

BVGer C-2437/2017 vom 11. April 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-04-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2437_2017

FR: TAF C-2437/2017 du 11 avril 2019

IT: TAF C-2437/2017 del 11 aprile 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der 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. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Vorab sind die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Unter Vorbehalt der gemeinschafts- bzw. abkommensrechtlichen Vorgaben - welche vorliegend nicht relevant sind - richtet sich auch das Verfahren nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 141 V 246 E. 2.2; BGE 137 V 282 E. 3.3; BGE 130 V 51 ff.; SVR 2004 AHV Nr. 16 S. 49; Urteil des EVG [heute: BGer] H 13/05 vom 4. April 2005 E. 1.1; vgl. auch Urteil des BVGer C-1056/2015 vom 29. Dezember 2016 E. 3.4).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer kann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die

unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 2.3

Anfechtungsgegenstand und damit Grenze der Überprüfungsbefugnis im Beschwerdeverfahren werden grundsätzlich durch die Verfügung im Verwaltungsverfahren bestimmt (BGE 133 II 30; BGE 122 V 36 E. 2a). Vorliegend bildet die Verfügung vom 8. März 2017 (IV-act. 182), mit welcher die Vorinstanz jegliche Leistungen der Invalidenversicherung aufgrund einer Verletzung der Mitwirkungspflicht des Beschwerdeführers verweigert hat, das Anfechtungsobjekt. Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung (hier: 8. März 2017) entwickelt haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H.). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 2.4

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 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 8. März 2017 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung der Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (8. März 2017) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

E. 2.5.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E.

2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. hierzu z.B. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 2.5.2

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 über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (BGE 135 V 465 E. 4.5: Urteil des BGer 8C_56/2013 vom 16. Juli 2013 E. 2).

E. 2.6.1

Die Versicherten haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken (Art. 28 Abs. 1 ATSG). Der Versicherungsträger nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Die versicherte Person hat sich ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, soweit diese für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Gegebenenfalls kann der Versicherungsträger das von der versicherten Person eingereichte Gesuch mit der Begründung abweisen, der Sachverhalt, aus dem diese ihre Rechte ableiten wolle, sei nicht erwiesen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_396/2012 vom 16. Oktober 2012 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 117 V 261 E. 3b).

E. 2.6.2

Im Urteil 9C_28/2010 vom 12. März 2010 erwog das Bundesgericht, dass die medizinische Abklärung der objektiven Gesundheitsschäden eine unabdingbare gesetzlich verankerte Voraussetzung für die Zusprache einer Leistung der Invalidenversicherung (Art. 7 Abs. 2, Art. 16, Art. 43 Abs. 1 ATSG) sei. Der Versicherer befinde darüber, mit welchen Mitteln er den rechtserheblichen Sachverhalt abkläre. Im Rahmen der Verfahrensleitung habe er einen grossen Ermessensspielraum hinsichtlich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen. Was zu beweisen sei, ergebe sich aus der Sach- und

Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz habe der Versicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden könne. Dabei komme Sachverständigengutachten eine massgebende Rolle zu. Der Untersuchungsgrundsatz werde ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der versicherten Person. Danach habe sie sich den ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, wenn sie zumutbar seien. Nach dem Wortlaut von Art. 43 Abs. 1 und Abs. 2 ATSG müssten jene Untersuchungen aber auch notwendig und somit von entscheidender Bedeutung für die Erstellung des rechtserheblichen Sachverhalts sein. In diesem Sinne liege die medizinische Begutachtung nicht im uneingeschränkten Ermessen der rechtsanwendenden Stellen. Diese müssten sich von rechtsstaatlichen Grundsätzen leiten lassen, wozu die Verpflichtung zur Objektivität und Unvoreingenommenheit ebenso gehöre wie der Grundsatz der rationellen Verwaltung (Urteil 9C_28/2010 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen auf Rechtsprechung und Lehre).

E. 2.6.3

Mit Blick auf die vorstehend zusammengefasst wiedergegebene höchstrichterliche Rechtsprechung hat die IV-Stelle in Zusammenarbeit mit ihrem medizinischen Dienst zu entscheiden, mit welchen Mitteln der medizinische Sachverhalt abzuklären ist. Sie hat dabei soweit zu ermitteln, dass sie über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden kann. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt dem Versicherungsträger ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Abklärungen zu (Urteil des Bundesgerichts [im Folgenden: BGer] 8C_163/2007 vom 6. Februar 2008 E. 3.2).

E. 2.6.4

Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunft- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger nach Art. 43 Abs. 3 ATSG auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG). Nach Art. 7b Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129; BBl 2005 4459) können die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person sich zumutbaren ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen nicht unterzieht (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Die Regelung von Art. 43 Abs. 3 ATSG (Nichteintreten oder Sachentscheid aufgrund der Akten) und Art. 7b Abs. 1 IVG (Kürzung oder Verweigerung der Leistung) sind nunmehr grundsätzlich nebeneinander anwendbar (Urteile des BGer 9C_744/2011 vom 30. November 2011 E. 5.1, 9C_370/2013 vom 22. November 2013 E. 3, je mit Hinweisen). Voraussetzung der Sanktion ist, dass die Mitwirkung, die verlangt wurde, rechtmässig war (SVR 1998 UV Nr. 1), und dass die Verletzung in unentschuldbarer Weise erfolgte. Dies ist dann der Fall, wenn kein Rechtfertigungsgrund erkennbar ist oder sich das Verhalten der versicherten Person als völlig unverständlich erweist (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_68/2015 vom 24. April 2015 E. 2.3 und 5.1, 8C_528/2009 vom 3. November 2009 E. 7 und I 166/06 vom 30. Januar 2007 E. 5.1).

E. 2.6.5

Der Sinn des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens besteht darin, die versicherte Person in jedem Fall auf die Folgen ihres Widerstandes gegen die angeordneten Massnahmen aufmerksam zu machen und so in die Lage zu versetzen, in Kenntnis aller wesentlichen Faktoren ihre Entscheidung zu treffen (BGE 122 V 218), wobei die versicherte Person nicht die Folgen eines Verhaltens tragen soll, über dessen Auswirkungen sie sich möglicherweise gar keine Rechenschaft abgelegt hat (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Art. 21 N. 88). Die Beweislast für den Nachweis der Mahnung liegt beim Versicherungsträger (Kieser, a.a.O., Art. 43 N. 52). Die Grundsätze des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gelten insbesondere auch für die Mitwirkungspflichten im Zusammenhang mit der Begutachtung (Urteil des BGer 8C_397/2009 vom 16. Oktober 2009 E. 3.3).

E. 3

Leichte degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit - Osteochondrosen, leichte Degeneration der Disci intervertebrales L3/4, L4/5, L5/S1 ohne Kompression von nervalen Strukturen - leichte Höhenminderung TH 12 (St. n. L. _____?)

E. 3.1

Vorab ist der medizinische Sachverhalt darzustellen. Dazu sind die relevanten Berichte sowie weitere medizinische Dokumente nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 3.1.1

Im Rahmen der Prüfung des Anspruchs auf beruflichen Massnahmen lagen der IV-Stelle B. _____ folgende medizinische Unterlagen vor:

E. 3.1.1.1

Im Austrittsbericht des Kantonsspitals B. _____, Klinik für Orthopädische Chirurgie, vom 25. Mai 2005 (IV-act. 3), welcher anlässlich der Hospitalisierung vom 19. bis 20. Mai 2005 von den Dres. med. H. _____ und I. _____ erstellt worden war, wurde die Diagnose akute Lumbago genannt. Der Versicherte war vom 31. Mai bis 9. Juni 2005 erneut im Kantonsspital B. _____, Departement für Innere Medizin, Rheumatologie und Rehabilitation, hospitalisiert. Im entsprechenden, von Dr. med. J. _____ und Prof. Dr. von K. _____ unterzeichneten Bericht vom 13. Juni 2005 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 4): "1. Akute Sarkoidose (Löfgren-Syndrom) - St. febrilis, Arthralgien OSG bds., Husten, AZ-Verschlechterung, Konjunktivitis - Erythema nodosum Unterschenkel bds - CT-Befund: grosse hilomediastinale Lymphknotenkonglomerate = pulmonales Stadium I - transbronchiale FNP: nicht nekrotisierende, epitheloidzellige Granulome 2. Osteopenie unklarer Genese

E. 3.1.1.2

Im Bericht vom 20. Februar 2013 nannte Prof. Dr. med. M. _____, Chefarzt Elektrophysiologie des Herz-Zentrums N. _____ (IV-act. 5, 112) die Diagnosen "aktuell: V.a. broncho-pulmonalen Virusinfekt, DD Influenza, kein Hinweis auf Endokarditis, Z.n. Sarkoidose in Remission".

E. 3.1.1.3

Dipl. med. O. _____, Fachärztin für Innere Medizin/Pneumologie führte beim Versicherten am 27. Mai 2015 eine Thoraxaufnahme, eine Bodyplethysmographie sowie einen Methacholin-Test durch und hielt dazu in ihrem Arztbericht vom 28. Mai 2015

(IV-act. 39) fest, es liege ein altersentsprechender Herz-Lungenbefund, eine völlig unauffällige Lungenfunktion mit einem FEV1 (Einsekundenkapazität) von 100 % sowie eine nur angedeutete bronchiale Hyperreagibilität vor. Handschriftlich wurde vermerkt, dass der Patient zu weiteren Terminen nicht mehr erschienen sei.

E. 3.1.1.4

Dipl. med. P._____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, nannte im undatierten, bei der Vorinstanz am 29. Mai 2015 eingegangenen, handschriftlich ausgefüllten Formularbericht (IV-act. 22) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den ICD-10 Code F33.2 seit 2005; als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Sarkoidose seit 2006. In der Anamnese führte sie aus, der Versicherte leide seit 2005 an einer Depression. Im "Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen für die Zeit ab Mai 2015" vom 26. November 2015 (IV-act. 47) gab Dipl. med. P._____ an, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, die Diagnose sei unverändert. Zusammengefasst führte sie aus, beim Patienten liege eine rezidivierende, depressive Störung, gegenwärtig eine schwere Episode vor, bei gleichzeitig bestehender abhängiger asthenischer Persönlichkeitsstörung. Er sei oft gedrückter Stimmung, zeitweise latent suizidal und affektiv emotional nur unzureichend mitschwingungsfähig. Er zeige eine ausgeprägte Grübelneigung und müsse damit fertig werden, dass er sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt sowohl in einer materiellen, als auch persönlichen und familiären Misere befinde.

E. 3.1.1.5

Im undatierten, am 22. Juni 2015 bei der Vorinstanz eingegangenen Arztbericht von Dr. Q._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (IV-act. 28), wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit eine Depression, mittlere bis schwere Episode, sowie Insomnia genannt. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen Sarkoidose und Hyperurikämie. Zusammengefasst wurde festgehalten, der Versicherte könne weder schlafen, noch arbeiten, sei unkonzentriert und ständig erschöpft. Er wirke müde und gebrochen. Die Prognose sei gut.

E. 3.1.1.6

Im ärztlichen Bericht zur Eingliederung vom 5. September 2015 von Dr. R._____, Facharzt für Orthopädie und Rettungsmedizin (IV-act. 34, 38, 83, 114, 198), welcher handschriftlich verfasst ist, sind die Diagnosen "M15.9 GB Polyarthrose der Hände, M75.3 GL Tendinitis Calcarea Schulter links, M54.92 G rez. deg. Nacken-Schulter-Schmerzsyndrom bds. pm. C4/C5 mit NF-Stenose links" aufgezählt. Zur Prognose wurde unter anderem festgehalten, dass eine vollständige Heilung aufgrund degenerativer Veränderung nicht mehr zu erreichen sei.

E. 3.1.1.7

Dr. S._____ des RAD D._____ äusserte sich zu den Arztberichten in ihren Stellungnahmen vom 29. April 2015, 16. November 2015 und 9. Dezember 2015 (IV-act. 17, 41, 48) dahingehend, dass kein Eingliederungspotential respektive eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bzw. unter 3 Stunden pro Tag erkennbar sei und empfahl die Prüfung einer Rente. Daraufhin nahm Dr. C._____ des RAD D._____ Einsicht in die Akten, fasste kurz die wesentlichen Berichte und Diagnosen zusammen und hielt in seiner Beurteilung vom 19. Januar 2016 (IV-act. 62) aufgrund der nicht sehr ausführlichen Berichte eine vertiefte Abklärung für erforderlich.

E. 3.1.2

Im Rahmen der Überprüfung des Anspruchs auf eine IV-Rente und der Dossierübergabe an die IVSTA lagen weitere Berichte vor:

E. 3.1.2.1

Dipl. med. P. _____ erwähnte in ihrem handschriftlich verfassten, ärztlichen Befundbericht zum Rentenantrag (IV-act. 78, S. 1; 107, S. 1; 197, S. 2) vom 11. Februar 2016 die Diagnosen F32.1 mittelgradige depressive Episode und F43.1 posttraumatische Belastungsstörung. Im selben Aktorum befindet sich auf Seite 2 der von Dr. rer. nat. Dipl-Psych. T. _____, psychologische Psychotherapeutin, unterzeichnete, ebenfalls auf den 11. Februar 2016 datierte Bericht, in welchem eine starke depressive Symptomatik, BDI: 32 Punkte, aufgeführt ist (IV-act. 78, S. 2; 107, S. 2; 197, S. 2).

E. 3.1.2.2

Im ärztlichen Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung auf dem Gebiet/Teilgebiet Psychiatrie, vom 21. April 2016 (IV-act. 98, S. 2 - 9; 117, S. 1 - 6) von Dr. med. U. _____, Psychoanalytiker und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie wurden die Diagnosen mittelschwere depressive Episode F32.11 (G) und (vorwiegend abhängige) Persönlichkeitsstörung F60.7 (G) genannt. Zusammengefasst wurde in der Epikrise ausgeführt, der Versicherte berichte von bestimmten Beschwerden psychischer Art. Seine Angaben seien glaubhaft und ständen in Übereinstimmung mit den zu erhebenden Befunden. Hinweise für eine Aggravation im Sinne eines bewusstseinsnahen Geschehens fänden sich nicht. Eher neige der Versicherte zur Dissimulation. Aus dem geschilderten und vor allem aus dem objektivierbaren Störsyndrom heraus ergebe sich eine erhebliche Minderung der Leistungsfähigkeit. Diese bestimme sich über die emotionale Einengung, die allgemein vermehrte Erschöpfbarkeit und den Antriebsmangel.

E. 3.1.2.3

Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin des RAD-Rhone nahm Einsicht in die in den Erwägungen E. 3.1.1.1 - 3.1.1.6 und E. 3.1.2.1 aufgeführten Arztberichte und befand den Versicherten in seiner Stellungnahme vom 15. März 2016 (IV-act. 88) bei Vorliegen einer Sarkoidose und einer Schwäche der Handmuskeln in einer leichten Tätigkeit für arbeitsfähig. Dr. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA nahm am 30. Juni 2016 zum Gutachten von Dr. med. U. _____ (E.3.1.2.2) Stellung und hielt fest, dass aus dem Gutachten nicht hervorgehe, wie der Psychiater zu dem von ihm verfassten Psychostatus komme. Das ganze Dossier sei dürftig und widersprüchlich. Eine bidisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung in der Schweiz sei indiziert (IV-act. 100).

E. 3.1.2.4

Die Dres. med. V. _____ und W. _____, Fachärzte für Innere Medizin, Pneumologie und Allergologie, diagnostizierten am 1. Februar 2013 einen akuten Virusinfekt und eine Sarkoidose und hielten zusammengefasst fest, dass bei akutem Virusinfekt mit erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und auffallender Tachycardie [recte: Tachykardie] sicherheitshalber zum Ausschluss Endocarditis eine stationäre Einweisung veranlasst worden sei. Eine Bodyplethysmographie habe normale statische und dynamische Parameter im Sinn einer normalen Lungenfunktion ergeben (IV-act. 111). Im Arztbericht vom 16. September 2014 wiederholten Dres. med. V. _____ und W. _____ die bereits am 1.

Februar 2013 genannten Diagnosen und gaben in ihrer Beurteilung an, es liege ein altersentsprechender Normalbefund vor (IV-act. 113). In ihrem ebenfalls handschriftlich ausgefüllten ärztlichen Befundbericht vom 26. Februar 2016 (IV-act. 116) wurden die Diagnosen Sarkoidose I, intrinsic Asthma bronchiale sowie Arthrose genannt.

E. 3.1.2.5

Am 7. September 2016 nahm Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Medizin des medizinischen Dienstes der IVSTA, Stellung zu den oben genannten Arztberichten und führte zusammengefasst aus, die geltend gemachte Diagnose F32.1 sei behandelbar, die gestellte Diagnose F46.1 nicht nachvollziehbar. Im Weiteren liessen sich aufgrund des qualitativ völlig ungenügenden Gutachtens von Dr. U._____, die gestellten Diagnosen nicht nachvollziehen. Eine Untersuchung in der Schweiz sei notwendig (IV-act. 119).

E. 3.1.3

Mit Schreiben vom 10. November 2016 (IV-act. 128, 142) liess der Versicherte geltend machen, aus gesundheitlichen Gründen sei eine Begutachtung ausserhalb des Wohnorts nicht sinnvoll und bat um Prüfung der Aktenlage. Gleichzeitig liess er weitere medizinische Unterlagen nachreichen:

E. 3.1.3.1

Die Therapeutin X._____ der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie der technischen Universität Y._____ informierte in ihren Attesten vom 13. Oktober 2016 (IV-act. 132, 188) darüber, dass der Versicherte sich seit dem 17. August 2016 bei ihr in psychotherapeutischer Behandlung befinde. Indikation sei eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit schwer (F33.2). Die depressive Verstimmung, agoraphobe Ängste im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung in öffentlichen Verkehrsmitteln sowie starke Schmerzen aufgrund körperlicher Erkrankungen erschwerten die Anreise.

E. 3.1.3.2

In den Akten liegen zwei Arztberichte der überörtlichen radiologischen Gemeinschaftspraxis Z._____. Dr. med. Aa._____ äusserte am 19. Oktober 2016 (IV-act. 137, 195) den Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis und gab zusammenfassend an, es lägen keine sicheren Arthritiszeichen, jedoch eine destruierende Polyarthrose im Bereich der Fingermittel- und -endgelenke sowie eine Koxarthrose beidseits vor. Dr. med. Bb._____, Fachärztin für Radiologie/Kinderradiologie gab in ihrem Arztbericht vom 25. Oktober 2016 (IV-act. 134, 194) nach einer am 24. Oktober 2016 durchgeführten MRT der Halswirbelsäule an, es lägen mehrsegmentale initiale Bandscheibendegenerationen mit flachen Protrusionen sowie begleitende zum Teil höhergradige Uncovertebralarthrosen, eine konsekutive höhergradige neuroforaminale Einengung HWK 4/5 links sowie HWK 5/6 rechts, jedoch weder eine relevante zervikale Spinalkanalstenose, noch ein frischer Prolaps oder eine Myelopathie vor.

E. 3.1.3.3

In der Bescheinigung vom 20. Oktober 2016 (IV-act. 136) führte Dr. med. Cc._____, Fachärztin für Innere Medizin/Rheumatologie, aus, beim Versicherten bestehe u.a. ein chronisches Schmerzsyndrom mit schmerzhaften Bewegungseinschränkungen zahlreicher Gelenke und der Wirbelsäule. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt seien dem Patienten keine längeren Reisedrecken per Auto, Bus oder Bahn zumutbar. Im Bericht vom 7. November

2016 (IV-act. 135, 191) nannte sie die Diagnose "chronisches Schmerzsyndrom, aktuell kein Anhalt für chronische entzündliche Erkrankung des rheumatischen Formenkreises".

E. 3.1.3.4

Dr. med. Dd._____, Facharzt für Innere Medizin und Bronchialheilkunde/Allergologie nannte in seinem Bericht vom 26. Oktober 2016 (IV-act. 138; 175, S. 2 - 3, 192 f.) folgende Diagnosen: "Aktuelle Diagnose: - 21.10.2016 Gesichert Dyspnoe (R06.0 G) Dauerdiagnosen: - Gesichert Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen (D86.8 G) - Gesichert Bronchiale Hyperreagibilität [Übererregbarkeit] (R94.2 G) - Gesichert Sonstige allergische Rhinopathie (J30.3 G) - Gesichert Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1 G) - Gesichert Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2 G) - Gesichert Abnorme Ergebnisse von Lungenfunktionsprüfungen (R94.2. G) - Gesichert Obstruktive Ventilationsstörung (R94.2 G) - Gesichert Restriktive Ventilationsstörung (R94.2 G) - Gesichert Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert vom Typ 1 [hypoxisch] (J96.10 G)" Zusammenfassend wurde mit Verweis auf Unterlagen und Befunde angegeben, in der Lungenfunktion liege eine leichtgradige Ventilationsstörung vor (gut reversibel), eine leichtgradige Diffusionsstörung sowie eine leichtgradige Hypoxämie.

E. 3.1.3.5

Dr. Ee._____, Fachärztin für Orthopädie der Akademischen Lehrpraxis der Technischen Universität Y._____ gab in ihrem ärztlichen Befundbericht vom 2. November 2016 (IV-act. 139, 196) in der Einschätzung an, sie könne den Patienten aufgrund seiner bisherig zweimaligen Vorstellung noch nicht beurteilen. Röntgenologisch und klinisch zeige er eine ausgeprägte Polyarthrose beider Hände. Eine sicher diagnostizierte Grundkrankheit habe noch nicht erhoben werden können. Allerdings zeige der Versicherte ganzheitliche Krankheitssymptome, welche ihn auch körperlich sehr belasten und einschränken würden. Zu weiteren Diagnostik und Therapie sei eine Überweisung zum Schmerztherapeuten eingeleitet sowie dem Patienten dringend angeraten worden, einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsmassnahme zu stellen.

E. 3.1.3.6

In seiner Antwort vom 26. November 2016 (IV-act. 155) nahm Dr. G._____ zu den neu eingereichten Arztberichten Stellung. Er äusserte sich zusammengefasst dahingehend, dass die Begutachtung in der Schweiz ohne Einschränkung zugemutet werden könne. Die medizinische Sicht sei nach wie vor unklar und müsse in der Schweiz abgeklärt werden.

E. 3.1.4

Nachdem die Vorinstanz dem Versicherten am 6. Dezember 2016 mitgeteilt hatte, dass sie an der Notwendigkeit einer Begutachtung in der Schweiz festhalte, liess der Versicherte am 21. Dezember 2016 geltend machen, er sei reiseunfähig, und weitere Berichte nachreichen (IV-act. 156, 160):

E. 3.1.4.1

Im Arztbericht vom 14. Dezember 2016 (IV-act. 157, S. 6; 159, S. 6) nannte Dipl.-med. P._____ die Diagnosen F60.7G abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung, F33.1G rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode und F40.01G Agoraphobie mit Panikstörung. Handschriftlich wurde vermerkt, dass es aus nervenärztlicher Sicht sehr ungünstig sei, wenn dem Patienten die Fahrt in die Schweiz

zugemutet würde.

E. 3.1.4.2

Im Schreiben vom 19. Dezember 2016 (IV-act. 157, S. 4; 159, S. 4) wiederholte Dr. med. Cc._____ ihre Feststellungen (E. 3.1.3.3) und führte weiter aus, der Versicherte sei dreimal in Sprechstunde gewesen, weitere Termine hätten nicht vereinbart werden müssen. Sie bat, weitere Anfragen nur noch bezüglich ihres Fachgebiets zu stellen.

E. 3.1.4.3

Am 30. Dezember 2016 (IV-act. 169) nahm Dr. G._____ zu den neu eingereichten Unterlagen Stellung und führte zusammenfassend aus, bei den geltend gemachten Gesundheitsstörungen handle es sich um behandelbare Probleme; sie schlossen eine Reisefähigkeit schon heute in keiner Weise aus.

E. 3.1.5

In der Folge liess der Versicherte am 30. Januar 2017 (IV-act. 172 S. 2 - 4) bei der Vorinstanz seine Vorbringen wiederholen und weitere medizinische Unterlagen einreichen:

E. 3.1.5.1

Im Bericht vom 2. Februar 2017 (IV-act. 177, 192) wiederholte Dr. med. Dd._____ die bereits erwähnten Diagnosen (vgl. E. 3.1.3.5) und erwähnte zusätzlich die Diagnose "Gesichert Mischformen des Asthma bronchiale (J45.8 G)" und führte aus, der Versicherte leide an Atembeschwerden bei leichter körperlicher Belastung, zum Teil auch an nächtlichen Atembeschwerden. Zurzeit liege weder eine Bronchitis-Symptomatik noch lägen Exacerbationszeichen vor.

E. 3.1.5.2

Im Bericht des MVZ (medizinisches Versorgungszentrum) Schmerztherapie/Palliativmedizin in (...) vom 2. März 2017 (IV-act. 181) erwähnte Dr. med. Ff._____ die Diagnosen F45.41 (G) Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, D86.9 (G) Sarkoidose und M15.9 (G) Polyarthrose und führte zusammengefasst aus, der Versicherte leide aktuell an Beschwerden in den großen Gelenken, aber auch in den Fingern. Momentan liege der Hauptschmerz im Hüft- und Fingerbereich. Als Nebenerkrankungen wurden Sarkoidose, PTBS (in psychotherapeutischer und psychiatrischer Mitbetreuung), Asthma bronchiale und Depression (seit 2014) aufgeführt.

E. 3.1.5.3

Im nach dem Verfügungserlass eingereichten Bericht des MVZ für Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin in (...) vom 20. März 2017 (IV-act. 189) wiederholte Dr. med. Gg._____ die bereits genannten Diagnosen und nannte ergänzend die Diagnosen F41.9 (G) Angststörung, nicht näher bezeichnet, G62.9 (G) Neuropathischer Schmerz und F33.2 (G) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome.

E. 3.2

Zunächst ist die Rechtsfrage zu klären, ob die von der Vorinstanz verlangte medizinische Abklärung in der Schweiz als notwendig im Sinne von Art. 43 Abs. 2 ATSG zu qualifizieren ist.

E. 3.2.1

Vorliegend nahm im Rahmen der Prüfung eines Rentenanspruchs vorerst der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ Einsicht in die Akten und hielt den Versicherten in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Er führte aus, dass die Psyche invalidisierend sei und überliess es dem Psychiater der IVSTA, den Fall weiter zu beurteilen (vgl. Stellungnahme vom 15. März 2016, IV-act. 88). In der Folge nahmen die Dres. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und G. _____, Facharzt Allgemeine Medizin, des medizinischen Dienstes der IVSTA Einsicht in die Akten und erachteten eine Begutachtung in der Schweiz aufgrund der dürftigen und widersprüchlichen Aktenlage als notwendig (Stellungnahmen vom 30. Juni und 7. September 2016; IV-act. 100, 119). Die Vorinstanz stützte sich bei der streitigen Begutachtungsanordnung auf deren Angaben.

E. 3.2.2

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 3.2.3

Bei den Stellungnahmen der Dres. F. _____ und G. _____ des medizinischen Dienstes der IVSTA handelt es sich um Berichte im obgenannten Sinne. Auf diese kann nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Es ist demnach für die Klärung der Frage, ob eine Begutachtung in der Schweiz notwendig war, zu prüfen, ob auf die Stellungnahmen der Dres. F. _____ und G. _____ vom 30. Juni und 7. September 2016 sowie auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen abgestellt werden kann.

E. 3.2.3.1

Aus den Akten geht hervor, dass sich der Versicherte aufgrund einer seit 2014 bestehenden psychischen Erkrankung zum Leistungsbezug angemeldet hat (IV-act. 2). Die in den Akten liegenden, vor diesem Zeitpunkt ausgestellten, medizinischen Unterlagen berichten denn auch lediglich über somatische Krankheitsbilder (IV-act. 3 - 5, 112). So ist auch im Bericht von Dr. med. J. _____ und Prof. Dr. K. _____ des Kantonsspital B. _____ festgehalten, dass der Versicherte zum Zeitpunkt seines Eintritts ins Spital am 31. Mai 2005 bei klarem Bewusstsein mit unauffälliger Psyche gewesen sei (IV-act. 4). Insofern ist der im Übrigen undatierte und zudem schwer entzifferbare, handschriftliche Bericht von Dipl. med. P. _____, welche eine Depression seit 2005 diagnostizierte, jedoch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 23. April 2014 angab (E. 3.1.1.4) widersprüchlich, zum einen zu den Akten und zum anderen sowohl zu den Angaben des Beschwerdeführers als auch ihren eigenen Angaben. Dr. Q. _____, der den Versicherten vom 27. Mai bis 20. Oktober 2014 behandelte, diagnostizierte eine Depression und befand den Versicherten

vom 1. Juni 2014 bis 31. Dezember 2014 als 100 % arbeitsunfähig (E.3.1.1.5). Sein Bericht ist ebenfalls undatiert, zudem werden keine Angaben zu den erfolgten Untersuchungen gemacht. Zur Frage betreffend die Arbeitsunfähigkeit führte er aus, der Versicherte könne aufgrund seiner psychischen Verfassung nicht arbeiten. Fraglich ist hier, inwiefern er als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin den psychischen Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen vermochte. Gemäss Dipl. med. P._____ verschlechterte sich der Gesundheitszustand ab Mai 2015, vorerst bei unveränderter Diagnose (E. 3.1.1.4). Am 11. Februar 2016 erwähnte sie in ihrem Arztbericht (E. 3.1.2.1) handschriftlich neben einer Depression die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung, listete in Stichworten die Beschwerden "starken Stimmungsschwankungen bis hin zu Suizidgedanken, Schlafstörungen, einer starken Grübelneigung, Flashbacks und Albträumen" auf, unterliess es jedoch, Ausführungen zu den erfolgten Untersuchungen und Befunden zu machen. Der Formularbericht ist schwer zu entziffern, sehr kurz gefasst und oberflächlich. Die Seite 2 des Berichts wurde von Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. T._____ ausgefüllt, welche erst im September 2015 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands feststellte. Ihre unbegründete Aussage ist widersprüchlich zu den Angaben von Dipl. med. P._____ (vgl. E. 3.1.1.4). Hingegen blieb im Gutachten vom 21. April 2016 (E. 3.1.2.2) von Dr. med. U._____ die von Dipl. med. P._____ diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung unerwähnt. Weiter erstellte Dr. med. U._____ wohl eine Anamnese und legte den Krankheitsverlauf dar, jedoch begründete er die gestellten Diagnosen nur oberflächlich. Er hat sich offensichtlich nicht mit den Vorakten und den Beschwerdebildern des Versicherten auseinandergesetzt und keine lückenlose, konsistente Beurteilung vorgenommen. Sein Gutachten ist unvereinbar mit den Berichten von Dipl. med. P._____ und somit ungenügend. Die behandelnde Therapeutin X._____ diagnostizierte am 13. Oktober 2016 (E.3.1.3.1) neben einer rezidivierenden depressiven Störung erneut eine posttraumatische Belastungsstörung und äusserte sich zur Reisefähigkeit. Hauptsächlich führte sie jedoch die subjektiven Beschwerden des Versicherten auf; die Diagnosen hingegen werden weder begründet noch werden Angaben zu den erfolgten Untersuchungen oder Befunden gemacht. Ausserdem sind die Berichte der Therapeutin X._____ sehr kurz gehalten (vgl. dazu auch E. 2.5.2). Dr. med. Dd._____ erwähnte in seinen Berichten unter Dauerdiagnosen eine gesicherte posttraumatische Belastungsstörung sowie eine gesicherte rezidivierende depressive Störung; äusserte sich im Befund jedoch lediglich zu den von ihm als Facharzt für Innere Medizin und Bronchialheilkunde erfolgten Untersuchungen. Die psychiatrischen Diagnosen beruhen offensichtlich auf die ihm vorgelegten Unterlagen (E. 3.1.3.4, 3.1.5.1). Für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands des Versicherten sind seine Angaben ungenügend. Dipl. med. P._____ stellte am 14. Dezember 2016 neu die Diagnose Agoraphobie mit Panikstörung (E. 3.1.4.1). Zum einen begründete sie diese nicht, noch machte sie Ausführungen zu den Beschwerdebildern, den erfolgten Untersuchungen oder Befunden. Zum anderen erwähnte sie die bereits gestellte Diagnose posttraumatische Belastungsstörung (vgl. E.3.1.2.1) nicht mehr. Eine Verbesserung oder Heilung dieses Krankheitsbildes ist jedoch nicht dokumentiert. Die Berichte der Schmerztherapie/Palliativmedizin in (...) vom 2. und 20. März (E. 3.1.5.2 f.) sind ebenfalls mangelhaft. In ihnen werden wohl psychiatrische Diagnosen (PTBS, Depression seit 2014 und Angststörung) als Nebendiagnosen erwähnt, jedoch erfolgten bezüglich dieser Krankheitsbilder keine Untersuchungen.

E. 3.2.3.2

Neben den psychischen Beschwerdebildern wurden ebenfalls somatische Diagnosen gestellt. Bereits am 13. Juni 2005 litt der Beschwerdeführer unter einer akuten Sarkoidose (E. 3.2.3.2). Am 16. September 2014 litt er an einem akuten Virusinfekt; ebenfalls wurde eine Sarkoidose diagnostiziert, jedoch lag ein altersentsprechender Normalbefund vor (E. 3.1.2.4). Im Mai 2015 konnte Dipl. med. O._____ anlässlich einer Thoraxaufnahme jedoch keine Hinweise auf eine Sarkoidose finden. Die Bodyplethysmographie ergab eine völlig unauffällige Lungenfunktion. Angaben zur Arbeitsfähigkeit wurden keine gemacht (E. 3.1.1.3). Dr. R._____ stellte in seinem Bericht vom 5. September 2015 eine Polyarthrose der Hände, eine Tendinitis Calcarea der linken Schulter sowie ein Nacken-Schulter-Schmerzsyndrom fest, befand den Versicherten jedoch im Zeitpunkt der Untersuchung für arbeitsfähig (E. 3.1.1.6). Die in den Akten liegenden handschriftlich verfassten Berichte der Gemeinschaftspraxis Dres. med. V._____ und W._____ sind bis auf die Diagnosen (Sarkoidose I, intrinsic Asthma bronchiale, Arthrose) nicht entzifferbar (IV-act. 36 f., 116) und somit ungenügend für die Beurteilung des Gesundheitszustands des Versicherten. Im Oktober 2016 diagnostizierte Dr. med. Bb._____ beim Beschwerdeführer Bandscheibendegenerationen sowie Uncovertebralarthrosen; sie konnte jedoch weder einen frischen Prolaps noch eine Myelopathie ausmachen. Dr. med. Aa._____ äusserte lediglich den Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis und erwähnte Polyarthrosen und eine beidseitige Koxarthrose. Weder Dr. med. Bb._____ noch Dr. med. Aa._____ machten Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (E. 3.1.3.2). Ihre kurz gehaltenen Berichte sind unvollständig. Dr. med. Dd._____ nahm beim Beschwerdeführer pneumologische Untersuchungen vor. Er hielt am 26. Oktober 2016 fest, dass beim Versicherten im Vordergrund Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung beständen. Er leide seit Jahren an Husten und Auswurf besonders bei Infekten. Der Auskultationsbefund ergab reine Herztöne und rhythmische Herzaktionen. Gemäss Dr. med. Dd._____ lagen weder akute Atemnotanfälle noch nächtliche Symptome vor. Er konnte anlässlich der Untersuchung des Herzens und der Lunge keine Unauffälligkeit feststellen. Am 2. Februar 2017 diagnostizierte Dr. med. Dd._____ zusätzlich Asthma und stellte nächtliche Atembeschwerden fest, gab jedoch - wie bereits am 26. Oktober 2016 - an, dass keine Exazerbation vorliege. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich in keinem seiner Berichte (E. 3.1.3.4, 3.1.5.1). Dr. Ee._____ konnte den Versicherten aufgrund seiner lediglich zweimaligen Vorstellung nicht beurteilen und keine Grundkrankheit sicher erheben (E. 3.1.3.5). Dr. Cc._____, bei welcher der Versicherte dreimal in Behandlung war, konnte eine chronisch entzündliche Erkrankung des rheumatischen Formenkreises nicht ausschliessen (E. 3.1.4.2). Die Angaben der Dres. Hh._____ und Cc._____ sind vage; ihre Berichte sind kurz und sehr rudimentär. Ebenso wenig sind die Berichte des MVZ in (...) (E. 3.1.5.2 f.) für die Beurteilung des Gesundheitszustandes genügend. Sie zeigen wohl die vorgenommenen Untersuchungen auf, jedoch werden die einzelnen Diagnosen nicht begründet und keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht. Der in den Akten liegende, auf den 12. Mai 2016 datierte Formularbericht (IV-act. 115), in welchem die Diagnosen F32.11 G und F60.7 genannt sind, sowie der handschriftliche Bericht "Notfallbehandlung" (IV-act. 133) von Dr. Ii._____, Fachärztin für Kieferorthopädie, vom 13. Oktober 2016 sind kurz und wenig aussagekräftig. Aus ihnen lässt sich der Gesundheitszustand ebenfalls nicht beurteilen.

E. 3.2.3.3

Insgesamt ist der medizinische Sachverhalt aufgrund der in den Akten liegenden ärztlichen Berichte entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers nicht ausreichend abgeklärt,

denn diese sind für die Beurteilung seines Gesundheitszustandes klar ungenügend. Sie sind widersprüchlich, teilweise unleserlich und sehr rudimentär. Es fehlen Befund- und eingehende Diagnoseerhebungen mit fundierten Beurteilungen der medizinischen Situation sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Krankheitsverlauf lässt sich damit zudem nicht nachvollziehen. Im Übrigen ist es zum einen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei Versicherten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art unabdingbar, physische und psychische Beeinträchtigungen nicht isoliert, sondern interdisziplinär beurteilen zu lassen (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2, mit weiteren Hinweisen). Zum anderen ist beim Beschwerdeführer eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden (E. 3.1.5.2), bei welcher gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ein strukturiertes Beweisverfahren nach den definierten Indikatoren vorzunehmen ist (BGE 141 V 281). Bislang sind keine entsprechenden Untersuchungen durchgeführt worden. Der Antrag des Beschwerdeführers auf eine Zusprache von IV-Leistungen auf Basis der in den Akten liegenden Arztberichte ist deshalb abzuweisen.

E. 3.2.3.4

Die Ärzte des medizinischen Dienstes, welche im Rahmen der Rentenprüfung Einsicht in die Akten genommen hatten, waren ebenfalls der Ansicht, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten aufgrund der Akten nicht beurteilen lasse. Dr. F._____ hielt eine bidisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung aufgrund des widersprüchlichen Dossiers für notwendig (IV-act. 100). Dr. med. G._____ setzte sich mit dem gesamten Dossier sowie den neu eingereichten Berichten auseinander und befand eine Begutachtung in der Schweiz ebenfalls für unabdingbar (IV-act. 119, 155, 169). Der Beschwerdeführer bemängelt in diesem Zusammenhang, die Beurteilungen der Ärzte des medizinischen Dienstes seien nicht beweiskräftig, da sich diese widersprüchen und zudem aufgrund einer fehlenden persönlichen Untersuchung reine Aktenberichte darstellten. Diese Rüge verfährt nicht. Den Ärzten des medizinischen Dienstes oblag einzig die Beurteilung, ob sich aufgrund der medizinischen Berichte der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beurteilen liess oder ob weitere Abklärungen notwendig waren; hierzu bedurfte es keiner klinischen Untersuchung. Zudem sind ihre Einschätzungen widerspruchsfrei begründet und können nachvollzogen werden, sodass darauf abgestellt werden kann.

E. 3.2.4

Aufgrund des soeben Ausgeführten steht zweifelsfrei fest, dass die angeordnete ärztliche Begutachtung zur Ermittlung des rechtserheblichen Sachverhalts als notwendig im Sinne von Art. 43 Abs. 2 ATSG zu qualifizieren ist und die Vorinstanz dementsprechend zu Recht eine Begutachtung in die Wege geleitet hat (vgl. IV-act. 123 f.).

E. 3.3

Es bleibt zu prüfen, ob auch die Zumutbarkeit der Begutachtung in der Schweiz nach Art. 43 Abs. 2 ATSG zu bejahen ist.

E. 3.3.1

Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit hat die Verwaltung (oder das Gericht) die gesamten (objektiven und subjektiven) Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen (Urteil EVG I 214/01 vom 25. Oktober 2001 E. 2b, Urteil BGer I 906/05 vom 23. Januar 2007 E. 6). Bei der Voraussetzung der Zumutbarkeit ist die Frage der subjektiven Zumutbarkeit objektiv zu

erklären. Es geht mithin nicht etwa darum, ob die betreffende Person aus ihrer eigenen (subjektiven) Wahrnehmung heraus die Untersuchung als zumutbar betrachtet oder nicht, sondern darum, dass die subjektiven Umstände (etwa Alter der Person, Gesundheitszustand, bisherige Erfahrungen mit Abklärungen) in einer objektiven Betrachtung dahingehend gewürdigt werden, ob diese Umstände die Untersuchung zulassen oder nicht. Die üblichen Untersuchungen in einer Gutachtenstelle sind ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar zu betrachten (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 43 N 82).

E. 3.3.2

Der Beschwerdeführer teilte der IVSTA mit Schreiben vom 21. Dezember 2016 (IV-act. 157) mit, dass er sich grundsätzlich einer Untersuchung in der Schweiz unterziehen würde, jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine solche Reise zu Lasten seiner Gesundheit gehe. Die gleichzeitig eingereichten Arztberichte der Dres. med. Ee._____, Ii._____, Bb._____, Aa._____ und Dd._____ nehmen nicht Stellung zur Reisefähigkeit des Versicherten (IV-act. 131, 133, 134, 138 f.) Ebenfalls kann auf die Kurzatteste der Therapeutin X._____ vom 13. Oktober 2016 (IV-act. 132, S. 1) sowie von Dr. med. Cc._____ vom 19. Dezember 2016 (IV-act. 136) und Dipl. med. P._____ vom 14. Dezember 2016 (IV-act. 157, S. 6) nicht abgestellt werden. Ihre Diagnosen, aufgrund welcher sie den Versicherten für nicht reisefähig halten, sind weder begründet noch nachvollziehbar. Zudem sind ihre Atteste sehr oberflächlich und kurz. Ausserdem ist keine vollständige Reiseunfähigkeit attestiert worden. Der Beschwerdeführer selbst führte aus, dass er lediglich zum Zeitpunkt der geplanten Begutachtung nicht reisefähig gewesen sei. Nach dem Aufenthalt im Schmerzzentrum sei er nun in der Lage, in die Schweiz zu reisen. Aus den Berichten des MVZ geht allerdings hervor, dass sich der Gesundheitszustand nicht verbessert, sondern verschlechtert hat. Während im Bericht vom 2. März 2017 (IV-act. 181) als gesicherte Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Sarkoidose und Polyarthrose aufgelistet sind und zum Procedere angegeben ist, dass der Patient von der Einnahme des Medikaments Tilidin, ein Opioid-Analgetikum, das zur Therapie starker Schmerzen eingesetzt wird, (<https://www.psychrembel.de/Tilidin%20/KOML4/doc>, aufgerufen am 13. März 2019) derzeit absehen wolle, wurden im Bericht vom 20. März 2017 (IV-act. 189) die gesicherten Diagnosen ergänzt. Zusätzlich wurden eine Angststörung, ein neuropathischer Schmerz, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, hinzugefügt und zur Medikation nun "Tilidin Hexal comp 50/4 mg Retardtabletten" angegeben. Die Berichte des MVZ äussern sich im Übrigen nicht zur Reisefähigkeit des Versicherten. Hingegen geben die in den Akten liegenden Arztberichte Hinweise darauf, dass der Versicherten auch vor Erlass der Verfügung reisefähig gewesen ist. So kreuzte Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. T._____ in ihrem Untersuchungsbefund vom 11. Februar 2016 unter Ziff. 17 zur Frage, ob eine Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel bestehe, das Feld "ja" an (IV-act. 78). Im ärztlichen Befundbericht der Dres. V._____ und W._____ vom 26. Februar 2016 wurde unter Ziff. 18 dieselbe Frage ebenfalls bejaht (IV-act. 116). Schliesslich geht aus dem Gutachten von Dr. med. U._____ vom 21. April 2016 hervor, dass der Versicherte die Fahrt zur Untersuchung ohne Begleitperson bewältigen konnte (IV-act. 98, S. 7). Der Versicherte hat denn auch selbst im Schreiben vom 21. Dezember 2016 angegeben, sich "als letztes Mittel" einer Untersuchung in der Schweiz unterziehen zu wollen, bevor ihm endgültig Leistungen verweigert würden (IV-act. 157). Insgesamt lassen sich vorliegend

keine objektiven Anhaltspunkte für die geltend gemachte Reiseunfähigkeit ausmachen, weshalb auf die Stellungnahmen von Dr. G. _____ vom 7. September 2016 (IV-act. 119, E. 3.1.2.6), 26. November 2016 (IV-act. 155, E.3.1.3.7) und 30. Dezember 2016 (IV-act. 169, E.3.1.4.3) abgestellt werden kann.

E. 3.3.3

Bezüglich der vom Beschwerdeführer verlangten wohnortnahen Begutachtung ist darauf hinzuweisen, dass er keinen Rechtsanspruch auf eine Begutachtung im Ausland hat (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVGer C-2958/2015 vom 8. Juni 2016 E. 3.1.1 und C-5441/2007 vom 18. Mai 2009 E. 4.2.1 am Schluss mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 172/02 E. 4.5 mit Hinweis). Ebenso wenig gibt es im Übrigen einen Rechtsanspruch auf eine Begutachtung in der Schweiz (vgl. Urteil 9C_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.4; 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 5.1 [für eine in einem EU-/EFTA-Staat wohnhafte - wie vorliegend - versicherte Person]). Vielmehr ist (von der Vorinstanz) in jedem Einzelfall zu bestimmen, welches Mittel geeignet ist, den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt festzustellen (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2 mit Hinweis auf 9C_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.4 am Ende).

E. 3.3.4

Gegen die Durchführung der Begutachtung in der Nähe seines Wohnorts spricht einerseits der Umstand, dass nach schweizerischem Recht die medizinisch-theoretische Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit, welche mit einer ausländischen (sozial-)medizinischen Leistungsbeurteilung nicht übereinstimmen muss, massgebend ist (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-4128/2009 vom 25. Mai 2011 E. 7.4). Andererseits liegt der Grund für die Begutachtung in der Schweiz insbesondere in der fehlenden Garantie, dass in Deutschland eine mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraute und in diesem Sinne gleichwertige Abklärungsstelle resp. Medizinalperson zur Verfügung steht. Hinzu kommt, dass die in der Schweiz über eine anerkannte Facharztausbildung verfügenden Medizinalpersonen regelmässig an versicherungsmedizinischen Fortbildungen teilnehmen und sich dadurch laufend auf dem aktuellen Wissensstand befinden (vgl. hierzu BGE 137 V 210 E. 1.2.2 [Ziff. 12]). Die zahlreichen durchwegs nicht beweistauglichen Arztberichte zeigen eindrücklich auf, dass es sich vorliegend rechtfertigt, den Versicherten in der Schweiz begutachten zu lassen (vgl. hierzu ergänzend Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2). Überdies sind - wie bereits in E. 3.2.3.3 erwähnt - zum einen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art nicht isoliert, sondern interdisziplinär zu beurteilen, zum anderen ist bei Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren - wie grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen - ein strukturiertes Beweisverfahren nach den in BGE 141 V 281 definierten Indikatoren vorzunehmen, welches auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen basiert (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; 141 V 281 E. 3.6 ff.). Das Begehren des Beschwerdeführers um eine Begutachtung in Deutschland ist deshalb unbegründet.

E. 3.3.5

Insgesamt stehen die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Gründe keine konkreten Umstände dar, welche einer Untersuchung in der Schweiz entgegenstehen würden. Somit ergibt sich, dass die von der Vorinstanz verlangte, notwendige Begutachtung in der Schweiz

als zumutbar zu betrachten ist.

E. 4

Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob die Vorinstanz ein rechtsgenügendes Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt hat (vgl. E. 2.6.5 f.).

E. 4.1

Die Vorinstanz teilte dem Versicherten mit Schreiben vom 26. September 2016 (IV-act. 125) mit, dass eine medizinische Abklärung in der Schweiz notwendig sei und gewährte ihm eine Frist von 10 Tagen, um seine Einwände vorzubringen. Mit Schreiben vom 14. Oktober 2016 forderte sie ihn auf, sich am 24. und 25. November 2016 bei den Dres. med. Jj._____ und Kk._____ in (...) zur Begutachtung einzufinden (IV-act. 127). Erst am 10. November 2016 liess der Versicherte durch seinen Rechtsanwalt medizinische Unterlagen einreichen und geltend machen, dass aus gesundheitlichen Gründen eine ausserhalb des Wohnorts durchzuführende Begutachtung nicht sinnvoll sei (IV-act. 128, 131 - 139, 142). Schliesslich unterbreitete die Vorinstanz die verspätet eingereichten Unterlagen Dr. med. G._____ zur Beurteilung, ob dem Versicherten die Teilnahme an einer Begutachtung in der Schweiz zugemutet werden könne. Nachdem Dr. med. G._____ seine Stellungnahme abgegeben hatte, hielt die Vorinstanz in ihrer Mahnung vom 6. Dezember 2016 an der Begutachtung in der Schweiz fest und machte ihn unter Hinweis auf Art. 43 Abs. 2 und 3 ATSG darauf aufmerksam, dass sie unter Ansetzung einer angemessenen Frist aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen könne, wenn der Versicherte ohne Entschuldigungsgrund der von der IVSTA verlangten Untersuchung keine Folge leiste. Sie setzte dem Versicherten eine Frist von 30 Tagen zur schriftlichen Zustimmung für eine Begutachtung. Weiter informierte sie den Versicherten dahingehend, dass ohne seine Antwort eine beschwerdefähige Verfügung erlassen werde. Daraufhin reichte der Beschwerdeführer am 21. Dezember 2016 die Kurzberichte von Dipl.-med. P._____ und Dr. med. Cc._____ sowie weitere Berichte ein (IV-act. 157), zu welchen Dr. med. G._____ erneut Stellung nahm. Am 11. Januar 2017 teilte die Vorinstanz dem Versicherten mit zweiter Mahnung mit, dass auf die vorhandenen Arztberichte nicht abgestellt werden könne. Unter Hinweis auf seine Mitwirkungs- und Meldepflicht hielt sie an der Begutachtung fest und räumte ihm erneut eine 30-tägige Frist ein, um der Begutachtung zuzustimmen. Der Versicherte liess jedoch mit Schreiben vom 30. Januar 2017 (IV-act. 172, S. 2 - 4) lediglich seine bereits vorgebrachten Argumente wiederholen und am 10. Februar sowie am 3. März 2017 die Berichte der Dres. med. Dd._____ und Ff._____ nachreichen, aufgrund welcher sich keine Reiseunfähigkeit ableiten lässt (IV-act. 175, 177, 180 f.). Eine Zustimmung zur Begutachtung blieb jedoch aus.

E. 4.2

Aus dem in den Akten liegenden Schriftenwechsel ergibt sich zusammengefasst, dass die Vorinstanz ein rechtsgenügendes Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt hat. Da in den Akten keine Hinweise dafür bestehen, dass der Beschwerdeführer aus objektiven medizinischen Gründen nicht in der Lage sein sollte, in die Schweiz zu reisen (vgl. E. 5.6.2), ist er seiner Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise nicht nachgekommen. Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz das Verhalten des Beschwerdeführers zu Recht als schuldhaftes Verletzung der Mitwirkungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG gewertet und demzufolge androhungsgemäss aufgrund der vorhandenen (unvollständigen) Akten

entschieden. Da keine der Rechtsprechung genügenden medizinischen Berichte im Recht liegen, ist der medizinische Sachverhalt nicht vervollständigt und ein Leistungsanspruch im Rahmen der Rentenprüfung nicht feststellbar. Die Folgen dieser Beweislosigkeit hat aufgrund der Verletzung der Mitwirkungspflicht der Beschwerdeführer zu tragen (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b; Urteil des BGer 8C_663/2009 vom 27. April 2010 E. 2.2).

E. 5

Der Versicherte liess beschwerde- und replikweise geltend machen, die Vorinstanz habe unverhältnismässig gehandelt, indem sie ihn mehrmals - ohne die Verbesserung seines Gesundheitszustandes abzuwarten und einen neuen Termin anzusetzen - gemahnt habe, obwohl er grundsätzlich zur Teilnahme an einer Begutachtung bereit gewesen sei. Mit Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung wurde zudem geltend gemacht, dass die Vorinstanz allfällige Leistungen höchstens vorübergehend hätte verweigern dürfen, da sich die Sanktion nur auf die Zeitspanne beziehen könne, während der die Mitwirkungspflicht verweigert worden sei. Spätestens im März 2017 sei der Beschwerdeführer einer Mitwirkungspflicht jedoch vollumfänglich nachgekommen, weshalb die gänzlich Abweisung seines Leistungsgesuchs spätestens dann hätte wiedererwogen werden müssen. Ausserdem hätte die Vorinstanz spätestens am 21. März 2017, als er sich der Begutachtung vorbehaltlos zu Verfügung gestellt habe, die angefochtene Verfügung wiedererwägungsweise aufheben müssen.

E. 5.1

Der Beschwerdeführer liess in seinem Schreiben vom 10. November 2016 (IV-act. 142) ausführen, dass ihm längere Reisen aufgrund seines Gesundheitszustands aktuell nicht zumutbar seien und setzte der Vorinstanz eine Frist bis zum 21. November 2016, um ihn über das weitere Vorgehen zu informieren. Am 23. November 2016 erkundigte er sich telefonisch über den Stand des Verfahrens, woraufhin ihm mitgeteilt wurde, dass der ärztliche Dienst in der Regel zwei bis drei Monate für eine Stellungnahme brauche. Der zuständige Kundenbetreuer habe vermerkt, dass die Angelegenheit dringlich sei (IV-act. 154). In der Folge gab Dr. G. _____ bereits am 26. November 2016, nach Einsicht in die Unterlagen, eine Stellungnahme ab; die Mahnung erfolgte sodann am 6. Dezember 2016 (IV-act. 155 f.). Der Vorinstanz kann nun nicht vorgeworfen werden, sie habe rechtswidrig gehandelt, indem sie die Sache rasch an die Hand genommen hat, denn der Beschwerdeführer selbst hat während des Abklärungsverfahrens eine Dringlichkeit dargetan. Ausserdem war es für die Vorinstanz nicht absehbar, dass sich der Beschwerdeführer lediglich 23 Tage nach Erlass der Verfügung zur Mitwirkung an der Begutachtung bereit erklären würde; dies, obwohl aus den eingereichten Unterlagen keine Verbesserung, sondern eher eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erkennbar ist.

E. 5.2

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Vorinstanz hätte Leistungen nur vorübergehend verweigern dürfen, kann er ebenfalls nicht gehört werden. Er hat seine Mitwirkung anlässlich der Erstanmeldung zum Bezug von Leistungen aus der Invalidenversicherung verweigert, weshalb - im Gegensatz zur dauerhaften Leistungseinstellung wegen einer Mitwirkungspflichtverletzung im Rahmen eines Rentenrevisionsverfahren - es ohne Weiteres als sachgerecht erscheint, die später erklärte Bereitschaft, an der bidisziplinären Begutachtung teilzunehmen, als Neuanmeldung zu betrachten (BGE 139 V 585 E. 6.3.7.4; vgl. dazu auch betr. Erstanmeldung vgl. Urteile des

BGer 9C_994/2009 vom 22. März 2010 E. 5.1, I 183/87 vom 20. Juli 1987 E. 1b zu aArt. 31 Abs. 1 IVG; betr. Revisionsverfahren vgl. BGE 139 V 585 E. 6.3.7 und E. 6.3.8, Urteile des BGer 9C_244/2016 vom 16. Januar 2017 E. 3.3, 8C_733/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 5.6). Bei dieser Ausgangslage ist unerheblich, ob die Eingabe des Versicherten vom 21. März 2017 als Wiedererwägungsgesuch aufzufassen gewesen wäre. Die Vorinstanz wäre ohnehin nicht zu einer Wiedererwägung verpflichtet gewesen; eine solche fällt ausschliesslich in das Ermessen der Versicherungsträgerin (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 133 V 50 E. 4.2.1 S. 54).

E. 6

Nach dem vorstehend Dargelegten ist die Beschwerde vom 8. März 2017 gegen die Verfügung vom 27. April 2017 als unbegründet abzuweisen.

E. 7

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 7.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind vorliegend auf Fr. 800.- festzusetzen und werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen (Art. 63 Abs. 1 VwVG).

E. 7.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 VGKE e contrario).

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