

# **BVGer C-3981/2016 vom 14. November 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-11-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3981\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3981_2016)

FR: TAF C-3981/2016 du 14 novembre 2018

IT: TAF C-3981/2016 del 14 novembre 2018

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 19. Mai 2016 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

### **E. 1.4**

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG).

## **E. 2**

Der Beschwerdeführer ist kroatischer und bosnischer Staatsangehöriger und lebt in Kroatien, welches seit dem 1. Juli 2013 Mitglied der Europäischen Union ist. Am 17. Juni 2016 hat das Schweizer Parlament das Protokoll III genehmigt. Dieses ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Damit wurde das Abkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) auf Kroatien ausgedehnt. Vorliegend ist indessen für die Bestimmung der anwendbaren rechtlichen Bestimmungen der frühere Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2016 massgebend. Daher ist für die Beurteilung der vom Beschwerdeführer erhobenen Beschwerde auf das bis Ende Jahr 2016 gültige Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit vom 9. April 1996 (SR 0.831.109.291.1; im Folgenden:

Sozialversicherungsabkommen) abzustellen. Nach Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 2 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist (vgl. Art. 29 Abs. 4 IVG). Bestimmungen, die hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente von dem in Art. 4 des Abkommens aufgestellten Grundsatz der Gleichstellung der jeweiligen Staatsangehörigen abweichen, finden sich weder im Abkommen selbst noch in den seither getroffenen schweizerisch-kroatischen Vereinbarungen. Demnach bestimmt sich vorliegend der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ausschliesslich nach dem schweizerischen Recht. Nichts Abweichendes ergibt sich aus der bosnischen Staatsangehörigkeit.

### **E. 3.1**

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

### **E. 3.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 19. Mai 2016 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 3.3**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein, fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N. 2 f.).

### **E. 3.4**

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

Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 3.5**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

### **E. 3.6**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 3.7**

Bei einem als erwerbstätig einzustufenden Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das dieser nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG). Die Verweisungstätigkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen, wobei es unerheblich ist, ob der Versicherte seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht.

### **E. 3.8**

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

### **E. 4.1**

Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

#### **E. 4.2**

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.). Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H.; vgl. aber das Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

#### **E. 4.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 m.H.) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 sowie 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 je m.H.). Diesen Anforderungen genügende Berichte regionaler ärztlicher Dienste (RAD) können einen vergleichbaren Beweiswert haben wie ein Gutachten (Art. 49 Abs. 2 IVV; BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

#### **E. 4.4**

Nicht auf eigene Untersuchungen beruhende RAD-Berichte (Art. 49 Abs. 3 IVV) können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Art. 59 Abs. 2bis IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV; vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Ein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung besteht mithin nicht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine relevante

Differenz besteht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 465 E. 4.6; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 N. 41 m.H.).

#### **E. 4.5**

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 ZGB) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität (BGE 139 V 547 E.8.1).

#### **E. 5**

Ängstlich-depressives Syndrom. Aus dem Arztbericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 14. Januar 2013, Internist, ergeben sich folgende Diagnosen: Refluxösophagitis gr. A, erosive Gastritis partim, Bulbitis/Duodenitis (act. 106.7; 133.43; B-act. 11.47). Dem Arztbericht vom 27. November 2013 von Dr. N. \_\_\_\_\_, Internist/Onkologe, lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: Status nach Hemikolektomie links IV bei Adenocarcinom (2009), Analfistel, hämorrhoidale Knoten Grad II-III, Incontinentio alvae (act. 106.16; 133.21; B-act. 11.53). Im Arztbericht vom 1. Juli 2014 von Dr. Aa. \_\_\_\_\_, Pneumologe, werden die Diagnosen Dyspnoe und Allergosis genannt (act. 106.24; 133.31; B-act. 11.64). Im Arztbericht vom 11. August 2014 von Dr. O. \_\_\_\_\_, Psychiater und Neurologe, werden ein Syndrom cervical und lumbal/sakral (L/S) chronisch, eine Radikulopathie C6-7 rechts und ein Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom rechts beschrieben (act. 106.40; 133.12; B-act. 11.66). Aus dem Arztbericht vom 24. Oktober 2014 von Dr. G. \_\_\_\_\_, Neurologie, ergeben sich die Diagnosen: Status post Hemikolektomie bei Darmkrebs, Organische Angststörung (F06.4; organisch bedingt), depressive Episode F32, chronisches Syndrom zervikal, zervikozephal und L5, Radikulopathie C6-8 rechts, Radikulopathie L5/S1 rechts, Status nach Stirnhöhlenfraktur rechts, posttraumatische Kopfschmerzen, Karpaltunnelsyndrom rechts und ostale (act. 106.44; 133.14). Dem Arztbericht vom 15. Dezember 2014 von Dr. K. \_\_\_\_\_, Chirurgie, lassen sich als Diagnosen entnehmen: Status nach Darmresektion bei Karzinom, Analfistel, Stuhlinkontinenz, hämorrhoidale Knoten gr. II-III (act. 106.13; 133.17; B-act. 11.69). Aus dem Kurzbericht vom 27. Januar 2015 von Dr. P. \_\_\_\_\_, Radiologie, lässt sich die Diagnose Radikulopathie M54.1 entnehmen (B-act. 11.72). Im Arztbericht vom 25. März 2015 von Dr. N. \_\_\_\_\_, Internist, werden folgende Diagnosen genannt: Status nach Hemikolektomie links nach Adenom (2009), Analfistel, hämorrhoidale Knoten Grad II-III, Stuhl- und Urininkontinenz, chronisches Syndrom lumbosakral, beidseitige Lumboischialgie (B-act. 11.75). Dem Verlaufsbericht vom 22. Februar 2016 von Dr. Q. \_\_\_\_\_, (...), lassen sich für den Zeitraum vom 12. Februar 2009 bis 22. Februar 2016 folgende medizinischen Feststellungen entnehmen: 19. Juli 2011: Gemäss Röntgenaufnahmen Halswirbelsäule wird ein radikulärer Konflikt im Bereich C4 attestiert. 24. Oktober 2011: Im Arztbericht des Physiaters ist die Rede von einem Lasègue positiv bei 60°. Kontrolle vom 12. Dezember 2011: Lasègue-Zeichen positiv bei 50°, eingeschränkte und schmerzhaftige Rotation der rechten Schulter. 14. Januar 2013: Gastroskopischer Befund mit Reflux ösophagitis gr. A, Gastritis partim erosiva, Bulbitis, Duodenitis. 22. Januar 2013: Miktion mit obstruktiven Störungen. 3. April 2013: Probleme mit ausbleibendem Stuhlgang. 23. September 2013: Miktion mit Nykturie 3-4x, Brennen beim Wasserlassen. 2. Oktober 2013: Schlechte Stuhlkontrolle, teilweise Inkontinenz, häufige hämorrhoidale Störungen. 27. November

2013: Stuhlinkontinenz, durchfallartige Stuhlgänge, mit Schmerzen und Brennen in der Analregion. 31. März 2014: Koloskopie: kein Hinweis auf M. Crohn oder Colitis (aber Pseudopolypen und Perianalfistel). 12. Mai 2014: Hinweis auf unregelmässigen Stuhlgang, manchmal durchfallartig. 18. Juni 2014: Bericht Physiater: Diskushernie C6/7, Lasègue bei 50° positiv. 11. August 2014: Gemäss Bericht treten Parästhesien im Dermatome C6 und C7 rechts auf. Radikulopathie C6 und C7 rechts. 23. Oktober 2014: chronische Nervenschädigung im Myotom S1 links, mässig in C7 rechts, L5 beidseits und S1 rechts. 15. Dezember 2014: zeitweise schleimiger Stuhlgang begleitet von Darmschmerzen vom Typ Koliken. 27. Januar 2015 Röntgen: Diagnose: Radikulopathie (M54.1). 11. Februar 2015: Bericht des Physiaters: Wurzelschädigung S1 beidseits links, Wurzelschädigung C7 rechts, Diskushernie C6/7, Lasègue positiv bei 55°. 25. März 2015: Bestätigung der Diagnose Stuhl- und Urininkontinenz.

### **E. 5.1**

Dem abweisenden Entscheid der Vorinstanz liegen zahlreiche umfassende Arztberichte seit Februar 2009 zugrunde. Für den vorliegenden Entscheid sind im Wesentlichen insbesondere folgende medizinischen Berichte zu berücksichtigen: Aus dem Austrittsbericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ in (...) vom 19. Februar 2009 ergibt sich Folgendes: Hemikolektomie (operative Teilentfernung von Abschnitten des Dickdarmes) am 12. Februar 2009 wegen Darmkrebs. Entlassung in gutem Zustand mit Nahtentfernung am 26. Februar 2009 (act. 27; 35; 90.4; 106.1; B-act. 11 B10; Übersetzung: act. 197.2) Im Arztbericht vom 10. November 2009 von Dr. E. \_\_\_\_\_, Gastroenterologie, wird als Diagnose aufgeführt: Status nach Resektion des Colon transversi bei Adenokarzinom, Neubildung Adenokarzinom (Dukes 3), rezidivierendes Neoplasma an Anastomose (operativ angelegte Verbindung zwischen zwei Darmenden) - Biopsie erfolgt, Polypen im aufsteigenden Darm - Polypektomie durchgeführt, chronische Prostatitis, Prostata-Adenom (gutartige Vergrösserung der Prostata), Infekt Urinsystem (B-act. 11 B18). Gemäss Begutachtung der IV-Kommission des kroatischen Versicherungsträgers vom 18. November 2010 liegen folgende Diagnosen vor: 1. Status nach Hemikolektomie links mit Anastomosis L-T wegen Adenokarzinom im Colon ascendens (C18.2) 2. Status nach linearer Fraktur der Stirnhöhle orbitae und laminae extern 3. Status nach Amputation des 2. und 3. Fingergliedes am Zeigefinger der linken Hand 4. Status nach Krampfader-Entfernung an den Hoden

### **E. 10**

August 2015: Lasègue positiv rechts bei 45° und links bei 60°. 22. Februar 2016: Durchfälle kommen sehr häufig vor (act. 252.1; Übersetzung: act. 264; B-act. 11 B5). Im Arztbericht vom 7. März 2016 von Dr. Q. \_\_\_\_\_, Spital R. \_\_\_\_\_, werden folgende Diagnosen genannt: Darmpolypen (K63.9), rezidivierende Perianalfistel, Unterernährung (E44.0), chronische Gastritis (K29.5), Incontinentia Alvi/Stuhlinkontinenz (R15.0), Urininkontinenz (R32.0), chronisches Cervicobrachial-syndrom (M53.1), Läsio Plexis Brachialis rechts (G64.0), chronisches Syndrom OLS (M54.5: Kreuzschmerz), Syndrom PHS/Periarthritis humeroscapularis (M75.9: Schulterläsion, nicht näher bezeichnet), Polyarthrose (M15.9), Diplopia (H53.2), Presbiopie (H52.43), Wirbelkörper-Hämangiom, Asthma, Contusio geni, Allergie ohne weitere Bezeichnung, Dyspnoe (R06.0), unspezifische Pneumonie (C18.4). Des Weiteren: Pulpitis, akute Sinusitis, Prostata-Hyperplasie, Cystitis, Dermatitis cetera, ängstlich depressive Störung gemischt, Vulnus lacerocantum capitis, Dorsalgie, Morbi disci intervertebralis, Strabismus alius, Zervikobrachial-Syndrom, bösartige Neubildung

des querverlaufenden Darms. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer arbeitsunfähig sei (act. 252.16; Übersetzung: act. 252.21; B-act. 11 B5).

6. 6.1 Der Beschwerdeführer beantragt die Aufhebung der IV-Verfügung vom 19. Mai 2016 und die Zusprechung mindestens einer halben IV-Rente. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung vom 19. Mai 2016 aufzuheben und ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Er rügt, die medizinischen Abklärungen seien weder schlüssig noch vollständig. Nachfolgend ist somit zu klären, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in gesundheitlicher Hinsicht in korrekter Weise erhoben und daraus sachgerechte Schlüsse gezogen hat. Anschliessend wird auf die Bewertung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Vorinstanz eingegangen.

6.2 Der Beschwerdeführer wurde vom 7. bis 8. Dezember 2015 durch die B. \_\_\_\_\_ AG in (...) begutachtet. Die Vorinstanz stützt die angefochtene Verfügung auf das erstellte Gutachten der B. \_\_\_\_\_ AG vom 20. Januar 2016 (act. 236) sowie auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes vom 28. Januar 2016 (act. 240) und 13. Mai 2016 (act. 266). Im Wesentlichen lässt sich dem Gutachten der B. \_\_\_\_\_ AG Folgendes entnehmen:

6.2.1 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. S. \_\_\_\_\_ hat ergeben, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gemäss DSM-5: 309.0 sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) genannt. Diese Leiden hätten weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine mittel- und/oder langfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Arbeitstätigkeit von mehr als 20% bei einem 100% Pensum zur Folge (act. 236 S. 32).

6.2.2 Das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2015 nennt als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit die Teilamputation Dig. II linke Hand, Daumenkuppenamputation links. Dies führe zu einer Arbeitsunfähigkeit von 10% in angestammter Tätigkeit als Parkettverleger. In adaptierter Tätigkeit - nach vorausgehender posttraumatischer Rehabilitation von ca. 6 Monaten sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (act. 236 S. 39). Aus den fachspezifischen Zusatzuntersuchungen ergibt sich Folgendes: Im Jahr 2014 habe eine Computertomographie stattgefunden mit Nachweis einer Discushernie C6/7, Uncarthrose C4/5 und Bulging der Bandscheibe L5/S1. In Röntgenaufnahmen vom 27. Januar 2015 sei eine beginnende Coxarthrose beschrieben worden. Untersuchungen des Handgelenks rechts am 7. Dezember 2015 seien ohne Befund gewesen. Die Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 7. Dezember 2015 zeige das Baastrup-Phänomen L1-S1. Insgesamt gebe es keine pathologischen Befunde an LWS und rechtem Handgelenk sowie keine objektivierbaren Beschwerden an der rechten Schulter. Der Zustand der linken Hand lasse keine feinmotorischen Tätigkeiten zu. Der Gebrauch der Stöcke sei nicht nachvollziehbar. Die Gummipuffer seien kaum gebraucht (act. 236 S. 35 ff.).

6.2.3 Aus dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. U. \_\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2015 ergibt sich, dass keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden eine funktionelle Hemihypästhesie rechts und ein Verdacht auf analgetikainduzierten Kopfschmerz genannt. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit wird aus neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (act. 236 S. 46).

6.2.4 Im radiologischen Arztbericht von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2015 wird folgende Beurteilung vorgenommen: Emphysematöser Lungenaspekt (Thorax), eine mässig interstitielle Pneumopathie, ansonsten alters- und habitus-entsprechend normaler kardiopulmonaler

Befund. Es liege eine geringe Degeneration der Intervertebralgelenke, Baastrup-Phänomen L1-S1 vor, keine Fraktur, keine tumorösen oder entzündlichen Osteo-Destruktionen. Es gebe keine Befunde beim rechten Handgelenk (act. 232). 6.2.5 Im pneumologischen Arztbericht von Dr. med. W. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2015 wird als Befund der Nachweis einer leichten bronchialen Hyperreagibilität erwähnt. Es liege jedoch keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wird allergisches Asthma bronchiale genannt. Aus pneumologischer Sicht bestehe damit keine Arbeitsunfähigkeit. In der früheren Tätigkeit als Plattenleger sei die Erkrankung Asthma bronchiale ungünstig. Eine berufliche Tätigkeit sollte ohne Noxen sein. Eine Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Plattenleger werde jedoch nicht attestiert (act. 234). 6.2.6 Aus dem onkologischen Arztbericht von Dr. med. X. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2015 ergibt sich, dass eine Tumornachsorge im Frühjahr 2015 geplant gewesen, jedoch nicht durchgeführt worden sei. Offen sei, ob ein Morbus Crohn oder eine Colitis ulcerosa als Ursache für die Analfistel vorliege. Aufgrund einer unauffälligen Kolonoskopie sei dies jedoch nicht sehr wahrscheinlich. Es liege ausserdem eine längere Rezidivfreiheit vor; dies schon seit über sieben Jahren. Es bestehe ein Restrisiko von 10-15% für ein Spätrezidiv. Eine tumor-assoziierte Fatigue sei wenig wahrscheinlich, da der Beschwerdeführer bereits vor der Operation müde und abgeschlagen gewesen sei. Aus onkologischer Sicht seien die Beschwerden nicht erklärbar. Die letzte Koloskopie vor sechs Monaten sei bis auf einen Polypen ohne pathologischen Darmbefund gewesen. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit aus onkologischer Sicht. Zu erwähnen bleibe jedoch, dass die Übersetzung der Arztberichte an vielen Stellen nicht ausreiche für eine suffiziente Beurteilung und zum Teil Verständigungsschwierigkeiten trotz Dolmetscher aufgetaucht seien (act. 235). 6.2.7 Die interdisziplinäre Beurteilung gemäss Gutachten vom 20. Januar 2016 ergibt als Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit die Teilamputation Dig. II linke Hand, Daumenkuppenamputation links und als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wird Folgendes genannt: Das Adenokarzinom der linken Kolonflexur (Stadium IIIb) bei Hemikolektomie links sowie Entfernung elf regionaler Lymphknoten (12.2.2009), bei Einleitung einer intravenösen adjuvanten Chemotherapie (04/2009; anamnestisch Abbruch des 1. Zyklus nach 4 von 5 geplanten Tagen), bei aktuell keinem Anhalt für ein Tumorrezidiv Perianale Fistel (DD: im Rahmen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung) Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (DSM-5: 309.0) Akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) Funktionelle Hemihypästhesie rechts Verdacht auf Analgetika-induzierten Kopfschmerz Leichte bronchiale Hyperreagibilität bei allergischem Asthma In der Gesamtbegutachtung wird bezüglich der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit festgestellt, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Parkettleger orthopädisch wegen eines linksseitig amputierten Zeigefingers und unter Berücksichtigung von fehlenden einschränkenden Befunden an der Lendenwirbelsäule und an der rechten Schulter auf ca. 10% geschätzt werde. Auch für adaptierte Tätigkeiten könne somatisch und psychiatrisch keine Einschränkung aufgrund objektiver Befunde formuliert werden. 6.3 In der Stellungnahme des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 28. Januar 2016 hält Dr. med. C. \_\_\_\_\_ fest, dass polydisziplinär keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Funktionelle Einschränkungen, welche berücksichtigt werden müssten, seien wechselnde Arbeitspositionen und das Heben von Gewichten bis max. 25 kg. Gemäss Gutachten bestehe jedoch keine Arbeitsunfähigkeit (act. 240). 6.4 In der Stellungnahme des

medizinischen Dienstes der IVSTA vom 13. Mai 2016 hält Dr. med. C. \_\_\_\_\_ fest, dass die lange Diagnoseliste von Dr. Q. \_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2016, ohne Angaben von objektiven Funktionseinschränkungen, keine Arbeitsunfähigkeit belege. Es würden auch keine weiteren Diagnosen genannt, welche in der Diagnoseliste des polydisziplinären Gutachtens nicht erwähnt seien (act. 266).

7. Das vorliegend zu beurteilende medizinische Dossier insgesamt, aber auch die hier zitierten medizinischen Akten erweisen sich als sehr umfangreich, aber auch unvollständig, was insbesondere für das Gutachten der B. \_\_\_\_\_ AG vom 20. Januar 2016 gilt. Im Folgenden wird aufgezeigt, welche Erkrankungen keiner weiteren Würdigung mehr bedürfen (E. 7.1) und in welcher Hinsicht das Gutachten als unvollständig erachtet wird und damit zu ergänzen ist (E. 7.2):

7.1 Keiner weiteren Würdigung bedarf es in Bezug auf folgende Diagnosen/Erkrankungen:

7.1.1 Gemäss onkologischem Arztbericht von Dr. med. X. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2015 werden chronische Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa differentialdiagnostisch erwähnt. Die letzte Kolonoskopie habe am 25. Mai 2015 stattgefunden. Es seien innerliche und äusserliche Hämorrhoiden beschrieben, der Darm hingegen sei bis zum Zökum ohne pathologischen Befund. Entsprechende fachärztliche Berichte haben eine Darmerkrankung wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa nie bestätigt. Aufgrund einer unauffälligen Kolonoskopie sei ein entsprechender Befund als unwahrscheinlich einzustufen. Lediglich eine diagnostizierte Gastritis ist den Akten zu entnehmen, welche jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Auf die gutachterliche Würdigung hinsichtlich der allfälligen Differentialdiagnosen Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa ist abzustellen (act. 235).

7.1.2 Hinsichtlich des Adenokarzinoms der linken Kolonflexur und einem allfälligen Rezidiv hält Dr. med. X. \_\_\_\_\_ im onkologischen Arztbericht vom 23. Dezember 2015 fest: Es sei eine Tumornachsorge im Frühjahr 2015 geplant gewesen. Diese sei jedoch nicht durchgeführt worden. Es liege eine längere, über siebenjährige Rezidivfreiheit vor und das Restrisiko betrage 10-15% für ein Spätrezidiv. Die Erkrankung sei stadiengerecht mit einer Hemikolektomie behandelt worden und mit anschliessender adjuvanter Chemotherapie, jedoch infolge Nicht-Tolerierens bereits im 1. Zyklus abgebrochen worden. Der Beschwerdeführer sei in regelmässiger onkologischer Nachsorge und gemäss Unterlagen rezidivfrei. Der Allgemeinzustand sei in den letzten Jahren stabil geblieben, ohne, dass eine Verbesserung oder Verschlechterung eingetreten sei. Aus onkologischer Sicht seien die geäusserten Beschwerden nicht erklärbar. Es liege kein Rezidiv vor und die letzte Kolonoskopie vor 6 Monaten sei ohne pathologischen Befund bis auf einen Polypen. Auch bezüglich einer tumor-assoziierten Fatigue müssen keine weiteren Abklärungen stattfinden. Eine solche sei wenig wahrscheinlich, da der Beschwerdeführer bereits vor der Operation müde und abgeschlagen gewesen sei. Möglicherweise liege eine Somatisierungsstörung im Rahmen einer psychiatrischen Grunderkrankung vor. Aus diesem Grund ist auf die gutachterliche onkologische Beurteilung abzustellen. (act. 235).

7.1.3 Im pneumologischen Arztbericht von Dr. med. W. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2015 wird zum Status festgehalten, dass normale Atemgeräusche, keine Nebengeräusche, reine Herztöne, keine Geräusche vorliegen würden. Ausserdem lägen normale statische wie dynamische Lungenvolumina vor mit normaler CO-Diffusionskapazität. Als Befund erhoben werde eine leichte bronchiale Hyperreagibilität. Diagnostiziert werde ein Asthma bronchiale ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Für das Vorliegen einer Pneumonie gibt es keine Befunde. Aus diesem Grund ist auf diese Beurteilung abzustellen (act. 234).

7.1.4 Die diagnostizierten Perianalfisteln haben gemäss zutreffender Würdigung des medizinischen

Dienstes der Vorinstanz mit Stellungnahme vom 22. November 2011 von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Onkologin/Hämatologin, keine eigenständigen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise lediglich insoweit, als sie im Rahmen der Stuhlinkontinenz eine Arbeitsunfähigkeit verursachen (E. 7.2.1). 7.1.5 Im neurologischen Teilgutachten von Prof. Dr. med. U.\_\_\_\_\_, vom 8. Dezember 2015 werden folgende Befunde erhoben: die Halswirbelsäule-Beweglichkeit sei endgradig eingeschränkt. Es gebe Verspannungen im Halswirbelsäulen- und Schultergürtelbereich vor. Das Aufrichten aus Rückenlage sei möglich. Ausserdem wird festgestellt, dass eine sensomotorische Polyneuropathie mit überzeugender Begründung nicht bestätigt werden könne. So hält Prof. Dr. med. U.\_\_\_\_\_ unter anderem fest, dass eine Polyneuropathie bei gut vorhandenem Muskeleigenreflex der Arme und Beine sowie regelrechter Pallästhesie von 7/8 beidseits nicht gesichert werden könne, jedoch sei eine funktionelle sensible Halbseitensymptomatik rechts mit streng mittellinienbegrenzter Gefühlsstörung erhoben worden. Eine motorische Parese liege nicht vor. Zusammenfassend sei bis auf eine funktionelle Sensibilitätsstörung rechts kein neurologischer pathologischer Befund zu beschreiben. Aus diesem Grund ist auf die gutachterliche Würdigung abzustellen (act. 236). 7.1.6 Des Weiteren konnte auch eine rezidivierende depressive Störung nicht bestätigt werden. Gemäss Teilgutachten Psychiatrie vom 8. Dezember 2015 von Dr. med. S.\_\_\_\_\_ wird der Beschwerdeführer als zeitlich, örtlich, autopsychisch und situativ voll orientiert beschrieben, keine mnestic oder kognitiv groben Auffälligkeiten, keine Konzentrationsabnahme während 70 Minuten. Er habe ein flüssig geordnetes und kohärentes formales Denken und eine leicht bis mittelgradig verminderte emotionale Belastbarkeit, eine verminderte Stress und Frustrationstoleranz. Es lägen keine inhaltlichen Denkstörungen vor, Zwänge und Rituale werden verneint, ebenfalls phobische Ängste oder Panikattacken. Es liege eine leicht gedrückte Grundstimmung vor, die Schwingungsfähigkeit sei weitgehend erhalten. Keine Deprimiertheit sowie Gefühllosigkeit. Der Antrieb sei nur schmerzbedingt eingeschränkt. Die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 seien aktuell nicht erfüllt. Es liege zwar eine Erschöpfung und eine gedrückte Stimmung vor. Eine Antriebsstörung mit Gedankendrängen, Grübeln, Konzentrationsstörungen, Interessenverlust oder innerer Leere sei nicht vorhanden. Aus diesem Grund gehe man diagnostisch von einer Anpassungsstörung aus. Aufgrund der zeitlichen Begrenzung von zwei Jahren sei von einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion nach DSM-5: 309.0 auszugehen. Es bestehe keine Angststörung oder Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Es würden narzisstische Persönlichkeitszüge mit reduzierten zwischenmenschlichem Einfühlungsvermögen, verminderter emotionaler Wärme und vermehrtem Geltungsdrang genannt. Einige wenige Verhaltensmuster würden vorliegen, jedoch nicht im Sinne einer voll ausgebildeten Persönlichkeitsstörung, aber es gebe Hinweise für akzentuierte Persönlichkeitszüge. Die vorhandenen körperlichen und physiologischen Befunde würden die Schmerzen nur zum Teil erklären. Es scheine, als seien die emotionalen Konflikte in den Körper verschoben. Aus diesem Grund liege eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren nach ICD-10 vor. Zusammenfassend lasse sich festhalten, dass eine rezidivierende depressive Störung nicht nachgewiesen werden könne. Die beschriebene Depression aus dem Jahre 2012 gründe auch auf eigenen Angaben. Es erfolgte ausserdem keine psychiatrische Behandlung und antidepressive Therapie. Aus diesem Grund ist auf die gutachterliche psychiatrische Beurteilung abzustellen. (act. 236). 7.2 Nicht von der Vorinstanz gewürdigt worden sind folgende Diagnosen sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 7.2.1 Im Arztbericht vom 27. Februar 2012 von Dr.

Y.\_\_\_\_\_, Pathologie, wird erstmals ein Verdacht auf Stuhlinkontinenz erwähnt (act. 106.6; 133.45; B-act. 11.41; Übersetzung: act. 141). Aus dem Arztbericht vom 3. Oktober 2013 von Dr. K.\_\_\_\_\_, ergibt sich ebenfalls eine Stuhlinkontinenz als Diagnose (act. 106.11; B-act. 11.52). Mit Arztbericht vom 27. November 2013 von Dr. N.\_\_\_\_\_ wurde unter anderem eine Incontinentio alvae als Diagnose aufgeführt (act. 106.16; 133.21; B-act. 11.53). Ebenso im Arztbericht von Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2014 und im Arztbericht von Dr. N.\_\_\_\_\_ vom 25. März 2015 sind Stuhl- und Urininkontinenz als Diagnosen aufgeführt (B-act. 11.75). Aus dem Verlaufsbericht von Dr. Q.\_\_\_\_\_ vom 22. Februar 2016 ergibt sich, dass mit Bericht vom 2. Oktober 2013 neben Stuhlinkontinenz auch durchfallartige Stuhlgänge beschrieben werden. Auch im Arztbericht von Dr. Q.\_\_\_\_\_ vom 7. März 2016 wird eine Incontinentia Alvi/Stuhlinkontinenz (R15.0) sowie eine Urininkontinenz (R32.0) bestätigt (act. 252.16; Übersetzung: act. 252.21; B-act. 11 B5). Am 12. Mai 2014 liegen Hinweise auf unregelmässigen Stuhlgang, manchmal durchfallartig vor. Auch am 15. Dezember 2014 ergeben sich Hinweise auf zeitweise schleimigen Stuhlgang, begleitet von Darmschmerzen vom Typ Kolik. Im Bericht vom 22. Februar 2016 wird festgestellt, dass Durchfälle sehr häufig vorkommen (act. 252.1; Übersetzung: 264; B-act. 11 B5). Aus den Akten lässt sich somit entnehmen, dass insbesondere seit spätestens Oktober 2013 eine Problematik hinsichtlich der Stuhlinkontinenz vorliegt, welche sich in Form von durchfallartigen Anfällen bis hin zu Koliken äussert. Das Gutachten der B.\_\_\_\_\_ AG vom 20. Januar 2016 nimmt keinerlei Bezug auf die Stuhl- und Urininkontinenz. In der Folge wird auch nicht beurteilt, inwiefern die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Zimmermann/Plattenleger oder eine Verweistätigkeit durch die Stuhl- und Urininkontinenz beeinträchtigt wird. Das Gutachten ist insoweit als unvollständig zu betrachten.

7.2.2 Die Würdigung im Gutachten der B.\_\_\_\_\_ AG vom 20. Januar 2016 erweist sich ebenfalls in Bezug auf das erwähnte Zervikal- und Lumbalsyndrom als unvollständig. Im orthopädischen Bericht vom 28. September 2006 von Dr. Z.\_\_\_\_\_ wird erstmals eine Radiculopathie lumbosacralis als Diagnose aufgeführt (act. 30.2; 90.16; Übersetzung: act. 190). Im Jahre 2012 wurden aus neurologischer Sicht keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt jedoch werden ab August 2014 in mehreren Berichten radikulopathische Auswirkungen beschrieben. Im Arztbericht vom 11. August 2014 von Dr. O.\_\_\_\_\_, Psychiater und Neurologe, wird eine Radikulopathie, C6-7 rechts, als Diagnose aufgeführt (act. 106.40; 133.12; B-act. 11.66). Auch im Arztbericht vom 24. Oktober 2014 von Dr. G.\_\_\_\_\_, Neurologie, wird eine Radikulopathie C6-8 rechts und eine Radikulopathie L5/S1 rechts diagnostiziert (act. 106.44; 133.14). Aus dem Kurzbericht von Dr. P.\_\_\_\_\_, Radiologie, vom 27. Januar 2015 lässt sich die Diagnose "M54.1 Radikulopathie" ebenfalls entnehmen (B- act. 11.72). Trotz dieser Diagnosen und Hinweise auf radikulopathische Auswirkungen wurden diese im Rahmen der neurologischen Begutachtung vom 8. Dezember 2015 von Prof. Dr. U.\_\_\_\_\_ nicht erwähnt und nicht gewürdigt (act. 236 S. 52).

7.2.3 Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen gemäss Teilgutachten der B.\_\_\_\_\_ AG vom 7. und 8. Dezember 2015 wurden in der Gesamtwürdigung nicht korrekt berücksichtigt. Mit Blick auf die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Zimmermann/Plattenleger wurde dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10% und aus psychiatrischer Sicht eine 20% Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert. In der interdisziplinären Würdigung wurde dem Beschwerdeführer jedoch keine wesentliche Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit attestiert. Diese abweichende Einschätzung erfolgte ohne Begründung (act. 236).

7.2.4 Diese

Vorbehalte führen dazu, dass weitere ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind und - je nach Ergebnis der ergänzenden medizinischen Abklärungen - allenfalls angepasste Verweistätigkeiten sowie die Auswirkungen auf die Erwerbssituation zu prüfen sind. 7.3 Das Gutachten der B. \_\_\_\_\_ AG vom 20. Januar 2016 ist damit in Teilaspekten unvollständig und so nicht nachvollziehbar. Das Gutachten hat somit als Beweismittel im vorliegenden Verfahren nur beschränkten Beweiswert. Es hat deshalb eine ergänzende Prüfung der genannten Aspekte gemäss E. 7.2 durch die B. \_\_\_\_\_ AG, nötigenfalls unter Einholen ergänzender Berichte durch die behandelnden Fachärzte und nochmaliger Untersuchung des Beschwerdeführers in der Gutachterstelle, zu erfolgen. Im Rahmen der ergänzenden Abklärungen wird ausserdem zu prüfen sein, ob bezüglich der Amputation des 2. und 3. Fingergliedes, wie zum Beispiel hinsichtlich feinmotorischer Arbeiten sowie bezüglich der beidseitigen Schwerhörigkeit weitere funktionelle Einschränkungen bestehen.

8. 8.1 Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt auch nach neuerer Rechtsprechung möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügbaren abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege (BGE 137 V 210 E. 4.2).

8.2 Es liegen die medizinischen Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 28. Januar 2016 und vom 13. Mai 2016 im Recht. Diese stützen sich insbesondere auf das polydisziplinäre Gutachten der B. \_\_\_\_\_ AG vom 20. Januar 2016. Da das Gutachten der B. \_\_\_\_\_ AG jedoch gemäss E. 7.2 und 7.3 hinsichtlich der Stuhl- und Urininkontinenz wie auch bezüglich des Zervikals- und Lumbalsyndroms unvollständig ist und sich diesbezüglich auch nicht mit den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auseinandersetzt und ausserdem bei allfällig zu beachtenden Verweistätigkeiten ergänzend die funktionellen Einschränkungen wegen der Fingeramputation des 2. und 3. Fingergliedes sowie der beidseitigen Schwerhörigkeit zu beachten sind, ist die Angelegenheit zur Vornahme ergänzender medizinischer Abklärungen durch die B. \_\_\_\_\_ AG an die Vorinstanz zurückzuweisen. 8.3 Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer ergänzender Abklärungen und anschliessendem Erlass eines neuen Entscheids an die Vorinstanz zurückzuweisen ist (Art. 61 Abs. 1 VwVG). Es sind keine Gründe ersichtlich, die der Rückweisung der Sache zur weiteren ergänzenden Abklärung an die IVSTA entgegenstehen würden, zumal vorliegend eine ergänzende Beurteilung durch die Gutachterstelle (allenfalls unter ergänzender Begutachtung des Beschwerdeführers) zu einer erstmals abzuklärenden gesundheitlichen Einschränkung vorzunehmen ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Der Antrag des Beschwerdeführers, es sei ein gerichtliches Gutachten in Auftrag zu geben, ist bei dieser Sachlage abzuweisen.

9. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 9.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da der Beschwerdeführer obsiegt und ihm überdies mit Zwischenverfügung vom 4. Oktober 2016 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, sind ihm keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 9.2 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 eingereichte Kostennote vom 30. November 2016 beschreibt einen Aufwand von Total Fr. 1'928.15. Der Betrag setzt sich zusammen aus dem Honorar in der Höhe von 9.27 Stunden à Fr 200.- und Auslagen von Fr. 74.15. Das Bundesverwaltungsgericht erachtet - unter Berücksichtigung des notwendigen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Beschwerdeverfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochene Entschädigung - diese Parteientschädigung von Fr. 1'928.15 (inkl. Auslagen, ohne MwSt) als angemessen.

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