

BVGer C-1893/2015 vom 4. Januar 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-01-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1893_2015

FR: TAF C-1893/2015 du 4 janvier 2018

IT: TAF C-1893/2015 del 4 gennaio 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 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 durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Sodann wurde der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet, sodass auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 23. März 2015 einzutreten ist (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 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).

E. 2.2

Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

E. 2.3

Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt aktuell in Österreich und war in den Schweiz erwerbstätig (vgl. act. 5 S. 2). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am

1. Juni 2002) 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 jedoch auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des 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 11. März 2015 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.

E. 4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich 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. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Bei EU-Staatsangehörigen sind für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer Beitragszeiten mitzuberechnen, die in einem EU-Staat zurückgelegt worden sind, wobei während mindestens eines Jahres Beiträge in der Schweiz geleistet worden sein müssen (vgl. Art. 6 und Art. 57 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/04 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, in Kraft seit 1. April 2012, SR 0.831.109.268.1). Der Beschwerdeführer erfüllt unbestrittenermassen die für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erforderliche Mindestbeitragsdauer.

E. 5.1

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).

E. 5.2

Anspruch auf eine Rente haben laut Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des

Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 5.3

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 ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. FZA und dazugehörige Verordnungen; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt dabei nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 5.4

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 Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 5.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 6

In formeller Hinsicht machte der Beschwerdeführer zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend.

E. 6.1

Im Einzelnen monierte der Beschwerdeführer, bereits aus dem Vorbescheid vom 14. November 2014 sei nicht ersichtlich gewesen, gestützt auf welche Akten dieser ergangen sei. Es sei ihm folglich nicht möglich gewesen, diesen sachgerecht anzufechten. Trotz der im Vorbescheidverfahren geltend gemachten Gehörsverletzung habe die Vorinstanz keinen neuen Vorbescheid erlassen, sondern direkt die Verfügung vom 11. März 2015 zugestellt (BVGer act. 1 S. 5 f.). Sodann habe der Beschwerdeführer erst mit der Verfügung vom 11.

März 2015 Kenntnis davon erlangt, dass seitens des ärztlichen Dienstes eine erneute Beurteilung des vorliegenden Falles vorgenommen worden sei. Zudem sei auch aus der Verfügung vom 11. März 2015 nach wie vor nicht ersichtlich gewesen, gestützt auf welche Akten diese ergangen sei (BVGer act. 1 S. 6 f.). Auf den Einwand, dass den RAD-Berichten kein Beweiswert zukomme, sei die Vorinstanz nicht eingegangen (BVGer act. 1 S. 11). Sodann seien dem Beschwerdeführer im Rahmen der Akteneinsicht vor Bundesverwaltungsgericht die RAD-Berichte vom 4. März 2015 und 13. Januar 2015 zur Kenntnis gebracht worden. Jedoch sei die Verletzung des rechtlichen Gehörs dadurch nicht geheilt worden, gehe ihm doch eine Beschwerdeinstanz verloren, wenn er seine Vorbringen erstmals vor dem Bundesverwaltungsgericht vortragen könne (BVGer act. 5 S. 2, 11 S. 4). Mit Gewährung der Akteneinsicht sei die Vorinstanz ihrer Begründungspflicht nicht nachgekommen, denn es reiche nicht, der versicherten Person die Akten zuzustellen und von ihr zu verlangen, sich selber zu überlegen, was die Begründung für den zugestellten Vorbescheid sein könnte (BVGer act. 11 S. 3).

E. 6.2

Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt grundsätzlich ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 132 V 387 E. 5.1; Waldmann/Bickel, in: Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, Rz. 106 zu Art. 29 VwVG). Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist aber selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1; 136 V 117 E. 4.2.2.2 m.w.H.).

E. 6.3

Mit Blick auf die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Vernehmlassungen der Vorinstanz ist festzuhalten, dass die Vorinstanz bei einer Rückweisung aus formellen Gründen in materieller Hinsicht im Ergebnis erneut gleich entscheiden würde. Daraus folgt, dass selbst wenn die vom Beschwerdeführer behauptete Gehörsverletzung gegeben wäre, die Aufhebung der Verfügung und Rückweisung zur Neuverfügung einem formalistischen Leerlauf gleichkäme. Da dem Bundesverwaltungsgericht als Beschwerdeinstanz volle Kognition zukommt und dem Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren umfassende Akteneinsicht sowie Gelegenheit zur Ergänzung der Beschwerde eingeräumt worden ist, ist es sachgerecht, von der Heilung einer allfälligen Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen.

E. 7

In materieller Hinsicht umstritten und im Folgenden zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer eine rentenbegründende Invalidität vorliegt.

E. 7.1

Der Beschwerdeführer machte im Wesentlichen Folgendes geltend:

E. 7.1.1

Der Psychiater Dr. C._____ gelange in seinem Gutachten vom 13. August 2014 zur Überzeugung, der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig. Es bestehe demnach ein nicht zu übersehender Widerspruch, wenn der ärztliche Dienst gleichzeitig behaupte, die medizinische Situation sei genügend dokumentiert, jedoch entgegen den Ausführungen von Dr. C._____ zur Überzeugung gelange, es liege beim Beschwerdeführer keine rentenbegründende Invalidität vor. Ferner könne das orthopädische Gutachten von Dr. B._____ nicht dazu dienen, die psychiatrische Sicht abzuklären. Weiter vermöchten die RAD-Berichte nicht zu überzeugen und es komme diesen keinen Beweiswert zu. Es fehle eine Gesamtschau sämtlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen (BVGer act. 1 S. 7 ff.).

E. 7.1.2

Sodann halte Dr. G._____ in seinem Bericht vom 30. August 2013 zusammenfassend fest, beim Beschwerdeführer bestünden orthopädische und psychische Erkrankungen, welche aus zusammenschauender allgemeinmedizinischer Sicht derzeit keine ausreichende Arbeitsfähigkeit ergeben würde. Damit komme er zum Schluss, dass der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig sei (BVGer act. 1 S. 11 f.). Auch Dr. H._____ halte in seinem Bericht vom 26. August 2014 fest, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit vollständig invalid sei und keine angepasste Tätigkeit ausüben könne (BVGer act. 1 S. 12).

E. 7.1.3

Aus dem Fragebogen für den Arbeitgeber erhellte, dass dem Beschwerdeführer aufgrund seiner Behinderung vor Eintritt der 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit bereits leichtere Arbeiten, d.h. leichte Montagetätigkeiten sowie Falten von Kartonagen zugeteilt worden seien. In diesen Zusammenhang wurde geltend gemacht, der Beschwerdeführer sei auch nicht in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig, was sich aus Stellungnahme des Vorgesetzten I._____ ergebe, wonach der Beschwerdeführer nicht einmal mehr den geringen Anforderungen in der Produktion gewachsen gewesen sei (BVGer act. 1 S. 14 f.). Die von den RAD-Ärzten vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung decke sich offensichtlich nicht mit der tatsächlich vorhandenen bzw. eben gerade nicht mehr vorhandenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (BVGer act. 11 S. 6).

E. 7.1.4

Sodann sei der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt interdisziplinär untersucht worden. Es fehle an einer Gesamtschau sämtlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Prof. Dr. J._____ führe in seinem Gutachten vom 10. Juli 2014 klar aus, die begleitend auftretenden psychischen Reaktionen seien bei der orthopädisch-rheumatologischen Beurteilung mitzubehinachten (BVGer act. 11 S. 5).

E. 7.1.5

Schliesslich sei mit dem im Rahmen des liechtensteinischen Invalidenversicherungsverfahrens eingeholten polydisziplinären Gutachten des E._____ vom 29. April 2017, wonach der Beschwerdeführer sowohl in der angestammten als auch in jeder angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei, der Anspruch auf eine ganze Rente belegt (BVGer act. 29 S. 2).

E. 7.2

Unter Berücksichtigung der mit Schreiben der Vorinstanz vom 16. Januar 2015 bei der liechtensteinischen Invalidenversicherung eingeholten Akten (vgl. act. 68 f.) sowie den während des Beschwerdeverfahrens nachgereichten ärztlichen Berichten und dem polydisziplinären Gutachten präsentiert sich die vorliegend relevante Aktenlage zusammenfassend wie folgt:

E. 7.2.1

In erwerblicher Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zuletzt als Produktionsmitarbeiter bei der K._____ AG in (...) (FL) arbeitete (act. 17 S. 1). Aus dem Fragebogen für den Arbeitgeber vom 28. November 2013 geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 2. Mai 1990 bei der K._____ AG eingetreten war. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens habe er mittelschwere Tätigkeiten ausgeübt, namentlich Bereitstellung von Material, Montage- und Verpackungstätigkeiten. Diese Tätigkeiten habe er bis September 2011 ausüben können. Nach mehreren krankheitsbedingten Arbeitsunterbrechungen habe er seit 6. Februar 2013 zu 50 % gearbeitet. Seit 1. April 2013 seien ihm leichte Montagetätigkeiten sowie Falten von Kartonagen (meist nur im Sitzen möglich) zugeteilt worden. Der jährliche Bruttolohn bei 100 % betrage Fr. 78'066.- (act. 17 S. 6 f.). Gemäss Angaben von I._____, Vorgesetzter des Beschwerdeführers bei der K._____ AG, vom 24. September 2014 habe der Beschwerdeführer in der Produktion die einfachsten Tätigkeiten durchgeführt, wie zum Beispiel das Verpacken von Bohrkronen, zugeschnittenen Karton von einer Fertigungsanlage entnehmen und Bohrkronen mit Klebeband abdichten. Selbst diese einfachsten Produktionsaufgaben habe der Beschwerdeführer nur nach Vorgabe und stetiger Kontrolle ausüben können, andernfalls er ständig Fehler produziert habe. Ihm hätten keine neuen Aufgaben übergeben werden können, da er bei kleinsten Änderungen in seinem Alltag sofort überfordert gewesen sei. Wenn er eine Aufgabe im Stehen habe absolvieren müssen, habe er sich nach einigen Minuten bereits wieder hinsetzen müssen, da er trotz Schmerzmittel grosse Schmerzen gehabt habe. Umgekehrt habe er bei sitzenden Tätigkeiten nach ein paar Minuten aufstehen müssen, um sich zu bewegen (LI act. 67). Schliesslich teilte der Beschwerdeführer der liechtensteinischen Invalidenversicherung am 24. September 2014 mit, sein Arbeitsplatz sei nach Ungarn verlagert worden und es gäbe bei der K._____ AG keine seiner Verfassung angepasste Arbeit mehr. Zudem ende aufgrund seiner längeren krankheitsbedingten Abwesenheit die Lohnfortzahlungspflicht der K._____ AG im November 2014 und er habe die Kündigung erhalten (LI act. 66 S. 1).

E. 7.2.2

Der Radiologe Dr. L._____ hielt in seinem Bericht vom 6. Februar 2009 als Befundergebnisse keine Lockerungshinweise an den Hüft-Totalendoprothesen, minimale Kalzifikationen am Ansatzbereich am rechten Trochanter major und Zustand nach Schambeinfraktur links fest. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurden keine Angaben gemacht (act. 15).

E. 7.2.3

Gemäss Schreiben vom 27. März 2012 von Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, habe der Beschwerdeführer seit ca. 2 Jahren mehrmals wöchentlich, fallweise auch täglich von biparietal über bitemporal nach vorne ausstrahlende drückende Kopfschmerzen, verbunden mit Schwindel und Übelkeit, nur gelegentlich Erbrechen. Die Beschwerden seien zwischen 10 Minuten und einer halben Stunde anhaltend und würden

ohne Therapie wieder abklingen. Niederlegen sei besser als Aktivität. Ausgelöst würden die Beschwerden am ehesten durch Stresssituationen. Dr. med. M. _____ wertete die Beschwerden am ehesten als Kombination von Spannungskopfschmerz bei Hinweisen für chronische Sinusitis frontalis. Neben einer medikamentösen Behandlung werde dem Beschwerdeführer zusätzlich wegen belastender Lebensereignisse eine Aufarbeitung mit Gesprächstherapie angeboten. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserte sich Dr. med. M. _____ nicht (act. 29).

E. 7.2.4

Im Schreiben vom 23. August 2012 hielt Dr. med. M. _____ fest, die Beschwerden des Beschwerdeführers würden insbesondere unter beruflichem Druck weiterhin auftreten. Dies beziehe sich insbesondere darauf, wenn sein gewohntes und von ihm gut bewältigbares Arbeitstempo kurzfristig erhöht bzw. durchbrochen werden müsse und auch darauf, dass er merke, dass seine Fingerfertigkeit nicht so flink sei wie bei manchen anderen Personen. Beides sei einerseits auf die erschwerte Persönlichkeitsentwicklung und andererseits auf den Unfall zurückzuführen. Dr. med. M. _____ machte jedoch keine Angaben zu den Diagnosen oder zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (act. 30).

E. 7.2.5

Im Arztbericht vom 10. November 2012 zuhanden der liechtensteinischen Invalidenversicherung führte Dr. med. M. _____ Spannungskopfschmerz und Erschöpfungsdepression als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (LI act. 8 S. 1). Weiter gab er an, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar und es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Zu deren Ausmass äusserte er sich jedoch nicht. Andere Tätigkeiten erachtete er als dem Beschwerdeführer zumutbar, wobei die Arbeitsgeschwindigkeit zu reduzieren sei (LI act. 8 S. 3 f.).

E. 7.2.6

Mit Bericht vom 28. Februar 2013 stellte Dr. N. _____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, folgende Diagnosen: zn nach TP Hüfte bds; DH L5/S1 li; Hyperlordose; Bakercyste li. Weiter führte er aus, klinisch zeige sich als Hauptproblematik eine extreme Hyperlordose mit verkürztem Psoas und Wurzelreizung S1, statisch ungünstig mit extremem muskulärem Hypertonus, Hüfte klinisch unauffällig. Zur Arbeitsfähigkeit machte er keine Angaben (act. 13).

E. 7.2.7

Dr. O. _____, prakt. Arzt, nannte im Arztbericht vom 11. Mai 2013 zuhanden der liechtensteinischen Invalidenversicherung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Z.n. bds. H-TEP sowie DH L5/S1 li. Dagegen habe die Diagnose Bakercyste keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sodann hielt er fest, dass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zurzeit eine Erwerbsminderung von 50 % bis auf weiteres bestehe. Aus dem Bericht geht jedoch im Einzelnen nicht hervor, worin diese Tätigkeit bestanden hat (LI act. 16 S. 1 f.).

E. 7.2.8

Gemäss Bericht vom 21. Juni 2013 von Dr. med. M. _____ würden einerseits Zeichen einer Erschöpfungsdepression bei leichter Persönlichkeitsstörung und exogener Belastung, andererseits Zeichen eines Spannungskopfschmerzes sowie zusätzlich Hinweise für eine Migräne mit Aura bestehen. Zur konkreten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers

äusserte er sich nicht, empfahl aber eine vorzeitige Pensionierung (act. 12).

E. 7.2.9

Im ärztlichen Gutachten von Dr. B._____, Facharzt für Orthopädie, vom 24. Juli 2013 zuhanden der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt wurden als Hauptursachen der Minderung der Erwerbsfähigkeit Lumboischialgie beidseits bei Osteochondrose L5/S1, Diskushernie L5/S1 links und Zustand nach Hüfttotalendoprothese beidseits im Jahr 2000 (ICD-10 M51.2) genannt. Weiter hielt Dr. B._____ fest, aus orthopädischer Sicht seien dem Beschwerdeführer nur leichte körperliche Belastungen zumutbar. Einschränkungen würden bezüglich der Arbeitshaltung, der Höhenexposition, der Hebe- und Trageleistungen, gegenüber Zwangshaltungen und der Exposition von Kälte und Nässe bestehen. Unter den genannten Einschränkungen sei der Beschwerdeführer vollschichtig arbeitsfähig, die üblichen Arbeitspausen seien ausreichend (act. 14).

E. 7.2.10

Dr. G._____, Arzt für Allgemeinmedizin und Vertrauensarzt der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt, nannte in seinem ärztlichen Bericht vom 30. August 2013 folgende Diagnosen: chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.2) bei Zustand nach Hüft-TEP beidseits 2000 sowie Hyperlordose mit chronischem Rücken-/Beinschmerz beidseits bei bekannter Diskushernie L5/S1 links; Erschöpfungsdepression; Migräne mit Aura und Spannungskopfschmerz. In seiner zusammenfassenden Beurteilung führte er aus, beim Beschwerdeführer bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom bei Zustand nach Hüft-OP beidseits und extremer Hyperlordose mit entsprechenden Abnützungen der Lendenwirbelsäule und Bandscheibenvorfall. Es bestehe hier eine deutliche Funktions- und Belastungseinschränkung. Unter Berücksichtigung des orthopädischen Fachgutachtens von Dr. B._____ und des Berichts des behandelnden Psychiaters Dr. med. M._____ kommt Dr. G._____ zum Schluss, dass orthopädische und psychische Erkrankungen bestehen würden, welche aus zusammenschauender allgemeinmedizinischer Sicht derzeit eine nicht ausreichende Arbeitsfähigkeit ergeben würden. Hinsichtlich des Tätigkeitsprofils hielt er fest, der Beschwerdeführer könne noch regelmässig leichte Arbeiten verrichten. Diese aber nur ohne Nässe, Kälte, häufiges Bücken, Heben oder Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen und Absturzgefahr (act. 11).

E. 7.2.11

Anfang 2015 zog die Vorinstanz die liechtensteinischen Akten bei, darunter auch das psychiatrische Gutachten vom 10. Juli 2014 von Prof. Dr. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie (LI act. 56). Prof. Dr. J._____ stellte als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt, leichten bis höchstens mässigen Grades (F43.22), bestehend seit ca. 3 Jahren sowie grenzwertige Intelligenz (F70), bestehend seit der Kindheit. Im Einzelnen führte er aus, der Beschwerdeführer leide nach einer beidseitigen Hüft-Operation, bei extremer Hyperlordose mit Abnützungen der Lendenwirbelsäule und bei Bandscheibenvorfall, an einem chronischen Schmerzsyndrom sowie an Migräne. Auf dem psychiatrischen Gebiet weise er eine durch das chronische Schmerzleben bedingte reaktive Depressivität entsprechend einer leichten bis mässiggradigen Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (F43.22) auf. Die psychischen Beschwerden, welche rein reaktiven Charakter hätten und nicht im Sinne einer somatoformen Störung oder einer larvierten Depression zu verstehen seien, führten zu keiner Minderung der Erwerbsfähigkeit (LI act.

56 S. 19). Die begleitend auftretenden psychischen Reaktionen seien vielmehr bei der orthopädisch-rheumatologischen Beurteilung mitzuberücksichtigen (LI act. 56 S. 21). Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei durch die psychischen Störungen nicht wesentlich beeinträchtigt und die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar (LI act. 56 S. 23).

E. 7.2.12

Im ärztlichen Gutachten von Dr. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, vom 13. August 2014 werden folgende Diagnosen als Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit genannt: chronische Schmerzen mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41); leicht- bis mittelgradig depressive Störung im Sinne einer reaktiven Störung; Hinweise auf unsichere, kombinierte Persönlichkeitsauffälligkeit. Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit führte Dr. C._____ insbesondere aus, der Beschwerdeführer sei am Arbeitsplatz bei bestehender Hüftproblematik und Hüftschmerzen wegen zunehmender Beschwerden, auch von Seiten der Migräne, immer weniger belastbar. Auch mit einer sehr geringen Medikation sei er insgesamt wenig belastbar, irritabel und gekränkt. Weiter wirke er enttäuscht und der Schlaf sei beeinträchtigt. Eine jetzige Neuaufnahme der Tätigkeit würde zu einer unmittelbaren Dekompensation führen. Im Ergebnis empfahl Dr. C._____ eine befristete Pensionierung (act. 40).

E. 7.2.13

Dr. H._____ untersuchte den Beschwerdeführer nicht selbst, sondern übernahm im Bericht vom 26. August 2014 die Beurteilung von Dr. C._____ vom 13. August 2014 und stützte sich auf frühere Untersuchungsergebnisse bzw. Fremdbefunde. Dr. H._____ hielt fest, der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Der Grad der Leistungsminderung für jede sonstige den Fähigkeiten des Beschwerdeführers entsprechende Tätigkeit betrage 20 % (act. 60 S. 6 f.).

E. 7.2.14

In den Akten der liechtensteinischen Invalidenversicherung befindet sich eine arbeitsmedizinische Stellungnahme von Dr. P._____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom 23. September 2014 (LI act. 66 S. 2). Darin wird insbesondere ausgeführt, der Beschwerdeführer sei ab ca. Dezember 2012 wegen der chronischen Schmerzsymptomatik trotz Schmerztherapie nur mehr zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Seit ca. Mai 2014 sei er zu 100 % arbeitsunfähig, wobei die Krankmeldung durch den Hausarzt erfolgt sei. Zu den Schmerzen und den funktionelle Beeinträchtigungen kämen Zukunftsängste, welche die Schmerzsymptomatik zusätzlich psychisch verstärken würden (LI act. 66 S. 2).

E. 7.2.15

Während des laufenden Beschwerdeverfahrens wurden zwei ärztliche Berichte von Dr. D._____, Vertrauensärztin der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt, eingereicht. Gemäss Bericht vom 12. August 2015 untersuchte Dr. D._____ den Beschwerdeführer am 16. Juli 2015. In ihrer Beurteilung hielt sie fest, es würden nach wie vor chronische Schmerzen bei Zustand nach Hüft-TEP beidseits 2000 und eine Hyperlordose mit chronischem Rücken-/Beinschmerz beidseits bei bekannter Diskushernie L5/S1 bestehen. Der Beschwerdeführer befinde sich weiterhin in psychiatrischer Betreuung bei bekannter Depression und Migräne mit Aura sowie Spannungskopfschmerz. Seit dem Letztgutachten habe sich keine leistungskalkülrelevante Veränderung ergeben. Der Beschwerdeführer sei weiterhin nicht belastbar und somit nicht arbeitsfähig (BVGer act. 15

Beilage 21). Diese Auffassung bestätigte Dr. D. _____ im Bericht vom 19. September 2016 und führte zusammenfassend aus, es habe sich weiterhin keine Veränderung ergeben. Der Beschwerdeführer sei weiterhin nicht belastbar und könne keiner regelmässigen Arbeitstätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen (BVGer act. 22).

E. 7.2.16

Sodann wurde von Seiten des Beschwerdeführers das polydisziplinäre Gutachten des E. _____ vom 29. April 2017 eingereicht (BVGer act. 29 Beilage 22). Demnach wurde der Beschwerdeführer am 24. und 25. Januar, am 3. und 9. Februar sowie am 2. und 31. März 2017 internistisch, orthopädisch, neurologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch begutachtet.

E. 7.2.16.1

Gemäss Dr. med. Q. _____, Facharzt für Innere Medizin FMH, habe die internistische Untersuchung des Beschwerdeführers einen unauffälligen Allgemeinzustand ergeben. Die klinische Untersuchung sei altersentsprechend normal. Die Spirometrie objektiviere eine mittelschwere Obstruktion. Aus internistischer Sicht seien keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festzustellen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistätigkeit (BVGer act. 29 Beilage 22 S. 74).

E. 7.2.16.2

Dr. med. R. _____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte keine orthopädisch-traumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie Verdacht auf Pfannenlockerung rechts bei zementfreien Hüftprothesen beidseits, Primärimplantation 2000; Pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits ohne behinderungsrelevantes Korrelat sowie Senk-Spreiz-Plattfuss beidseits (BVGer act. 29 Beilage 22 S. 32 f.). In orthopädischer Hinsicht wurde zusammenfassend ausgeführt, der Beschwerdeführer beschreibe Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule sowie zunehmende Schmerzen in beiden Hüften nach der Implantation von Hüftprothesen beidseits im Jahr 2000 sowie Schmerzen vom linken Becken in den linken Fuss mit einer Hypästhesie an den Fussrücken beidseits. Die angegebene Hypästhesie an den Fussrücken beidseits würden jedoch keinem Dermatome entsprechen, im Widerspruch zur kräftig entwickelten Beinmuskulatur stehen und seien daher von orthopädisch-traumatologischer Seite nicht nachvollziehbar. Die radiologische Untersuchung der Lendenwirbelsäule sei bis auf ein angedeutetes Sakrum arcuatum vollkommen unauffällig. Auffällig sei lediglich ein Streckdefizit beider Hüft- und Kniegelenke von 20°, was zur unphysiologischen Belastung der Becken- und Beinmuskulatur mit Verminderung der Ausdauer beim Laufen führe. Aufgrund des Bestehens seit der Kindheit werde jedoch in diesem Bereich von einer gewissen Adaptation ausgegangen. Während sich im Rahmen der klinischen Untersuchung kein Anhalt für eine Prothesenlockerung beider Hüftgelenksprothesen zeige, falle in der radiologischen Untersuchung beider Hüftgelenke eine ausgeprägte Kranialisierung der rechten Pfanne auf. In der zuletzt ausgeübten, körperlich leichten Tätigkeit als Angestellter in der Produktion und Verpackung sowie in einer anderen leidensadaptierten, körperlich leichten Tätigkeit ohne Sturzgefahr und nicht auf Leitern und Gerüsten bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit, wobei ein wechselbelastende Tätigkeit zu empfehlen wäre (BVGer act. 29 Beilage 22 S. 74 f.).

E. 7.2.16.3

Gemäss Dr. med. S. _____, Facharzt für Neurologie FMH, habe der Beschwerdeführer im Rahmen der neurologischen Untersuchung Rückenschmerzen, Hüftschmerzen, Knieschmerzen sowie auf Nachfrage hin Kopfschmerzen beklagt (BVGer act. 29 Beilage 22 S. 35 f.). Aus neurologischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde Migräne ohne Aura genannt. In der neurologischen Teil-Begutachtung seien in erster Linie die Kopfschmerzen des Beschwerdeführers zu beurteilen, die weitestgehend den Diagnosekriterien einer Migräne entsprechen würden. Die Kopfschmerzen seien erst auf Nachfrage angegeben worden und würden den Beschwerdeführer nach eigenen Angaben nicht relevant einschränken, sodass keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu erkennen sei. Hinweise für eine Schädigung nervaler Strukturen habe es bei unauffälligem neurologischen Befund nicht gegeben. Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer als Hilfsarbeiter voll arbeitsfähig (BVGer act. 29 Beilage 22 S. 39 f.).

E. 7.2.16.4

Aus neuropsychologischer Sicht würden beim Beschwerdeführer gemäss Dr. sc. hum. Dipl. Psych. T. _____ zusammenfassend mittelschwere kognitive Einbussen vorliegen, die seine Aufmerksamkeit, seine Gedächtnisfunktionen und seine exekutiven Funktionen betreffen würden. Der früher erhobene Intelligenzquotient (IQ) von 90 habe bei der aktuellen Untersuchung bestätigt werden können, allerdings liege dieser nach aktueller Einschätzung noch nicht im Bereich der Minderbegabung. Die Arbeitsfähigkeit müsse aus gesamtmedizinischer Sicht beurteilt werden (BVGer act. 29 Beilage 22 S. 47). Im Rahmen der Beurteilung wurde im Einzelnen ausgeführt, in der strukturierten Testsituation hätten sich neben guten neuropsychologischen Funktionen auch etliche Funktionsdefizite gezeigt. Die Aufmerksamkeitsfunktionen des Beschwerdeführers seien bei kürzeren Tests durchschnittlich gewesen. Bei dem 20 Minuten dauernden T.O.V.A. Test (Test of Variables of Attention) hätten sich jedoch signifikante Hinweise auf ein Aufmerksamkeitsdefizit ergeben. Das allgemeine Arbeitstempo des Beschwerdeführers sei verlangsamt gewesen. Seine visuellen, verbalen und inzidentellen Gedächtnisfunktionen sowie sein Arbeitsgedächtnis seien alle weit unter dem Durchschnitt gelegen. Seine Handlungsplanung und Umstellfähigkeit während der sehr strukturierten Testsituation seien auffällig gewesen. Es sei ihm schwer gefallen, sich auf unterschiedliche Aufgabenstellungen einzulassen. Seine exekutiven Funktionen seien nur sehr knapp durchschnittlich gewesen, er habe Schwierigkeiten bei der abstrakt-logischen Denkleistung sowie bei der Planungs- und Problemlösungsfähigkeit, was ebenfalls ein Hinweis für ein Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) sein könne (BVGer act. 29 Beilage 22 S. 46 f.).

E. 7.2.16.5

Dr. med. U. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS; ICD-10 F90.0), Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge (ängstlich [vermeidend]; ICD-10 Z73). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; BVGer act. 29 Beilage 22 S. 65 f.). Im Rahmen der zusammenfassenden Beurteilung führte Dr. med. U. _____ aus, im psychopathologischen Befund zeige sich

entsprechend der Aktenlage vorwiegend eine ängstlich geprägte Symptomatik. Hinweise auf eine Depression seien im jetzigen Zeitpunkt nicht zu finden. Im Vordergrund würden die chronischen Kopf- und Hüftschmerzen stehen. Die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung würden vom Beschwerdeführer nicht erfüllt, stattdessen sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen. Aus dem Bereich der Angststörungen gebe es zwei relevante Differentialdiagnosen, die Panikstörung und die generalisierte Angststörung, wobei insgesamt die Beschreibung der Symptome nicht denen einer generalisierten Angststörung entsprechen würde. Als weitere Diagnose käme Angst und depressive Störung gemischt in Frage, jedoch dränge sich diese Diagnose ohne Hinweis auf eine depressive Symptomatik nicht auf. Die für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erforderlichen Kriterien seien nicht erfüllt. Hingegen dränge sich fussend auf den geschilderten Schwierigkeiten in der Kindheit und fraglich positiver Familienanamnese ein Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) als Diagnose auf. Gemäss Definition nach ICD-10 könne die Diagnose eines hyperkinetischen Syndroms auch im Erwachsenenalter gestellt werden, wobei Aufmerksamkeit und Aktivität anhand entwicklungs-mässig angemessener Normen beurteilt werden müssen. Der klinischen Erfahrung nach vermindere sich die Hyperaktivität häufig im Erwachsenenalter und die Aufmerksamkeitsdefizite würden im Vordergrund stehen. Diese Merkmale würden vom Beschwerdeführer, soweit er sich erinnern könne, in typischer Weise geschildert, sodass die Diagnose gerechtfertigt sei und die beruflichen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers - so wie sie vom langjährigen Arbeitgeber und von der Arbeitsintegration geschildert werden - gut erklären würden. Zudem wird auch auf das neuropsychologische Teilgutachten verwiesen (BVGer act. 29 Beilage 22 S. 61 ff.). Zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hielt Dr. med. U. _____ fest, diese sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht gegeben. Die Einschätzung beruhe auf dem Zusammenspiel zwischen einem bisher unbehandelten mittelschweren bis schweren ADHS, einer Panikstörung, ängstlichen Persönlichkeitszügen sowie der chronischen Schmerzstörung, die sich alle gegenseitig negativ verstärken und zu einer deutlich reduzierten psychischen Belastbarkeit und den beschriebenen Schwierigkeiten in der Alltagsgestaltung und im beruflichen Kontext führen würden. Eine Arbeitsfähigkeit sei zu ca. 50 % im geschützten Rahmen, d.h. auf dem zweiten Arbeitsmarkt, wahrscheinlich vorhanden (BVGer act. 29 Beilage 22 S. 66).

E. 7.2.16.6

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer aus internistischer, neurologischer wie auch orthopädischer Sicht 100 % arbeitsfähig, aus psychiatrischer Sicht vollständig arbeitsunfähig. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit Mai 2014, als der Beschwerdeführer seine Arbeit vollständig niederlegen musste. Gemäss den vorliegenden Akten habe der Beschwerdeführer schon längere Zeit unter den Symptomen der sich gegenseitig negativ verstärkenden psychiatrischen Diagnosen gelitten und sei im Mai 2014 schliesslich 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Eine Besserung sei seither nicht eingetreten, da bisher keine adäquate Therapie stattgefunden habe. Der Beschwerdeführer sei seit Mai 2014 sowohl in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Hilfsarbeiter als auch in einer dem Leiden optimal angepassten körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne Sturzgefahr und nicht auf Leitern und Gerüsten zu 100 % arbeitsunfähig (BVGer act. 29 Beilage 22 S. 76).

E. 7.2.17

Schliesslich reichte die Vorinstanz weitere medizinische Berichte ein. Der ärztliche Bericht vom 8. November 2017 von Dr. V. _____ stützt sich auf ihre Untersuchung des Beschwerdeführers am 6. Juli 2017 sowie die ärztlichen Gutachten von Dr. W. _____, Facharzt für Unfallchirurgie, vom 14. September 2017 und Dr. X. _____, Facharzt für Psychiatrie, vom 23. Oktober 2017. Diesen Berichten zufolge leide der Beschwerdeführer aus unfallchirurgischer-orthopädischer Sicht unter chronischen Schmerzen bei Zustand nach Hüft-Implantation beidseits. Es bestehe ein Streckdefizit beider Hüft- und Kniegelenke. Weiter würden chronische Beschwerden an der Lendenwirbelsäule, ausstrahlend in beide Glutealregionen bestehen. Dementsprechend sei die Mobilität und Leistungsfähigkeit aufgrund der Erkrankungen des Bewegungsapparates deutlich eingeschränkt. Es seien keine regelmässigen Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar. Es handle sich aus fachärztlicher Sicht um ein Endergebnis. Eine Besserung sei nicht mehr zu erwarten (BVGer act. 39 Beilage 2 S. 4 und Beilage 1 S. 6). In psychiatrischer Hinsicht geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit längerer Zeit nicht mehr in psychiatrischer Behandlung befinde und keinerlei psychiatrischen Medikamente regelmässig einnehme. Die Schlafstörungen würden hauptsächlich durch Schmerzen induziert bzw. von Erwartungsängsten, die je nach Lebenssituation auftreten könnten. Die angegebenen psychischen Beschwerden würden unter Leistungsdruck auftreten in Form von vermehrten Ängsten, würden jedoch nicht therapiert. Subjektiv sei der Leidensdruck aufgrund der Lebenssituation jedoch nicht ausgeprägt. Aktuell lasse sich beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Erkrankung mehr feststellen, die eine Invalidität rechtfertige (BVGer act. 39 Beilage 3 S. 4 und Beilage 1 S. 6). Zusammenfassend kam Dr. V. _____ zum Ergebnis, dass dem Beschwerdeführer keine geregelten Tätigkeiten zumutbar seien (BVGer act. 39 Beilage 1 S. 10). Mit Kurzbericht vom 5. Juli 2017 bestätigte Dr. O. _____ lediglich, dass der Beschwerdeführer seit vielen Jahren in seiner hausärztlichen Betreuung stehe, die früheren Erkrankungen weiterhin bestehen würden, der Beschwerdeführer beidseits an den Hüften operiert worden sei und oft auf Krücken als Gehhilfe angewiesen sei (BVGer act. 39 Beilage 4).

E. 7.3

Gemäss der vorliegend angefochtenen Verfügung ging die Vorinstanz davon aus, dass beim Beschwerdeführer keine rentenbegründende Invalidität vorliege. Sie stütze sich dabei insbesondere auf die Beurteilungen des RAD, wonach der Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht genügend abgeklärt sei und die funktionellen Einschränkungen mit der bisherigen Tätigkeit kompatibel sei (vgl. act. 74 S. 2). Daran hielt sie auch nach Einholen der Stellungnahme des RAD zum polydisziplinären Gutachten vom 29. April 2017 fest (BVGer act. 35).

E. 7.4

Zu prüfen ist nachfolgend, ob dem im Rahmen des liechtensteinischen Verwaltungsverfahrens eingeholten polydisziplinären Gutachten vom 29. April 2017 Beweiswert zukommt und im vorliegenden Fall darauf abgestellt werden kann.

E. 7.4.1

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt

(vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

E. 7.4.2

Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens vom 29. April 2017 wurde der Beschwerdeführer durch Spezialärzte in den Disziplinen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie eingehend und allseitig untersucht. Das Gutachten wurde nach Einsicht in die von der liechtensteinischen Invalidenversicherung zur Verfügung gestellten Akten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers abgegeben. Des Weiteren wurde nachvollziehbar und gestützt auf ausführliche Anamnese- und Befunderhebungen durch die jeweiligen Spezialärzte dargelegt, dass sich aus internistischer, orthopädischer und neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergeben, wohingegen aus psychiatrischer Sicht - namentlich aufgrund von sich gegenseitig negativ verstärkenden psychiatrischen Diagnosen - eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Schliesslich haben die Gutachter auch die vorhandenen Arztberichte kritisch gewürdigt. Damit erfüllt das polydisziplinäre Gutachten vom 29. April 2017 die von der Rechtsprechung aufgestellten beweismässigen Anforderungen.

E. 7.4.3

Mit Stellungnahme vom 6. Juli 2017 kam RAD-Psychiater Dr. med. F. _____ entgegen dem polydisziplinären Gutachten zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht sei kein schwerwiegender Gesundheitsschaden zu erkennen, der eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % rechtfertige. Zum einen könne nicht zweifelsfrei davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer ein ADHS im Erwachsenenalter vorliege und auch bereits in der Kindheit und Jugend bestanden habe. Zum anderen gehe aus den Unterlagen hervor, dass sich bei ängstlich-unsicherer Charakterstruktur und eingeschränkten geistig-intellektuellen Fähigkeiten eine psychische Entwicklung des Beschwerdeführers im Sinne einer akzentuierten Persönlichkeit vollzogen habe. Unter diesen Voraussetzungen könne nicht zweifelsfrei nachvollzogen werden, ob eine eigenständige Panikstörung mit erheblicher Auswirkung auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit vorliege (BVGer act. 35).

E. 7.4.4

RAD-Berichte müssen ebenfalls den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. E. 5.5 vorstehend). Ihre Funktion besteht darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (Urteile des BGer 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4, in: SVR 2009 IV Nr. 50; 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte des RAD ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus

versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.).

E. 7.4.5

Bei der Stellungnahme vom 6. Juli 2017 von Dr. med. F._____ handelt es sich um eine reine Aktenbeurteilung. Darin bemängelte der RAD-Psychiater sinngemäss, es würden fremdanamnestic Angaben fehlen und standardisierte Untersuchungsinstrumente seien nicht zur Anwendung gelangt. Damit brachte er zum Ausdruck, dass ihm für eine reine Aktenbeurteilung wichtige medizinische Angaben fehlen würden. Entsprechend kann aus seiner Sicht nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden, bei welchem sich weitere Untersuchungen erübrigen würden und eine reine Aktenbeurteilung wäre bereits aus diesem Grund - in Ermangelung angeblich nicht vorliegender relevanter medizinischer Informationen - nicht voll beweiskräftig.

E. 7.4.6

Wie bereits erwähnt rückt die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden Person erst dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen; erst in einem solchen Fall kann auch ein reines Aktengutachten voll beweiskräftig sein (Urteil des BGer 8C_496/2008 vom 17. April 2009 E. 6.2). Im psychiatrischen Kontext bilden jedoch die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung die wichtigste Grundlage gutachterlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen. Dem Gespräch, d.h. der direkten Auseinandersetzung des oder der Sachverständigen mit der zu begutachtenden Person kommt somit massgebende Bedeutung zu (vgl. Urteile des BGer 9C_410/2016 vom 4. August 2016 E. 2.2.1; 8C_323/2014 vom 23. Juli 2014 E. 5.2.1). Entsprechend kommt dem auf persönlichen und allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers beruhenden polydisziplinären Gutachten im Vergleich zur reinen Aktenbeurteilung des RAD-Psychiaters höherer Beweiswert zu.

E. 7.4.7

Des Weiteren ist zu beachten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Entsprechend kann die ärztliche Beurteilung abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung eine grosse Varianz aufweisen und trägt deshalb ebenfalls von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (vgl. Urteile des BGer 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2; BGer 9C_564/2016 vom 24. November 2016 E. 3.1; BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3). So wies der RAD-Psychiater mit Bezug auf die Diagnose ADHS selbst auf die Schwierigkeiten der Diagnosestellung im Erwachsenenalter hin und räumte gleichzeitig ein, in der psychiatrischen Anamnese des Gutachters seien typische Symptome exploriert worden. Vor diesem Hintergrund vermag die abweichende, nicht auf eigene Untersuchungen beruhende

Aktenbeurteilung des RAD-Psychiaters für sich alleine den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens nicht zu mindern (vgl. Urteil des BGer 9C_788/2016 E. 3.1).

E. 7.4.8

Sodann kommt dem Gutachter - was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft - nach der Rechtsprechung ein weiter Ermessensspielraum zu; namentlich ist es nicht zwingend notwendig, dass die psychiatrische Gutachterin fremdanamnestiche Angaben einholt oder Zusatzuntersuchungen durchführt. Dies gilt auch für die Auswahl vorzunehmender fachärztlicher Abklärungen (vgl. Urteile des BGer 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 E. 3 m.H.; 9C_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3). Zudem fehlt es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung an einer generellen Pflicht der Experten, fremdanamnestiche Auskünfte einzuholen (Urteil des BGer 9C_351/2013 vom 19. September 2013 E. 3.2). Des Weiteren werden den Testverfahren nur ergänzende Funktion zuerkannt (vgl. Urteil des BGer 9C_209/2011 vom 27. Mai 2011 E. 3.2). Dass die psychiatrische Gutachterin im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens keine fremdanamnestiche Angaben einholte, stellt demnach keinen Mangel dar. Zudem ist anzumerken, dass Dr. med. U. _____ neben ihrer eigenen Exploration auch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung - anlässlich welcher diverse Tests durchgeführt worden waren und aus welcher sich explizit Hinweise für ein ADHS ergeben hatten - einbezog, (vgl. BVGer act. 29 Beilage 22 S. 47).

E. 7.4.9

Im Weiteren hat der RAD-Psychiater sinngemäss die korrekte Diagnosestellung der psychiatrischen Gutachterin Dr. med. U. _____ in Frage gestellt. Diesbezüglich ist der Hinweis anzubringen, dass es nicht Sache des Sozialversicherungsgerichts ist, medizinisch-wissenschaftliche Kontroversen zu klären (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 4/00 vom 18. August 2000 E. 3c). Überdies ist für eine Diagnosestellung nicht erforderlich, dass alle möglichen Symptome vorliegen. Vielmehr genügt das Vorliegen einer gewissen Anzahl Kriterien. Damit geht der Einwand des RAD-Psychiaters, wonach andere oft beschriebene Symptome eines ADHS beim Beschwerdeführer nicht nachgewiesen worden seien, fehl. Nichts anderes gilt bezüglich der von Dr. med. U. _____ anhand der Kriterien nach ICD-10 diagnostizierten Panikstörung. Schliesslich lässt sich in diagnostischer Hinsicht nichts aus dem Umstand ableiten, dass der Beschwerdeführer sich erstmals im Jahr 2012 in psychiatrische Behandlung begeben hat.

E. 7.4.10

Soweit das polydisziplinäre Gutachten vom 29. April 2017 von früheren ärztlichen Berichten und Gutachten abweicht, ist festzuhalten, dass die Gutachter die ihnen zur Verfügung gestellten Vorakten kritisch gewürdigt haben und damit in ihrer Beurteilung berücksichtigt haben. So führte Dr. med. U. _____ mit Bezug auf das psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. J. _____ aus, die dort gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung könne aufgrund des Zeitkriteriums nach ICD-10 nicht mehr gestellt werden. Bezogen auf eine depressive Symptomatik sei inkonsistent, dass einerseits berichtet werde, eine solche lasse sich nicht abbilden, andererseits aber die Erschöpfungsdepression und reaktive Symptomatik als Diagnose im Sinne einer Anpassungsstörung benannt werde. Des Weiteren sei nicht nachvollziehbar, dass die eine Panikstörung betreffende Symptomatik auf Schmerzen zurückgeführt worden sei. Schliesslich sei zwar eine verlangsamte Entwicklung beschrieben worden, jedoch sei auf die Diskussion einer ADHS aus nicht bekannten Gründen verzichtet worden (vgl. BVGer

act. 29 Beilage 22 S. 69 f.). Auch aus den Beurteilungen von Dr. M._____ und Dr. C._____ gehen die differenzialdiagnostischen Überlegungen nicht hervor. Bei den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. M._____ ist zudem festzuhalten, dass seine Berichte sehr allgemein gehalten sind. Sie enthalten insbesondere keine nachvollziehbare Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, sodass sie von vorneherein nicht geeignet sind, Zweifel am polydisziplinären Gutachten zu erwecken. Schliesslich vermag auch das ärztliche Gutachten von Dr. C._____ nicht den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens umzustossen. Zwar stand es namentlich der psychiatrischen Gutachterin Dr. med. U._____ nicht zur Verfügung, doch betrachtete Dr. C._____ den Beschwerdeführer im Ergebnis ebenfalls als nicht arbeitsfähig, womit seine Beurteilung ohnehin nicht zum Nachteil des Beschwerdeführers ausgelegt werden kann.

E. 7.4.11

Schliesslich vermögen auch die nachträglich von der Vorinstanz eingereichten neuen medizinischen Berichte keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des polydisziplinären Gutachtens zu erwecken, zumal sie sich in keiner Weise mit dem polydisziplinären Gutachten auseinandersetzen. Die ärztlichen Gutachten von Dr. W._____ und Dr. X._____ vom 14. September 2017 bzw. 23. Oktober 2017 betreffen den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und nehmen keinen Bezug auf früheren Beurteilungen. Der ärztliche Bericht von Dr. V._____ vom 8. November 2017 fasst sodann im Wesentlichen die vorgenannten ärztlichen Gutachten lediglich zusammen.

E. 7.5

Zusammenfassend erweist sich das polydisziplinäre Gutachten vom 29. April 2017 als voll beweiskräftig, sodass im vorliegenden Fall darauf abgestellt werden kann. Demnach hat der Beschwerdeführer schon längere Zeit unter den Symptomen der sich gegenseitig negativ verstärkenden psychiatrischen Diagnosen gelitten und ist seit Mai 2014 - als er seine Arbeit vollständig niederlegen musste - sowohl in seiner bisherigen Tätigkeit als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, woraus ein Invaliditätsgrad von 100 % resultiert. Nachdem aufgrund der Aktenlage davon ausgegangen werden kann, dass die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder hergestellt oder verbessert werden kann und der Beschwerdeführer während eines Jahres zu mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen ist, kann ihm mit Wirkung ab Mai 2014 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen werden. Infolgedessen sind die Akten der Vorinstanz zur Berechnung der Rente und Ausrichtung der Rentenbetreffnisse zuständigkeitshalber zu übermitteln.

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da der Beschwerdeführer obsiegt, sind ihm keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ihm ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz für ihm erwachsene notwendige und

verhältnismässig hohe Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen (namentlich die Kosten für das Kopieren von Schriftstücken, die Porti und die Telefonspesen) sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht und die Mehrwertsteuer nicht bereits berücksichtigt wurde (vgl. Art. 9 Abs. 1 VGKE). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- beträgt, exklusive Mehrwertsteuer (vgl. Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE).

E. 8.3

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte mit detaillierter Kostennote vom 18. Dezember 2017 eine Entschädigung von Fr. 6'123.60 (21.2 Stunden zu Fr. 250.- zuzüglich Auslagen von pauschal Fr. 370.- und Mehrwertsteuer von Fr. 453.60) geltend.

E. 8.3.1

Nicht entschädigt werden kann der - neben dem Aufwand für die Ausfertigung von Rechtsschriften - geltend gemachte Aufwand für deren Fertigstellung im Umfang von insgesamt 1.4 Stunden, zumal davon auszugehen ist, dass es sich dabei um Sekretariatsarbeit (Redaktion, Rechtschreibung) handelt, die im Stundenansatz als inbegriffen gilt. Ebensowenig ist der Aufwand für die Ausarbeitung von Kostennoten im Umfang von insgesamt 0.6 Stunden zu entschädigen. Soweit eine Entschädigung für die Positionen E-Mail an Y. _____ im Umfang von insgesamt 1.2 Stunden geltend gemacht wird, kann diese nicht gewährt werden, zumal nicht ersichtlich ist, inwiefern diese Aufwände notwendig waren und überhaupt mit dem vorliegenden Verfahren zusammenhängen. Auch der mit der Position E-Mail an Dr. O. _____ im Umfang von 0.3 Stunden geltend gemachte Aufwand erscheint nicht notwendig, da es im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nicht Aufgabe des Rechtsvertreters ist, ärztliche Auskünfte einzuholen. Schliesslich wird die Position E-Mail an Klient 15 Mal als selbständige Position und 6 Mal im Zusammenhang mit der Prüfung eines Schreibens des Bundesverwaltungsgerichts mit einem Zeitaufwand von insgesamt 3 Stunden geltend gemacht. Soweit es sich dabei um die reine Information des Klienten über den Verfahrensstand handelt, erweist sich dieser Aufwand als für die Vertretung nicht notwendig und kann insofern auch nicht entschädigt werden.

E. 8.3.2

Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens, der im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsmaxime sowie dem Umstand, dass durch den nachträglichen Beizug der Akten der Vorinstanz sowie der liechtensteinischen Invalidenversicherung ein Mehraufwand entstanden ist und zudem im laufenden Beschwerdeverfahren ein nachträglich erstelltes umfassendes Gutachten ausgewertet und zur ärztlichen Würdigung der Vorinstanz eine Stellungnahme abgegeben werden musste, erscheint ein Vertretungsaufwand im Umfang von rund 15 Stunden gerechtfertigt. Bei

einem Stundenansatz von Fr. 250.- resultiert ein Honorar von Fr. 3'800.-.

E. 8.3.3

Die geltend gemachte Auslagenpauschale ist mangels eines detaillierten Ausweises auf Fr. 200.- zu reduzieren; besondere Verhältnisse, welche die Vergütung eines Pauschalbetrages nach Art. 11 Abs. 3 VGKE rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich.

E. 8.3.4

Schliesslich ist zu beachten, dass für die anwaltliche Vertretung von Personen im Ausland keine Mehrwertsteuer geschuldet und somit auch nicht zu entschädigen ist (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20] und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Dem Beschwerdeführer ist somit zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 4'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuerzuschlag) zuzusprechen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.