____ AG (vormals C._____ AG) in (…) angestellt (letzter effektiver Arbeitstag 11. Dezember 2012, danach freigestellt; ab 24. Januar 2013 zu 100% krankgeschrieben). Nebenerwerblich arbeitete er seit dem 1. Februar 1989 als Lager-Logistiker für die D._____ AG in (…) (Akten der IV-Stelle E._____ gemäss Aktenverzeichnis und -nummerierung vom 11. Dezember 2017 [*nachfolgend:* IV-act.] 4, S. 3 f.; 7; 10; 11).

B.
B.a Am 5. Juni 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seine seit 1992 bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Morbus Crohn, BWS und ISG-Arthritis [Anm. des Gerichts: Brustwirbelsäulen und Iliosakralgelenks-Arthritis], Bandscheibenvorfall HWK 5/6, Morbus Bechterev, Koxarthrose der rechten Hüfte, Rheuma) bei der der Sozialversicherungsanstalt des Kantons E._____, IV-Stelle (*nachfolgend:* IV-Stelle E._____) zum Leistungsbezug an (IVSTA-act. 4; vgl. auch IV-act. 14). Die zuständige IV-Stelle E._____ nahm erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor und holte Akten der Krankentaggeldversicherung ein (vgl. IV-act. 8 ff.). Am 8. Dezember 2014 stellte sie fest, dass aufgrund der weiter andauernden Arbeitsunfähigkeit derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien, weshalb nun ein allfälliger Rentenanspruch geprüft werde (IV-act. 49).

B.b Am 24. Juni 2015 ordnete die IV-Stelle E._____ eine polydisziplinäre Abklärung über die Plattform «SuisseMED@P» an, die der F._____ GmbH (*nachfolgend:* F._____) zugeteilt wurde (IV-act. 75 und 76). Das polydisziplinäre Gutachten, basierend auf den zur Verfügung gestellten Aktendokumenten sowie psychiatrischen, rheumatologischen, gastroenterologischen sowie orthopädischen Untersuchungen am 13., 14. und 23. Juli 2015, am 1. September 2015 sowie am 6. Januar 2016, wurde am 1. Februar 2016 erstattet (F._____-Gutachten vom 25. Januar 2016; IV-act. 98). In ihrer Konsensbeurteilung attestierten die Gutachter dem Versicherten eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit

sowie jeder anderen körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von 50 % (IV-act. 98, S. 28).

B.c Mit Vorbescheid vom 19. April 2016 stellte die IV-Stelle E._____ dem Beschwerdeführer die Ausrichtung einer Dreiviertelsrente in Aussicht (IV-act. 104). Mit Verfügung vom 5. Juli 2016 sprach die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend:* IVSTA oder Vorinstanz) dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Januar 2014, gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 67 % (50 % Arbeitsunfähigkeit in Verweistätigkeiten, leidensbedingter Abzug von 15 %;) eine dem Vorbescheid entsprechende IV-Rente zu (IV-act. 109). Diese Verfügung trat – soweit aus den Akten ersichtlich – unangefochten in Rechtskraft.

C.

C.a Am 31. Oktober 2016 ging bei der IV-Stelle E._____ ein sinngemässes Revisionsgesuch des Versicherten ein (IV-act. 112; vgl. auch 110, S. 6). Dieser machte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes und nunmehr eine seit 2015 bestehende Prostata-Krebserkrankung geltend und ersuchte um die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente (IV-act. 112).

C.b Die IV-Stelle E._____ nahm medizinische Abklärungen vor und holte medizinische Unterlagen ein. Der mit der Abklärung der medizinischen Situation beauftragte Dr. G._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (*nachfolgend:* RAD) hielt in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2017 fest, dass es ab dem 10. August 2016 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sei, welche mindestens bis zum Ende der stationären Reha gedauert habe. Spätestens seit Ende November 2016 könne hingegen wieder von einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Es sei keine massgebliche dauerhafte Veränderung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (IV-act. 123, S. 3).

C.c Mit Vorbescheid vom 14. März 2017 teilte die IV-Stelle E._____ dem Versicherten mit, dass gegenüber der am 5. Juli 2016 aufgrund eines IV-Grades von 67 % zugesprochenen Dreiviertelsrente keine andauernde Verschlechterung seines Gesundheitszustandes vorliege (IV-act. 124).

C.d Am 21. März 2017 teilte der Beschwerdeführer der IV-Stelle E._____ telefonisch mit, dass er mit dem Vorbescheid nicht einverstanden sei. Sein Zustand habe sich wegen der Krebserkrankung sowie der

Arthrose verschlechtert. Nun sei auch seine linke Hüfte betroffen, weswegen Abklärungen hinsichtlich einer allfälligen Operation laufen würden (IV-act. 125).

C.e Mit Schreiben vom 11. April 2017 erhob der Beschwerdeführer zudem schriftlich Einwand gegen den Vorbescheid vom 14. März 2017. Er berief sich dabei auf das Telefonat vom 21. März 2017 und machte zudem geltend, dass er unter der Neuerkrankung Koxarthrose (links) leide. Hierzu sei er auch in Behandlung, wobei er aktuelle Arztberichte in Aussicht stellte (IV-act. 126).

C.f Mit Schreiben vom 22. Mai 2017 reichte der Versicherte zwei Arztberichte ein (IVSTA-act. 131) und informierte die IV-Stelle E._____ zudem darüber, dass am 18. Mai 2017 eine Operation im Spital H._____ stattgefunden habe infolge einer Neuerkrankung von Abszessen am Darmausgang aufgrund des bereits bekannten Morbus Crohn. Den entsprechenden Arztbericht stellte er wiederum in Aussicht (IVSTA-act. 131, S. 2). Die entsprechenden Dokumente liess er der IV-Stelle E._____ am 17. Juli 2017 zukommen (IV-act. 133 und 134).

C.g Am 5. September 2017 nahm der RAD-Arzt Dr. G._____ zum Einwand des Beschwerdeführers vom 11. April 2017 sowie den neuen medizinischen Unterlagen Stellung. Neben den bekannten Beschwerden sei eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes infolge der Operation der Analfistel nachvollziehbar. Eine massgebliche, dauerhafte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit sei hingegen nicht ausgewiesen (IV-act. 135, S. 2).

C.h Mit Verfügung vom 21. September 2017 wies die IVSTA das Revisionsgesuch des Versicherten ab. Zur Begründung führte sie aus, dass es sich bei der Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Prostata-Operation sowie Analfistel-Operation) nicht um eine langandauernde Einschränkung gehandelt habe. Der IV-Grad verbleibe unverändert bei 67 % (IV-act. 138).

D.

D.a Mit Schreiben vom 27. September 2017 an die Vorinstanz erhob der Beschwerdeführer «Einspruch» gegen die Abweisung der Erhöhung der Invalidenrente. Zur Begründung führte er im Wesentlich aus, die bisherigen Erkrankungen hätten sich verschlechtert und neu leide er auch an einer Koxarthrose links. Eine Arbeitsaufnahme sei nicht möglich, weswegen der

Antrag auf Erhöhung der Invalidenrente auf 100 % erneut gestellt werde (Akten im Beschwerdeverfahren [*nachfolgend:* BVGer-act.] 1 = IV-act. 146).

D.b Mit Schreiben vom 5. Oktober 2017 überwies die IVSTA die Eingabe des Beschwerdeführers vom 27. September 2017 zuständigkeitshalber dem Bundesverwaltungsgericht (BVGer-act. ad 1).

D.c Mit Zwischenverfügung vom 11. Oktober 2017 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 800.– in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (BVGer-act. 2).

D.d Nachdem der Beschwerdeführer am 13. Oktober 2017 dem Bundesverwaltungsgericht telefonisch mitteilte, dass er nicht über ausreichende Mittel verfüge, um den Prozess finanzieren zu können (BVGer-act. 3), hob es die Verfügung vom 11. Oktober 2017 mit Zwischenverfügung vom 23. Oktober 2017 auf und forderte den Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Aktenentscheid) auf, innert Frist das dieser Verfügung beigelegte Formular «Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege» ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen beim Bundesverwaltungsgericht einzureichen (BVGer-act. 4); dieser Aufforderung kam der Beschwerdeführer am 6. November 2017 nach (BVGer-act. 7).

D.e Mit Zwischenverfügung vom 27. November 2017 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gutgeheissen (BVGer-act. 8).

D.f Mit Vernehmlassung vom 15. Januar 2018 beantragte die Vorinstanz unter Verweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle E._____ vom 10. Januar 2018 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2017 (BVGer-act. 13).

D.g Der Beschwerdeführer hielt in seiner Replik vom 17. Februar 2018 an seinem Rechtsbegehren fest, reichte einen aktuellen Arztbericht von Dr. med. I._____, Chefärztin Klinik J._____, vom 13. Februar 2018 ein und führte aus, aufgrund seiner Schmerzen stehe ein operativer Eingriff unmittelbar bevor (BVGer-act. 16).

D.h Mit Duplik vom 16. März 2018 hielt die Vorinstanz an ihren Rechtsbegehren fest (BVGer-act. 18).

D.i Mit Verfügung vom 22. März 2018 schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen (BVGer-act. 19).

E.
Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit 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]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem der Beschwerdeführer von der Bezahlung eines Kostenvorschusses befreit wurde (BVGer-act. 8), ist auf die unbestrittenermassen innert Frist und im Übrigen auch formgerecht eingereichte Beschwerde vom 25. Januar 2018 einzutreten (Art. 63 Abs. 4 VwVG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

2.
Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 21. September 2017, mit der die Vorinstanz eine Erhöhung der bisher ausgerichteten Dreiviertelsrente des Beschwerdeführers auf der Grundlage von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsweise abgewiesen hat. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

3.
3.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

3.2 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen

vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten anderseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), woran sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nichts geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-4409/2017 vom 6. März 2018 E. 3.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

3.3 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 21. September 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

3.4 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 21. September 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

4.

4.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

4.2 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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

4.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

4.3.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5).

4.3.2 Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweis).

4.3.3 Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchsrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung (rechtskräftige Verfügung), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; Urteile des BGer I 803/06 vom 21. Februar 2007 E. 4.1; 9C_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 4.1).

4.3.4 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene

Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteile des BGer 8C_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m.H.; BGer 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1).

5.
Für die im Hinblick auf eine Rentenrevision gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG zu beurteilende Frage, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2017 eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, hat die Vorinstanz als Vergleichsbasis die Verhältnisse im Zeitpunkt der ursprünglichen Zusprache der Dreiviertelsrente mit Verfügung vom 5. Juli 2016 (IV-act. 109) herangezogen. Dies ist nicht zu beanstanden (vgl. Urteil des BGer 9C_213/2015 vom 5. November 2015 E. 4.3).

6.
Die mit Verfügung vom 5. Juli 2016 vorgenommene Zusprache der Dreiviertelsrente ab 24. Juni 2013 beruhte auf der Annahme, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit als Logistiker nicht mehr zumutbar, er aber in einer leichten angepassten Tätigkeit noch zu 50 % arbeitsfähig war (vgl. IV-act. 109 und 107). In medizinischer Hinsicht stützte sich diese Einschätzung im Wesentlichen auf die folgenden ärztlichen Berichte (in chronologischer Reihenfolge):

6.1 Aus dem ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik K._____ vom 23. November 2011, unterzeichnet von Prof. Dr. med. L._____, Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie, Rheumatologie, Dr. med. M._____, Fachärztin für Innere Medizin und Physikalische Therapie, sowie N._____, Chirotherapie, geht hervor, dass sich der Versicherte vom 19. Oktober 2011 bis zum 9. November 2011 in stationärer Behandlung befunden habe. Es wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 12, S. 11 ff.):

– HLA B27-negative enteropathische Spondylarthropathie mit Befall der BWS und ISG-Arthritis, Therapie mit Inflixmab seit 12/05
– Morbus Crohn, ED 1992, aktuell nicht floride
– Coxarthrose rechts, ED Oktober 2009

- Cervicalsyndrom, kleiner Bandscheibenvorfall C5/6, ohne wesentliche funktionelle Einschränkungen
- Adipositas (BMI: 36,0)
- Chronischer Nikotinabusus, aktuell 5 Zigaretten pro Tag

6.2 Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Anästhesie, führte in seinem ärztlichen Attest vom 24. Januar 2013 aus, dass seines Erachtens bereits eine deutliche Erwerbsminderung vorliege. Er diagnostizierte Folgendes (IV-act. 13, S. 12):

- Floride HLA B27-negative enteropathische Spondylarthropathie mit Befall der BWS und ISG-Arthritis
- Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden
- Morbus Crohn (K50.9)
- Coxarthrose rechts
- Cervikalsyndrom mit Bandscheibenvorfall HWK 5/6 mit Tangieren des Spinalkanals
- Serologischer Hinweis auf durchgemachte Salmonellen-und Yersinieninfektion
- Z.n. Colecystektomie nach Gallenkolik 10/2006
- Adipositas

6.3 Dr. med. I._____, Chefärztin, Abteilung Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie der Klinik J._____, berichtete am 1. Februar 2013, dass sich der Versicherte am 31. Januar 2013 in ambulanter Behandlung befunden habe. Wenn von Seiten der immunsuppresiven Therapie möglich, sei die Implantation einer Hüftendoprothese rechts indiziert. Dem Arztbericht sind nachfolgende Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 12, S. 9 f.):

- Fortgeschrittene Koxarthrose rechts mit erheblicher Bewegungseinschränkung und Ruheschmerz
- Morbus Crohn
- HLA-827-negative Spondylarthropathie mit Befall der BWS und JSG-Arthritis,
- laufende antirheumatische Therapie mit Remicade

6.4 Gemäss Arztbericht vom 10. April 2013 des Klinikums P._____, unterzeichnet durch Prof. Dr. med. Q._____, leitender Oberarzt Rheumatologie und klinische Immunologie, habe sich der Versicherte am 22. März 2013 in der Ambulanz vorgestellt. Dieser sei kurz vor Weihnachten arbeitslos geworden und dadurch in eine psychosomatische Krise gestützt, wodurch es zu einer Verschlimmerung des Morbus Crohn und der Rücken-

beschwerden gekommen sei. Die bereits eingeleiteten multimodalen Therapieansätze seien fortzuführen und durch Psychotherapie zu ergänzen. Es sei ein OP-Termin der TEP-OP bei Coxarthrose gegen Ende des 6-8-wöchigen Remicade-Intervalls empfehlenswert mit Fortführung der Remicade-Therapie. Es wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 12, S. 6 ff.):

- HLA B27-negative enteropathische Spondylarthropathie mit Befall BWS und ISG-Arthritis (M45.09)
- Morbus Crohn, ED 1992
- Fortgeschrittene Coxarthrose rechts, ED Oktober 2009
- Cervikalsyndrom bei kleinem umschriebenen Bandscheibenvorfall HWK 5/6 mit Tangieren des Spinalkanals (MRT 17.02.2011)
- Serologische Hinweise auf durchgemachte Salmonellen- und Yersinieninfektion
- Z.n. Cholecystektomie nach Gallenkolik, Oktober 2006
- Adipositas
- Aktuell: Vitamin D-Mangel

Es bestehe eine Leistungsfähigkeit bei Spondylarthropatie, Coxarthrose rechts und Cervicalsyndrom ohne wesentliche Funktionseinschränkungen für sechs Stunden und mehr, für mittelschwere körperliche Tätigkeiten, in allen Schichten, ständig sitzend, überwiegend gehend, überwiegend stehend, ohne langwierige Zwangshaltungen und ohne Gefährdung durch Nässe oder Kälte. Die letzte Tätigkeit als Logistiker stehe wie vom Patienten geschildert mit dem Leistungsbild im Einklang.

6.5 Prof. Dr. med. Q._____ diagnostizierte in seinem Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf Massnahmen für die berufliche Eingliederung vom 26. Juni 2013 folgende Pathologien (IV-act. 12):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- HLA-B27-positive Spondylarthritis, seit 2005
- Morbus Crohn, seit 1992
- Fortgeschrittene Coxarthrose rechts, seit Oktober 2009
- Cervikaler Bandscheibenvorfall C5/6, seit Februar 2011
- Psychische Belastungsreaktion, seit Dezember 2012

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Adipositas

Er halte den Patienten aktuell für nicht arbeitsfähig wegen zunehmender Aktivität der Spondylarthritis, sehr wahrscheinlich auch zunehmender Aktivität der entzündlichen Darmerkrankung (Morbus Crohn), der schweren Coxarthrose rechts und der psychischen Belastungsreaktion. Die Dauer der gegenwärtigen Arbeitsunfähigkeit lasse sich schwer abschätzen. Die Einschränkungen durch die schwere Coxarthrose werde sich nach Implantation einer TEP [Anm. des Gerichts: Totalendoprothese] bessern lassen.

6.6 Im Bericht des Klinikums P._____, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 12. Juli 2013, unterzeichnet von Prof. Dr. med. R._____, ärztlicher Direktor, Prof. Dr. S._____, Sektionsleiter Endoprothetik, und T._____, Assistenzarzt, wird eine Coxarthrose rechts diagnostiziert und eine Hüft-TEP rechts empfohlen (IV-act. 33, S. 16 f.).

6.7 Aus dem Austrittsbericht des Klinikums P._____, Rheumatologie und klinische Immunologie, vom 28. Oktober 2013, unterzeichnet von Prof. Dr. med. U._____, ärztlicher Direktor, Prof. Dr. Q._____ und Dr. V._____, Ärztin, geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer vom 28. Oktober 2013 bis zum 31. Oktober 2013 in stationärer Behandlung befand. Es werden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 20, S. 4 ff. = 33, S. 18 ff. = 98, S. 36 ff.):

- HLA B27-negative enteropathische Spondylarthropathie mit Befall der BWS und ISG-Arthritis (M45.09)
- Morbus Crohn, ED 1992
- Fortgeschrittene Coxarthrose rechts, ED 10/2009
- Cervikalsyndrom bei kleinem umschriebenen Bandscheibenvorfall HWK 5/6 mit Tangieren des Spinalkanals (MRT 17.02.11)
- Serologische Hinweise auf durchgemachte Salmonellen- und Yersinieninfektion
- Z.n. Cholecystektomie nach Gallenkolik 10/2006
- Adipositas
- Vitamin D-Mangel
- Quantiferontest 10/2013: negativ

6.8 Gemäss Verlaufsbericht vom 6. Dezember 2013 zuhanden der Vorinstanz, unterzeichnet von Prof. Dr. Q._____, habe sich der Zustand des Versicherten bei gleichbleibenden Diagnosen verschlechtert (IV-act. 20, S. 1 ff).

6.9 Dem Arztbericht des Zentrums W._____, undatiert, unterzeichnet durch Dr. O._____, ist zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer

seine bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von zurzeit 100 %. Eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit hänge von OP-Ergebnis ab. Es sind folgende Diagnosen ersichtlich (IV-act. 21):

– Koxarthrose, seit ca. drei Jahren verstärkt
– Morbus Bechterew, seit 1992
– Morbus Crohn, seit 1992

6.10 Der Beschwerdeführer habe sich am 14. Februar 2014 zur ambulanten Behandlung in der Klinik J._____, Abteilung Chirurgie, befunden, wie aus dem Bericht von Dr. I._____ vom 17. Februar 2014 hervorgeht. Es sei für den 19. Mai 2014 ein Operationstermin für die Implantation einer Hüftendoprothese rechts vereinbart worden. Dr. I._____ stellt folgende Diagnosen (IV-act. 33, S. 14 f.):

– Koxarthrose
– Rheumatoidarthritis mit regelmässiger REMICADE-Therapie
– Morbus Crohn
– Adipositas (112 kg Körpergewicht, 179 cm Körpergrösse)

6.11 Der RAD-Arzt, Dr. med. G._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, zertifizierter medizinischer Gutachter (SIM) und Vertrauensarzt (SGV), hielt in seiner Stellungnahme vom 16. April 2014 fest, dass im Arztbericht von Dr. med. O._____, Allg. Medizin (ELAR 30.12.13) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 24. Januar 2013 angegeben werde. Eine Hüft-TEP rechts sei geplant. Die Arztberichte seien plausibel, es bestehe demnach ein Gesundheitsschaden, der zu einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab 24.01.13 geführt habe. Nach der geplanten Hüft-TEP-OP rechts könne mit einer deutlichen Besserung gerechnet werden. Es werde deshalb empfohlen, zunächst zu erfragen, ob und gegebenenfalls wann diese Operation durchgeführt wird und eventuell vorhandene Reha-Berichte anzufordern (IV-act. 102, S. 4).

6.12 Gemäss Bericht der Klinik J._____ vom 22. Mai 2014, unterzeichnet von Dr. med. I._____, Dr. med. X._____, Oberarzt und Operateur, sowie Dr. Y._____, Assistenzarzt, wurde beim Beschwerdeführer am 19. Mai 2014 eine Totalendoprothese am Hüftgelenk, nicht zementiert, rechts durchgeführt. Der Verlauf gestalte sich komplikationslos bei reizfreier Wundheilung (IV-act. 33, S. 9 ff.).

6.13 Im ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik Z._____, unterzeichnet von Dr. med. Aa._____, Chefarzt, Dr. med. Bb._____, leitende Oberärztin, und Dr. med. Cc._____, Stationsarzt, vom 24. Juni 2014 wird dem Beschwerdeführer eine Leistungsfähigkeit in seiner letzten beruflichen Tätigkeit als Lagerist von unter drei Stunden attestiert. Für körperlich leichte Arbeiten, bei Notwendigkeit zum Wechsel stehend und gehend, in Tagesschicht, sei der Patient noch für drei bis sechs Stunden leistungsfähig. Heben und Tragen über 5 bis 10 kg solle möglichst vermieden werden, ebenfalls seien keine rückenbelastenden Zwangshaltungen zumutbar (IV-act. 33, S. 25 f.)

– Hüft-TEP-Implantation rechts, am 19.05.2014 bei Coxarthrose, ICD Z96.6
– Spondylitis ankylosans mit HLAB 27 negativ, ICD M45
– Morbus Crohn

6.14 Dr. med. I._____ und Dd._____, Funktions-Oberarzt, der Klinik J._____ berichten am 11. Juli 2014 über die ambulante Behandlung des Versicherten am 9. Juli 2014 und diagnostizieren was folgt (IV-act. 33, S. 7 f.):

– Z.n. Hüft-TEP rechts
– Rheumatoide Arthritis
– Morbus Crohn

6.15 Dr. med. Ee._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, führt in ihrem Verlaufsbericht vom 14. Juli 2014 aus, der Versicherte sei seit dem 24. Januar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. Auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit, wobei die Dauer noch offenbleibe. Es bestehe ein laufender Heilungsprozess nach Hüft-TEP, weshalb nicht abgeschätzt werden könne, ob und wann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu rechnen sei. Dr. Ee._____ diagnostizierte folgende Pathologien (IV-act. 33, S. 1-6):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

– Koxarthrose, Z.n. Hüft-TEP am 19. Mai 2014
– Spondylitis ankylosans
– Psychische Anpassungsstörung (F43)

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

– Adipositas

– Morbus Crohn

6.16 Im Arztbericht des Klinikums P._____, Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie, unterzeichnet von Prof. Dr. med. U._____, PD Dr. med. Ff._____, leitender Oberarzt, und Dr. med. Gg._____, Facharzt, vom 24. Juli 2014 werden folgende Erkrankungen diagnostiziert (IV-act. 98, S. 32-34):

– Enteropathische Spondylarthropathie
  – HLA B27 negativ
  – Befall der BWS und ISG
  – Vd. a. sekundäres Schmerzsyndrom
– Morbus Crohn ED 1992
– Fortgeschrittene Coxarthrose rechts ED 10/2009
– Cervikalsyndrom bei kleinem umschriebenen Bandscheibenvorfall HWK 5/6 mit Tangieren des Spinalkanals (MRT 17.02.11)
– Serologische Hinweise auf durchgemachte Salmonellen- und Yersinieninfektion
– Z.n. Cholecystektomie nach Gallenkolik 10/2006
– Adipositas
– Vitamin D-Mangel
– Quantiferontest 10/2013: negativ

6.17 Aus dem Verlaufsbericht von Hh._____, Klinik J._____, vom 29. Juli 2014 geht hervor, dass keine bekannten Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit bestünden und diese aus medizinischer Sicht zumutbar sei. Die Wiederaufnahme sei üblicherweise innerhalb von sechs Wochen bis sechs Monaten wieder zu 100 % möglich. Dabei sei bei der beruflichen Wiedereingliederung eine körperliche Überlastung zu vermeiden (IV-act. 35)

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

– Coxarthrose rechts
– Zustand nach Hüft-TEP Implantation 19.05.2014
– Rheumatoide Arthritis

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

– Adipositas
– Morbus Crohn (anamnestisch)

6.18 Dr. med. Aa._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin Chirotherapie, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, berichtet zuhanden der IV-Stelle am 14. August 2014 über einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 27. Mai bis 17. Juni 2014 in der Klinik Z._____. Dabei stellt er folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 36):

– Hüft-TEP-Implantation rechts am 19.05.2014 wegen Coxarthrose
– Spondylitis ankylosans

Zu beachten sei die derzeitige körperliche Leistungsfähigkeit. Eine lediglich leichte körperliche Tätigkeit mit überwiegend sitzender, teilweise auch stehender und gehender Tätigkeit sei erforderlich, dabei Vermeidung von mittelschwerem und schwerem Heben und Tragen. Keine wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten, keine Zwangshaltungen, kein Begehen von Leitern und Gerüsten. Eine Wiedereingliederung solle unter Berücksichtigung des Leistungsbildes ab der 12. postoperativen Woche beginnen.

6.19 Mit Stellungnahme vom 29. September 2014 hielt der RAD-Arzt Dr. G._____ fest, dass laut dem Arztbericht der Klinik Z._____ für Rehabilitation vom 14. August 2014 in einer angepassten, leichten Tätigkeit ab der 12. postoperativen Woche mit der stufenweisen Wiedereingliederung begonnen werden könne. Derzeit bestehe eine Leistungsfähigkeit allenfalls drei bis unter sechs Stunden. Demnach könne mit einer stufenweisen Wiedereingliederung in einer angepassten Tätigkeit begonnen werden. Anfangs könne von einer Arbeitsfähigkeit von drei Stunden täglich ausgegangen werden. Die bisherige Tätigkeit sei weiterhin nicht zumutbar (IV-act. 102, S. 5).

6.20 Im Arztbericht der orthopädisch-chirurgischen Klinik Ii._____, unterzeichnet von Dd._____, vom 21. Oktober 2014 wird Bursitis (M71.99 G) diagnostiziert sowie eine Armvenenthrombose ausgeschlossen (I80.88 A [IV-act. 43]).

6.21 Dr. Jj._____, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Klinik Kk._____, führt in seinem Arztbericht vom 6. Januar 2015 aus, für die exakte Beurteilung der Zumutbarkeit der Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei ein Gutachten erforderlich oder eine EFL (Anm. des Gerichts: Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit). Er diagnostizierte dabei folgende Erkrankungen (IV-act. 53):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- HLA-B27 negative Spondylathropathie Typ Bechterew (ED 1995)
  - Remicade alle 8 Wochen seit 2005
  - Zunehmende Einsteifung der Wirbelsäule
- Hüft-TEP rechts wegen Coxarthrose Mai 2014
  - Stöcke erst vor einer Woche entwöhnt, noch deutliches Schonhinken rechts
- Morbus Crohn
  - Klinik P._____, seit Remicade weitgehend kompensiert

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Hüft-TEP rechts wegen Coxarthrose Mai 2014
  - Stöcke erst vor einer Woche entwöhnt, noch deutliches Schonhinken rechts
- Morbus Crohn
  - Klinik P._____, seit Remicade weitgehend kompensiert

6.22 In der gutachterlichen Äusserung von Dr. Ll._____, Ärztin der Bundesagentur Mm._____, vom 10. November 2014 führt diese aus, die hier bekannten Gesundheitsstörungen würden dauerhafte und schwerwiegende Funktionseinschränkungen begründen. Medizinische Reha-Massnahmen seien bereits 2014 absolviert worden und hätten nicht relevant bessern können. Die Wegefähigkeit sei erheblich eingeschränkt. Für den allgemeinen Arbeitsmarkt könne kein positives Leistungsbild erstellt werden. Der Beschwerdeführer sei auf unter drei Stunden täglich leistungsgemindert und diese Leistungsminderung werde länger als sechs Monate andauern. Es sei mit einem Wiedereintritt der Leistungsfähigkeit auf absehbare Zeit nicht zu rechnen (IV-act. 59)

6.23 Am 10. März 2015 stellte sich der Beschwerdeführer in der Ambulanz des Klinikums P._____, Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie vor, wie aus dem gleichentags erstellten Bericht, unterzeichnet von Prof. Dr. med. U._____, PD Dr. med. Ff._____ und Dr. med. Nn._____, Fachärztin, hervorgeht. Es werden die nachfolgenden Diagnosen aufgeführt (IV-act. 98, S. 45 ff. = 119, S. 6):

- Enteropathische Spondylarthropathie ICD10: K50.9+M 07.49
  - HLA B27 negativ
  - Befall der BWS und ISG
  - Vd. a. sekundäres Schmerzsyndrom
  - Morbus Crohn ED 1992

- Vitamin D-Mangel
- Erhöhter PSA-Wert, Kontrolle empfohlen 03/15
- Fortgeschrittene Coxarthrose rechts ED 10/2009
- Cervikalsyndrom bei kleinem umschriebenen Bandscheibenvorfall HWK 5/6 mit Tangieren des Spinalkanals (MRT 17.02.11)
- Serologische Hinweise auf durchgemachte Salmonellen- und Yersinieninfektion
- Z.n. Cholecystektomie nach Gallenkolik 10/2006
- Adipositas
- Tbc-Status: RöTh 10/13 opB, Quantiferontest 10/2013: negativ
- Immunglobulinstatus: 03/15 unauffällig
- Impfstatus: Influenza von Pat nicht gewünscht. Übrige anamnestisch aufgefrischt 2015
- Allergien: nicht bekannt

6.24 Im undatierten Bericht von Dipl. Psych. Oo._____, Psychologischer Psychotherapeut, diagnostiziert dieser folgende Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 61; vgl. auch 119, S. 7):

- F33.1(6) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel-schwere Episode
- F41.0(6) Panikstörung (seit 2013 Beginn AU)
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (seit mehreren Jahren)

Kurz- und mittelfristig sei seines Erachtens nicht von einer Arbeitsfähigkeit auszugehen. Therapeutisch sei zunächst eine Begleitung und das Erlernen von Stressmanagementstrategien erforderlich. Nach einer ersten Stabilisierung könne eine eigentliche Therapie beginnen (kognitiv-therapeutisch), auch wäre dann erst eine stationäre Reha denkbar und indiziert.

6.25 Im Verlaufs- und Abschlussbericht von Dr. med. Pp._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, und Dr. Jj._____, Center Kk._____, vom 14. April 2015 wird ausgeführt, dass sich eine erste Verbesserung bezüglich der Gesamtsituation zeige. Allerdings seien im Verlaufe unklare Schmerzen im Bereich des linken Ellenbogens aufgetreten, am ehesten einer Bursitis olecrani bzw. einer Epicondylitis humeri entsprechend. Gemäss auswertiger Beurteilung solle bei fehlendem Ansprechen auf konservative Therapien eine operative Sanierung vorgenommen werden (IV-act. 68).

6.26 Dr. G._____ des regionalen ärztlichen Dienstes empfahl in seiner Stellungnahme vom 23. April 2015 die Einholung eines MEDAS-Gutachtens mit den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie, Rheumatologie und Psychiatrie (IV-act. 102, S. 6).

6.27 Der Beschwerdeführer wurde im Auftrag der Vorinstanz polydisziplinär begutachtet. Die Gutachter stellten zusammenfassend nachfolgende Diagnosen (IV-act. 98):

- Chronisches panvertebrales, thorakolumbal betontes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8);
- Enteropathische Spondylarthropathie (ICD-10 K50.9/M07.49);
- Status nach Hüft-TP Implantation rechts am 19.05.2014 bei chronischer Coxarthrose rechts;
- Verdacht auf Coxarthrose links (ICD-10 M 16.1);
- Subacromiales Schulterimpingement-Syndrom links (ICD-10 M7 5.4);
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0);
- Panikstörung (ICD-10 F41.0);
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

6.27.1 Der fallführende Gutachter, Dr. Qq._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte in seinem allgemeininternistischen Teilgutachten eine Adipositas (ICD-10 E66.0) und einen fortgesetzten Nikotinkonsum (ICD-10 F17.1). Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und somit keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Auch in der Vergangenheit könne keine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Es sollten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes eine Gewichtsreduktion und ein konsequenter Nikotinstopp angestrebt werden (IV-act. 98, S. 6 f.).

6.27.2 Dr. med. Rr._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Dies sei durch die vorliegenden psychischen Störungen bedingt. Dadurch komme es bei einer Arbeit vor allem zu einer erhöhten Ermüdbarkeit, was einen vermehrten Pausenbedarf erfordere. Dem Exploranden könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten

Beschwerden einer somatisch angepassten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu 70 % nachzugehen, auch ganztags mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Von der aufgrund der Untersuchung eingeschätzten Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit könne mit Sicherheit seit mindestens der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden. Zuvor könne nicht genau angegeben werden, ab wann diese Arbeitsfähigkeit bestanden habe, da fachärztliche Befunde, auf die mit Sicherheit abgestützt werden kann, in den Akten fehlten. Es würden gewisse Inkonsistenzen bei einer nach aussen gerichteten Beschwerdedarstellung auffallen. Die psychotherapeutische Behandlung solle weitergeführt werden. Die regelmässige Einnahme einer antidepressiven Medikation mit Indikation bei Schmerzen und Panikattacken sei zu empfehlen. Auch eine stationäre Rehabilitationsbehandlung könnte hilfreich sein. Berufliche Massnahmen könnten hier aufgrund der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung gegenwärtig nicht empfohlen werden (IV-act. 98, S. 8-12).

6.27.3 In seinem rheumatologischen Teilgutachten führte Dr. Ss._____, Facharzt für Rheumatologie FMH, aus, aktuell seien keine aktiven entzündlichen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule und der ISG abzugrenzen. Die ISG zeigten jedoch eine auffällige bilaterale rechtsbetonte subchondrale fettige Transformation des Fettgewebes mit Nachweis von einzelnen Erosionen der subchondralen Knochenlamelle des Os ilium beidseits. Die Befunde würden zu einem Status nach ISG-Arthritis passen. Im Bereiche der unteren BWS zeige sich eine auffällige irreguläre Kontur von Deck- und Bodenplatten mit tiefthorakal möglichen diskreten ventralseitigen Spondylophyten. Zusätzlich bestünden degenerative HWS-Veränderungen mit höhergradiger Foraminalstenose C3/4 beidseits mit beginnender Kompression der Wurzel C4 foraminal beidseits und höhergradiger Foraminalstenose C5/6 rechts mit Kompression der Wurzel C6 rechts foraminal. Dr. Ss._____ stellte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches panvertebrales, thorakolumbal betontes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8), enteropathische Spondylarthropathie (ICD-10 KSO. 9/M07.49), Status nach Hüft-TP Implantation rechts am 19.05.2014 bei chronischer Coxarthrose rechts, Verdacht auf Coxarthrose links (ICD-10 M 16.1), subacromiales Schulterimpingement-Syndrom links (IC D-10 M75.4). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Status nach Bursitis olecrani links festzustellen. Grundsätzlich seien jegliche körperlich mittel bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten nicht möglich. Darunter falle auch die letzte berufliche Tätigkeit als Mitarbeiter bei der Firma B._____ in (…), wo der Versicherte zuerst während Jahren in der Pro-

duktion und dann während 12 Jahren in der Logistik und im Lager gearbeitet habe, wo immer wieder im Lager zum Teil repetitiv schwere Lasten über 25 kg gehoben und getragen werden mussten. Ebenso wenig bestehe eine Arbeitsfähigkeit in Bezug auf frühere berufliche Tätigkeiten als Maurer. Rheumatologisch bestehe für eine körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit. Ideal solle die Arbeitszeit über den Tag verteilt werden, um regelmässige Pausen zu gewähren, dies unter folgenden Arbeitsplatzbedingungen: Theoretisch seien manuell verarbeitende Tätigkeiten in Schulterneutralstellung an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz bei regelmässigen Positionswechseln möglich. Vermieden werden sollten das Stehen und Sitzen am Ort über 20-30 Minuten, das Durchführen von Rotationsbewegungen des Achsenskelettes oder Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige oder Reklinationsposition. Ebenso wenig seien Überkopfarbeiten mit dem linken Arm möglich. Kurze Gehstrecken für gewisse Kontrollfunktionen seien möglich, jedoch nicht längere berufsbedingte Gehstrecken. Ungünstig wäre das Gehen auf unebenem Boden oder gar das Besteigen von Gerüsten, Leitern oder Treppen. Unter Berücksichtigung der Aktenlage bestehe in der früher angestammten beruflichen Tätigkeit sowie für sonstige mittel bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten mit Sicherheit seit Juni 2013, dem Beginn der Behandlung in der Rheumatologischen Klinik P._____, eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Mit hoher Wahrscheinlichkeit würde auch seither die oben dargelegte theoretische adaptierte Arbeitsfähigkeit unter ganz spezifischen Arbeitsplatzbedingungen gelten, wobei in den vergangenen zwei Jahren je nach Entzündungsaktivität oder vor allem in der postoperativen Phase nach Mai 2014 für längere Zeit eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit postuliert werden könne. Eine genaue Abgrenzung sei retrospektiv nicht möglich. Mit Sicherheit würden die obigen Angaben in Bezug auf eine adaptierte berufliche Arbeitsfähigkeit ab Datum des Gutachtens gelten (IV-act. 98, S. 12-19).

6.27.4 Der Gutachter, Dr. Tt._____, Facharzt für Gastroenterologie FMH, diagnostizierte in seinem gastroenterologischen Teilgutachten einen Morbus Crohn, ED 1992 (ICD-10 K50.0) und stellte einen Status nach Cholezystektomie 2006 fest. Alle sechs bis acht Wochen trete nach Remicade-Infusion eine Symptomatik auf, welche den Beschwerdeführer teilweise bei einer allfälligen Arbeit hindern dürfte. Zudem würden unspezifische Symptome zwei- bis dreimal pro Monat auftreten, deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sich nicht genau beziffern lasse. Insgesamt betrage das Ausmass einer Arbeitsunfähigkeit aus gastroenterologischen Gründen

höchstens 10%. Die Symptomatik sei in den letzten zehn Jahren weitgehend unverändert. Inwieweit die Spondylarthropathien des Patienten auf den Morbus Crohn zurückzuführen seien, lasse sich allenfalls rheumatologisch beurteilen (IV-act. 19 f.).

6.27.5 In seinem orthopädischen Teilgutachten stellte der Gutachter, Dr. med. Uu._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, die Diagnose einer symptomatischen Coxarthrose links (ICD-10 M16.0) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Status nach Implantation einer unzementierten Hüft-Totalprothese rechts am 19.05.2014 bei Coxarthrose sowie der Verdacht auf Schmerzausweitung. Der Explorand berichte, nach absolvierter Ausbildung zum Maurer während fünfzehn Jahren auf dem Beruf und auch als Kranführer gearbeitet zu haben. Zwischen 1989 und 2013 habe er bei der Firma B._____ gearbeitet und wäre dabei seit 1997 in Lager beziehungsweise Logistik eingesetzt gewesen. Dies habe einem Einsatz von etwa 40 % im Büro sowie im Übrigen der Be- und Entladung von LKWs und Lagerung von Gegenständen entsprochen, wobei er Lasten von bis zu 40 kg bewegt hätte. Die Tätigkeit in Lager und Logistik könne als die mittlerweile angestammte angesehen werden. Für diese Tätigkeit bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung ebenso wie für andere körperlich mittelschwere und schwere Verrichtungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung liege dagegen rein auf die Hüftgelenke bezogen eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs vor. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, die Einnahme knieender und hockender Positionen sowie das Überwinden von Treppen, Leitern und unebenem Grund sollten dabei vermieden werden. Nach auch links durchgeführtem Hüftgelenksersatz sei für derartige Verrichtungen dagegen spätestens sechs Monate postoperativ von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Rein auf die Hüftgelenke bezogen könnten dann durchaus intermittierend auch mittelschwere Verrichtungen zugemutet werden. Bezüglich der Hüftproblematik könne spätestens sechs Monate nach dem am 19.05.2014 erfolgten Gelenksersatz von einer Arbeitsfähigkeit von 80% für genannte Verweistätigkeiten ausgegangen werden. Grundsätzlich biete sich angesichts der klar bestehenden Veränderungen an der linken Hüfte auch hier der Gelenksersatz an. Bei erheblichen Hinweisen für ein nicht-organisches Geschehen sollte aber von weiteren invasiven Massnahmen grundsätzlich möglichst Abstand genommen werden, da selbst bei objektiv gutem Resultat der operierten rechten Seite weiterhin

ein erheblicher Leidensdruck angegeben werde, welcher aus rein orthopädischer Sicht nicht klar nachvollzogen werden könne (IV-act. 98, S. 20-25).

6.27.6 In ihrer Konsensbeurteilung stellten die F._____-Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit fest. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von 50 %. Die rheumatologischen und die psychiatrischen Einschränkungen könnten dabei nicht addiert werden, sondern würden sich ergänzen, da dieselben Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung genutzt werden könnten. Das Pensum könne über vier bis acht Stunden pro Tag umgesetzt werden, falls an einem hypothetischen Arbeitsplatz Pausen eingelegt werden oder stundenweise gearbeitet werden könne. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen könnten aufgrund zu geringer Erfolgsaussichten nicht empfohlen werden (IV-act. 98, S. 27-29).

6.28 Der RAD-Arzt Dr. G._____ kam in Würdigung des polydisziplinären Gutachtens am 5. Februar 2016 zum Schluss, dass das Gutachten vom 1. Februar 2016 umfassend sei, die gesamte Aktenlage sowie sämtliche Beschwerden und Symptome des Versicherten berücksichtige und auf eigenen Untersuchungen beruhe. Das Gutachten sei insgesamt schlüssig und nachvollziehbar und in seinen Feststellungen plausibel, es könne darauf abgestützt werden (IV-act. 102, S. 7). Am 12. April 2016 präzisierte der RAD-Arzt seine Stellungnahme dahingehend, dass gemäss dem Arztbericht von Dr. med. O._____, den KTG-Akten und dem Arbeitgeberfragebogen der D._____ AG die Wartezeit per 24. Januar 2013 eröffnet werden könne (IV-act. 102, S. 9).

7.
Hinsichtlich der weiteren Entwicklung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. April 2017 ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende (in chronologischer Reihenfolge):

7.1 Im schmerztherapeutischen Verlaufsbericht vom 12. Februar 2015, unterzeichnet von Dr. Vv._____, Facharzt für Anästhesie und spezielle Schmerztherapie, werden folgende Diagnosen genannt (IV-act. 119, S. 15 f.):

– Chronisches Schmerzsyndrom Stadium II. n. Gerbershagen (R52.2,G)

- Spondylitis ankylosans: nicht näher bezeichnete Lokalisation (M45:09,G)
- Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule (M47.86,G)
- Vorhandensein einer Hüftgelenksprothese rechts (296.6, RG)
- Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr mit einem Body-Mass-Index [BMIJ] von 40 und mehr (E66.02,G)
- Obstipation (K59.0,G)
- Morbus Crohn (K50.9,G)
- Reaktive Depression (F32.9+G)
- Panikstörung (F41. O+G)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41+G)

7.2 Prof. Dr. U._____ und Dr. med. Ww._____, Funktionsoberärztin, des Klinikums P._____, Rheumaambulanz, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 6. Oktober 2015 folgende Erkrankungen (IV-act. 119, S. 11 ff.):

- Enteropathische Spondylarthropathie ICD10: K50.9+M 07.49
  - HLA B27 negativ
  - Befall der BWS und ISG
  - Vd. a. sekundäres Schmerzsyndrom
  - Morbus Crohn ED 1992
- Hochgradiger V.a. Psoriasis
- Vitamin D-Mangel
- Erhöhter PSA-Wert, Kontrolle empfohlen 03/15
- Fortgeschrittene Coxarthrose rechts ED 10/2009
- Cervikalsyndrom bei kleinem umschriebenen Bandscheibenvorfall HWK 5/6 mit Tangieren des Spinalkanals (MRT 17.02.11)
- Serologische Hinweise auf durchgemachte Salmonellen- und Yersinieninfektion
- Z.n. Cholecystektomie nach Gallenkolik 10/2006
- Adipositas
- Tbc-Status: RöTh 10/13 opB, Quantiferontest 10/2013: negativ
- Immunglobulinstatus: 03/15 unauffällig
- Impfstatus: Influenza von Pat nicht gewünscht, übrige anamnestisch aufgefrischt 2015
- Allergien: nicht bekannt

7.3 Prof. Dr. U._____, PD Dr. med. Xx._____, Oberarzt, und Dr. med. Yy._____, Assistenzärztin, des Klinikums P._____, Rheumaambulanz, stellten am 18. Mai 2016 folgende Diagnosen (IV-act. 110, S. 3 = 119, S. 26 f.; vgl. auch 119, S. 18 f.):

- Enteropathische Spondylarthropathie ICD10: K50.9+M 07.49
  - HLA B27 negativ
  - Befall der BWS und ISG
  - Vd. a. sekundäres Schmerzsyndrom
  - Morbus Crohn ED 1992
- Hochgradiger V.a. Psoriasis
- Vitamin D-Mangel
- Erhöhter PSA-Wert, Kontrolle empfohlen 03/15
- Fortgeschrittene Coxarthrose rechts ED 10/2009
- Cervikalsyndrom bei kleinem umschriebenen Bandscheibenvorfall HWK 5/6 mit Tangieren des Spinalkanals (MRT 17.02.11)
- Serologische Hinweise auf durchgemachte Salmonellen- und Yersinieninfektion
- Z.n. Cholecystektomie nach Gallenkolik 10/2006
- Adipositas
- Tbc-Status: RöTh 10/13 opB, Quantiferontest 10/2013: negativ
- Immunglobulinstatus: 03/15 unauffällig
- Impfstatus: Influenza von Pat nicht gewünscht, übrige anamnestisch aufgefrischt 2015
- Allergien: nicht bekannt

7.4 Gemäss Entlassungsbericht des Spitals H._____, Abteilung für Urologie, unterzeichnet von Dr. Zz._____, Assistenzärztin, und Dr. med. Aaa._____, Belegarzt, vom 12. August 2016 hat sich der Beschwerdeführer vom 10. August 2016 bis zum 20. August 2016 in stationärer Behandlung befunden. Am 11. August 2016 sei eine pelvine Lymphadenektomie beidseitig und radikale Prostataovesikulektomie vorgenommen worden. Intra- und postoperative sei der Verlauf problemlos gewesen mit reizloser Wundheilung. Dem Entlassungsbericht sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IVSTA-act. 110, S. 1 ff. = 111, S. 1 = 119, S. 20 f.):

- Prostatakarzinom
  - pT2c. pNO (0/28), G2, ISUP 3 (analog·Gleason Score7b), pRO, cMx
  - PSA Initial 4,28 ng/ml ·
- Enteropathische Spondylarthropathle
  - Remicadetheraple
  - Befall BWS und ISG
  - V.a. sekundäres Schmerzsyndrom
    - Opioid-Dauertherapie
- ED Morbus Crohn 1992
- Vitamin-D-Mangel
- Zervikalsyndrom seit 2011

– 2006 Cholezystektomie

7.5 Vom 31. August 2016 bis zum 21. September 2016 habe sich der Beschwerdeführer sodann in der Klinik Bbb._____ aufgehalten, wie einem entsprechenden undatierten Bericht, ausgefertigt von Dr. Ccc._____, hervorgeht. Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 111, S. 2 ff.):

– C61 Prostatacarcinom im Stadium pT2c pN0(0/29) cM0 G2 pR0 Gleason 4 + 3 : 7 b i. PSA 4,28 ng/ml
– Z90.7 Z.n. rad. Retropubischer Prostatektomie am 11.08.2016
– N39.3 Stressinkontinenz nach Prostata-OP 1.° 1-2 SVL Nykt. 2 x
– N48.4 Erektile Dysfunktion nach Prostata-OP
– M54.6 BWS betontes WS-Syndrom bei Spondylarthropathie chronisches Schmerzsyndrom Remicadetherapie

7.6 Dr. Ee._____ hielt in ihrem Verlaufsbericht Rentenrevision vom 9. Dezember 2016 fest, es liege als veränderter Befund ein Protstatakarzinom (OP August 2016) vor. Sie attestierte dem Beschwerdeführer eine 100 % Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit als Lagerarbeiter und hielt fest, er sei auch in einer angepassten Tätigkeit weiterhin nicht arbeitsfähig. Die Leistungsfähigkeit sei im Wesentlichen unverändert zu 2014 (keine physische Verbesserung, psychisch etwas stabilisiert). Es seien nur leichte Arbeiten bis unter drei Stunden täglich zumutbar und es sei nicht von einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit über sechs Stunden täglich auszugehen. Es sei lediglich eine leichte Tätigkeit ohne längeres Gehen oder Stehen bis vier Stunden vorstellbar (IV-act. 119, S. 1 ff.);

7.7 In der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. G._____ vom 24. Februar 2017 wird ausgeführt, dass in den Arztberichten neu ein Prostatakarzinom, Status nach radikaler Prostataovesikulektomie am 11.08.2016, mit anschliessender stationärer Rehabilitation erwähnt werde. Laut Arztbericht von Dr. med. Ee._____ vom 09.12.2016 sei die Leistungsfähigkeit im Wesentlichen unverändert, in einer leichten Tätigkeit ohne längeres Gehen oder Stehen sei eine Arbeitsfähigkeit bis vier Stunden täglich vorstellbar. Dr. G._____ kommt zum Schluss, dass die Arztberichte plausibel seien. Es sei demnach ab 10.08.2016 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands mit erneuter voller Arbeitsunfähigkeit gekommen, mindestens bis zum Ende der stationären Rehabilitation (genaue Angaben zum Verlauf der AUF fehlten). Spätestens seit Ende November 2016 könne in

einer angepassten Tätigkeit wieder von 50 % Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Eine massgebliche dauerhafte Veränderung der Arbeitsfähigkeit sei in den vorliegenden Unterlagen nicht ausgewiesen (IV-act. 123, S. 3).

8.
Einwandweise reichte der Beschwerdeführer die folgenden medizinischen Unterlagen ein (in chronologischer Reihenfolge):

8.1 Im Befundbericht der Urologie Ddd._____ zuhanden der IV-Stelle, unterzeichnet von Dr. Aaa._____, vom 24. April 2017 wird ausgeführt, dass die letzte Vorstellung zur Tumornachsorge erfolgt sei. Es bestünde eine weitgehende erektile Dysfunktion mit geringer Besserungstendenz. Erhebliche Probleme würden Hüftschmerzen links bereiten. «Spezifische urologischerseits keine Beschwerden, insbesondere keine Makrohämaturie oder Inkontinenz» (IV-act. 131, S. 3 ff.).

8.2 Gemäss Operationsbericht des Spitals H._____, erstellt durch Dr. Eee._____, Operateur und Oberarzt, vom 18. Mai 2017 wurde beim Beschwerdeführer gleichentags eine Proktologie durchgeführt, indiziert durch die Diagnose einer extrasphinktären Analfistel mit Abszess (IV-act. 134, S. 2).

8.3 Dr. Fff._____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin, Chirotherapie, des Ggg._____ diagnostiziert in seinem Untersuchungsbericht vom 14. Juli 2017 eine primäre Koxarthrose (M16.1 G) und empfiehlt zunächst eine AAOS-leitliniengerechte konservative Arthrose-Behandlung, wobei bei Beschwerdepersistenz eine Indikation zur Alloarthroplastik (zementfrei) gegeben sei (IV-act. 134, S. 1 = 140 = 144 = Beilage 1 zu BVGer-act. 1);

8.4 Der RAD-Arzt Dr. G._____ nahm zu den einwandweise eingereichten Berichten am 5. September 2017 wie folgt Stellung (IV-act. 135, S. 2).:

Dr. G._____ hielt fest, dass es sich beim Arztbericht vom 14. Juli 2017 um eine Zusammenfassung der bereits bekannten Coxarthrose links handle, zu welcher weiterhin eine angepasste Bewegungstherapie empfohlen werde. Zusammenfassend sei neben den bekannten Beschwerden eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustands mit 100 % Arbeitsunfähigkeit für vier bis sechs Wochen durch die Analfistel und deren komplikationslose Operation am 18.05.2017 nachvollziehbar. Eine massgebliche, dauerhafte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit sei in den vorliegenden Unterlagen nicht ausgewiesen.

9.
Im Beschwerdeverfahren legte der Beschwerdeführer den folgenden neuen ärztlichen Bericht vor:

Aus dem Arztbericht vom 13. Februar 2018, unterzeichnet von Dr. med. I._____, Chefärztin, Klinik J._____, geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer gleichentags in ambulanter Behandlung aufgrund extremer Schmerzen nachts im linken Hüftgelenk befand. Die konservative Therapie der Koxarthrose links sei ausgeschöpft, Physiotherapie und Akupunktur würden nicht mehr helfen. Es sei für Ende März/Anfang April ein Operationstermin vorgesehen, dieser hänge jedoch von der Remicade-Therapie ab (Beilage 1 zu BVGer-act. 16). Es wurden folgende Diagnosen gestellt:

– Fortgeschrittene Koxarthrose links mit Indikation zum Hüftgelenksersatz
– Z. n. Implantation einer zementfreien Hüftendoprothese rechts 2014
– Schwere degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule

10.
Mit Blick auf den Bescheid des Landratsamtes Hhh._____ vom 12. Oktober 2016, welcher eine Schwerbehinderteneigenschaft des Beschwerdeführers mit einem Grad von 90 seit 23. August 2016 bescheinigt (IV-act. 113 = 127), ist vorab festzuhalten, dass der Beschwerdeführer daraus grundsätzlich nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Sein allfälliger Rentenanspruch bestimmt sich alleine aufgrund der schweizerischen Normen. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2), und aus dem Ausland stammende Beweismittel unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des BVGer C-3377/2016 vom 28. März 2017 E. 4 mit Hinweisen; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

11.
Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 5. Juli 2016 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 21. September 2017 unverändert geblieben beziehungsweise sich nicht in rentenrelevanter Weise verschlechtert hat.

11.1 Der Beschwerdeführer begründet seinen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente gestützt auf die Arztberichte Dr. Aaa._____ und

Dr. Zz._____ (IV-act. 110, S. 1 f. sowie IV-act. 131), Prof. Dr. U._____ (IV-act. 110, S. 3), Dr. Ccc._____ (IV-act. 111, S. 2), Dr. Fff._____ (IV-act. 134, S. 1 = 140 = 144 = Beilage 1 zu BVGer-act. 1), Dr. Eee._____ (IV-act. 134, S. 2), Dr. I._____ (Beilage 1 zu BVGer-act. 16), und insbesondere auf darin gestellten Diagnosen eines Prostatakarzinoms (vgl. IV-act. 112; 114, S. 6), des Abzesses am Darmausgang aufgrund des Morbus Crohn (vgl. IV-act. 131) sowie der Coxarthrose links (BVGer-act. 1 und 16).

11.2 Demgegenüber lehnte die Vorinstanz eine Erhöhung der Rente im Wesentlichen gestützt auf die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes, Dr. med. G._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, zertifizierter medizinischer Gutachter (SIM) und Vertrauensarzt (SGV), vom 24. Februar 2017 (IV-act. 123, S. 3) sowie vom 5. September 2017 (IV-act. 135, S. 2) ab. Dieser führte aus, dass es aufgrund der neuen Diagnose eines Prostatakarzinoms und der am 11. August 2016 durchgeführten radikalen Prostataovesikulektomie ab dem 10. August 2016 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands mit erneuter voller Arbeitsunfähigkeit gekommen sei, mindestens bis zum Ende der stationären Rehabilitation. Spätestens seit Ende November 2016 könne jedoch einer angepassten Tätigkeit wieder von 50 % Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Vorübergehend habe sich der Gesundheitszustand sodann mit 100 % Arbeitsunfähigkeit für vier bis sechs Wochen durch die Analfistel und deren komplikationslose Operation am 18. Mai 2017 erneut verschlechtert. Eine massgebliche dauerhafte Veränderung der Arbeitsfähigkeit sei in den vorliegenden Unterlagen jedoch nicht ausgewiesen

11.3 Der Einschätzung des RAD ist zuzustimmen. Vergleicht man dem im Jahr 2016 festgestellten Sachverhalt, der zur Rentenzusprache geführt hat, mit demjenigen im Jahr 2017, fällt auf, dass beim Beschwerdeführer im Wesentlichen immer noch dieselben Beschwerden vorliegen. Es handelt sich dabei hauptsächlich um eine enteropathische Spondylarthopathie, Status nach Hüft-TP rechts am 19.05.14, Coxarthrose links, subacromiales Schulterimpingement-Syndrom links, eine rezidivierende depressive Störung, eine Panikstörung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (vgl. IV-act. 98; 102, S. 7; 119).

11.3.1 Bezüglich den ebenfalls eingereichten Berichten von Prof. Dr. U._____ vom 6. Oktober 2015 (IV-act. 119, S. 11 ff.) sowie vom 18. Mai 2016 (IV-act. 110, S. 3 = 119, S. 26 f.) und dem schmerztherapeutischen Verlaufsbericht vom 12. Februar 2015 (IV-act. 119, S. 15) ist vorab festzu-

halten, dass sich diese Berichte auf den Zeitraum vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 5. Juli 2016 beziehen und der Beschwerdeführer daraus nichts mit Bezug auf eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ableiten kann.

11.3.2 In psychiatrischer Hinsicht wird vom Beschwerdeführer keine Veränderung seines Gesundheitszustandes geltend gemacht und es sind auch keine entsprechenden Hinweise in den revisionsweise eingereichten Akten ersichtlich. Der mit Verlaufsbericht von Dr. Ee._____ eingereichte, undatierte Bericht von Dipl. psych. Oo._____ (vgl. IV-act. 119, S. 7) befand sich sodann ebenfalls bereits vor Erlass der Verfügung vom 5. Juli 2016 in den Akten der IV-Stelle (vgl. IV-act. 61).

11.3.3 Am 11. August 2016 wurde beim Beschwerdeführer eine pelvine Lympadenektomie beidseitig und eine radikale Prostataovesikulektomie, indiziert durch ein Prostatakarzinom, durchgeführt. Im Entlassungsbericht vom 12. August 2016 des Spitals H._____ wird ein intra- und postoperativ problemloser Verlauf beschrieben (IV-act. 119, S. 20 f.). Im Arztbericht der Urologie Ddd._____ vom 24. April 2017 wird ebenfalls eine unauffällige Tumornachsorge beschrieben (IV-act. 131, S. 3).

11.3.4 Bezüglich der extrasphinktären Analfistel mit Abszess konnte am 18. Mai 2017 eine komplikationslose Operation durchgeführt werden (IV-act. 134, S. 2). Darüber hinaus fehlt es an weiteren Angaben in den Akten.

11.3.5 In Bezug auf die Coxartrose links wurde diese Diagnose bereits durch die F._____-Gutachter gestellt (IV-act. 98, S. 16, 26) und durch den RAD-Arzt Dr. G._____ am 5. Februar 2016 bestätigt (IV-act. 102, S. 7). So ist dem orthopädischen Teilgutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer über Schmerzen auch die linke Seite entsprechend der rechts präoperativ bestehenden Symptomatik berichte. Der (Teil-)Gutachter Dr. Uu._____ kommt zum Schluss, dass auf radiologischer Ebene eine superolaterale Coxarthrose der linken Seite (M16.1) bestehe und der Leidensdruck daher durchaus begründbar sei. Es würde sich angesichts der klar bestehenden Veränderungen an der linken Hüfte auch hier der Gelenksersatz anbieten (vgl. IV-act. 98, S. 24 f., 28). Nichts Anderes ist auch dem Arztbericht von Dr. Fff._____ vom 14. Juli 2017 (IV-act. 134, S. 1 = 140 = 144 = Beilage 1 zu BVGer 1) zu entnehmen, in dem die Diagnose einer primären Coxarthrose (M16.1 G) gestellt wird und zunächst eine konservative Arthrose-Behandlung empfohlen wird mit Indikation zur Alloarthroplastik bei Beschwerdepersistenz.

11.3.6 Schliesslich besteht für seine angestammte Tätigkeit als Logistiker ohnehin seit längerer Zeit unbestrittenermassen eine umfassende Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-act. 98; 109, S. 9;135), weshalb auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hier nicht weiter einzugehen ist. Die Hausärztin Dr. Ee._____ schätzt in ihrem Verlaufsbericht vom 9. Dezember 2016 die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als im Wesentlichen unverändert zu 2014 ein, es seien prognostisch jedoch lediglich eine leichte Tätigkeit ohne längeres Gehen und Stehen bis vier Stunden vorstellbar (IV-act. 119). Weitere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, insbesondere solche, welche von der nachvollziehbaren Einschätzung des RAD-Arztes Dr. G._____ (vgl. E. 11.2) abweichen würden, sind den im Revisionsverfahren eingereichten Akten nicht zu entnehmen.

11.4 Ohne das Vorliegen konkreter Hinweise auf eine tatsächliche und dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands, welche ärztlicherseits anhand von konkreten Veränderungen im Rahmen der gestellten Diagnosen oder der festgestellten Funktionseinschränkungen bestätigt wird, ist nicht davon auszugehen, der Gesundheitszustand habe sich wesentlich verschlechtert. Den vom Beschwerdeführer eingereichten ärztlichen Berichten, die teilweise relativ kurz gehalten sind, ist ebenso wenig eine konkrete Verschlechterung zu entnehmen, zumal die Ärzte nicht ausführen, inwiefern die Coxarthrose links, das Prostatakarzinom oder die Analfistel progredient sein sollen. Es ist – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bestätigen, dass eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliegt. Es handelt sich vielmehr um eine andere Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts respektive um kurzzeitige Verschlechterungen aufgrund operativer, komplikationsloser Eingriffe. Da sich weder der medizinische Sachverhalt mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in rentenerheblicher Weise geändert hat, noch andere Revisionsgründe ersichtlich sind, fällt eine revisionsweise Abänderung der bisherigen Rente für den massgebenden Überprüfungszeitraum ausser Betracht.

11.5 Aus dem replikweise eingereichten Arztbericht von Dr. I._____, Klinik J._____, vom 13. Februar 2018 (Beilage 1 zu BVGer-act. 16) geht hervor, dass die beim Beschwerdeführer bestehende Coxarthrose links fortgeschritten sei mit Indikation zum Hüftgelenkersatz bei vorgesehenem Operationstermin Ende März / Anfang April. Diese Beurteilung bezieht sich auf die – im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht massgebliche (vgl.

E. 3.4 hiervor) – gesundheitliche Entwicklung nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2017. Soweit der Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 27. September 2017, adressiert an die IVSTA, ausführt, er «beantrage […] ein neues Erhöhungsgesuch über die Erhöhung der Invalidenrente auf 100%» (BVGer-act. 1), wird es demnach Aufgabe der Vorinstanz sein, dies als neues Gesuch um Revision der IV-Rente aufgrund nach dem 21. September 2017 erfolgter wesentlicher Veränderungen des Gesundheitszustandes oder dessen erwerblicher Auswirkungen zu prüfen.

12.
Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 21. September 2017 zu bestätigen ist.

13.
Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung:

13.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Abs. 2 IVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 27. November 2017 stattgegeben wurde.

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

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

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.
Es werden keine Parteientschädigungen ausgerichtet.

4.
Dieses Urteil geht an:

– den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. […]; Einschreiben)
– das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:	Die Gerichtsschreiberin:
Viktoria Helfenstein	Rahel Schöb

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: