

BVGer C-6141/2016 vom 14. Februar 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-02-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6141_2016

FR: TAF C-6141/2016 du 14 février 2018

IT: TAF C-6141/2016 del 14 febbraio 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist 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 [SR 172.021]; 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, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger in B._____ erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in M._____ (Österreich), wo er heute noch lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle St. Gallen für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 3

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 5. September 2016, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründender Invalidität abgelehnt hat. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 4

Zunächst sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden rechtlichen Bestimmungen darzulegen.

E. 4.1

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger und lebt in Österreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung hat, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 4.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 5. September 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (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 BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingegangenen medizinischen Unterlagen datieren teilweise erst nach dem massgebenden Stichtag. Nachdem diese Berichte mit dem vorliegenden Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen, können sie nachfolgend berücksichtigt werden, soweit sie den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum vorliegend massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung umschreiben. Bezüglich einer allfälligen, seither ergangenen Veränderung (insbesondere Verschlechterung) seines Gesundheitszustands ist der Beschwerdeführer demgegenüber auf den Weg der Neuanschuldung bei der Verwaltung zu verweisen.

E. 4.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, 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 5. September 2016 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für

die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 5

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer invalid im Sinne des Gesetzes ist.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 5.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Eine

Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Staatsangehörige sowie Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft, denen bei einem Invaliditätsgrad ab 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft Wohnsitz haben.

E. 5.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 m.w.H.). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

E. 5.5

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 strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 5.6

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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc m.w.H.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten

(vgl. dazu Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 5.7

Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (E. 5.5) vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (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 von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4). Ein Parteigutachten besitzt demgegenüber nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351) oder zumindest weitere Abklärungen angezeigt sind (vgl. Urteil des BGer 8C_412/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 4.2). Berichte behandelnder 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 ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 6

Die Vorinstanz hat sich in der angefochtenen Verfügung primär auf die Beurteilung des RAD gestützt.

E. 6.1

Dr. med. C._____ des RAD erklärte am 3. Juni 2015, er könne mangels Arbeitgeberfragebogens keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit machen. In einer die Halswirbelsäule nicht wesentlich belastenden Tätigkeit sei der Versicherte ab dem 1. Juni 2015 zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 18). Nach Eingang des Arbeitgeberfragebogens vom 4. Juni 2015 sowie weiterer medizinischer Unterlagen hielt der RAD am 8. Juni 2015 fest, es sei bei regelhaftem Verlauf zu erwarten, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Schweisser/Schlosser wieder voll arbeitsfähig werde. So habe er bereits nach der früheren Bandscheibenoperation der Lendenwirbelsäule (des Jahres 2000/2001) seine bisherige Tätigkeit wieder jahrelang voll ausgeübt. Im Falle einer Kur/REHA-Massnahme im Juni 2015 bestünde während dieser Zeit eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 22). Mit Stellungnahme vom 2. Juli 2015 hielt Dr. med. C._____ fest, der Versicherte habe gemäss dem neu eingegangenen Bericht des Kurzentrums N._____ das am 24. Mai 2015 begonnene Heilverfahren am 8. Juni 2015 abgebrochen. Die Verspannungen und die Beweglichkeit hätten sich während des Kurverfahrens eher verschlechtert. Während des stationären Heilverfahrens sei der Versicherte als 100 % arbeitsunfähig einzustufen. Ansonsten ergäben sich keine neuen Erkenntnisse, die zu einer Änderung der bisherigen Einschätzung führten (IV-act. 29). In seiner Stellungnahme vom 18. September 2015 hielt Dr. med. C._____ aufgrund der

Unterlagen zu der am 5. August 2015 beim Versicherten durchgeführten Operation mittels vorderer Fusion C5/C6 mit Cage-Intervention (Arztbrief und Operationsbericht von Dr. med. O._____) fest, die Operation sei aufgrund eines hartnäckig vorhandenen Schmerzbandes im Bereich C6, mehr links als rechts, bei der Operationsdiagnose zervikaler Bandscheibenvorfall C5/C6 mit Wurzelkompressions-Symptomatik C6, mehr links als rechts, durchgeführt worden. Aufgrund der Operation sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 6. November 2015 nachvollziehbar. Sollte anschliessend wider Erwarten noch eine Arbeitsunfähigkeit bestehen, müsste diese mit ausführlichen, klinisch objektivierbaren Befunden begründet werden (IV-act. 47). Am 26. November 2015 befand Dr. med. C._____, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch Dr. med. F._____ bis zum 13. Januar 2016 lasse sich aufgrund der recht dürftigen Angaben des behandelnden Arztes nicht hinreichend plausibel nachvollziehen. Dr. med. F._____ begründe die Arbeitsunfähigkeit mit Schmerzen. Dieser sei darauf hinzuweisen, dass Schmerzen für sich alleine genommen in der Schweiz aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht versichert seien (IV-act. 67). In seiner Stellungnahme vom 28. Januar 2016 ergänzte Dr. med. C._____ aufgrund der neu eingegangenen medizinischen Unterlagen (Gutachten von Dr. med. D._____ vom 14. Oktober 2015, Arztbericht [Formular E 213] von Dr. med. K._____ vom 9. Dezember 2015, MRI-Befund-Schädel vom 18. Januar 2016 sowie die Sprechstundeneinträge vom 14. Oktober 2014 bis zum 20. Januar 2016 von Dr. med. F._____), die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Hausarztes Dr. med. F._____ sei ohne eine körperliche Untersuchung allein aufgrund der subjektiv vorgetragenen Beschwerden ausgestellt worden. Falls sich bei der folgenden Untersuchung durch den Operateur Dr. med. O._____ keine wesentlichen neuen Erkenntnisse ergeben sollten, sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Die Tätigkeit als Schweisser sei dem Versicherten wohl auf Dauer nicht mehr zuzumuten (IV-act. 89). Am 23. März 2016 erklärte Dr. med. C._____ aufgrund eines Berichtes von Dr. med. P._____ vom 1. März 2016, eines CT-Befunds der Halswirbelsäule vom 15. März 2016 sowie eines Berichtes von Dr. med. O._____ vom 12. Februar 2016, es stehe eine weitere Operation im Raum. Gemäss E-Mail vom 12. März 2016 habe der Versicherte die Unterlagen dem Orthopäden Dr. med. E._____ übergeben. Es sei deshalb der Bericht von Dr. med. E._____ einzuholen. Zunächst sei die Einschätzung der vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten beruflichen Tätigkeit sowie der vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten beruflichen Tätigkeit zu bestätigen (IV-act. 99). Nach Eingang des Gutachtens von Dr. med. E._____ vom 8. März 2016 hielt Dr. med. C._____ in seiner Stellungnahme vom 19. April 2016 fest, dieses aktuelle Gutachten sei sowohl hinsichtlich der Diagnosen als auch hinsichtlich der Kriterien für eine leidensangepasste Tätigkeit respektive der nicht mehr zumutbaren Tätigkeiten vollumfänglich nachvollziehbar. Es bleibe deshalb bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten beruflichen Tätigkeit als Schweisser und einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten beruflichen Tätigkeit. Weitere medizinische Unterlagen müssten nicht eingeholt werden (IV-act. 110). Mit Stellungnahme vom 27. Juni 2016 beurteilte Dr. med. C._____ die mit dem Einwand des Beschwerdeführers neu eingegangenen MRT der Lendenwirbelsäule und der rechten Schulter je vom 24. Mai 2016. Die Berichte der Bildgebung belegten keine Veränderung des Gesundheitszustands. Gemäss dem Gutachten von Dr. med. E._____ vom 8. März 2016 würden sich die Behinderungen vorwiegend von Seiten der Halswirbelsäule und der rechten Schulter ergeben. Diese seien bereits in die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten beruflichen Tätigkeit eingeflossen,

weshalb die neue Bildgebung nichts an dieser ändere. Es sei deshalb an der bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit festzuhalten (IV-act. 127). In seiner Stellungnahme vom 22. November 2016 hielt Dr. med. C. _____ schliesslich zu dem im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Audiogramm von Dr. med. I. _____ vom 27. September 2016 fest, die darin nachgewiesene Einschränkung des Hörvermögens erfordere lediglich die Erweiterung der medizinischen Kriterien für eine leidensangepasste Tätigkeit um die Aussage, dass dem Versicherten keine Tätigkeiten mehr zumutbar seien, welche ein volles Hörvermögen erforderten (IV-act. 148).

E. 6.2

Aus den vorangehend dargelegten Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. C. _____ ist zu entnehmen, dass dieser für seine Beurteilung des Gesundheitszustands sowie insbesondere der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hauptsächlich auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 8. März 2016 abgestellt hat (vgl. z.B. IV-act. 110). Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, stellte im orthopädischen Gutachten an das Landesgericht Feldkirch vom 8. März 2016 (IV-act. 146 S. 6-12) die nachfolgenden Diagnosen: chronisches Halswirbelsäulensyndrom bei Zustand nach DH C5/C6; Zustand nach Halswirbelsäulenoperation mit Cageimplantation C5/C7; hochgradige Neuroforamenstenose C5/C6 rechts, mässig bis höhergradig C5/C6 links; Spondylarthrose stärkeren Grades zwischen C2-C4; leichte Neuroforamenstenose C6/C7 linksbetont, C4/C5 links und C3/C4 rechts; Pseudoarthrose im Segment C5/C6; chronisches Lendenwirbelsäulensyndrom bei Osteochondrose L5/S1; Zustand nach Bandscheibenoperation L5/S1; AC-Arthrose rechts; Impingementsyndrom rechte Schulter. Insgesamt ergäben sich Behinderungen vorwiegend von Seiten der Halswirbelsäule und der rechten Schulter. Im Segment C5/C6 lägen Neuroforamenstenosen vor, die rezidivierende Kribbelparästhesien in den radialen drei Fingern auslösten. Die Einklemmungssymptomatik an der rechten Schulter erlaube keine andauernden Arbeiten über Kopfhöhe. Unter Berücksichtigung des bestehenden Gesundheitszustands könne der Versicherte seit dem 1. August 2015 unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses noch überwiegend leichte Arbeiten, im Gehen, Stehen und Sitzen mit Wechsel der Körperhaltung für fünf Minuten pro Stunde verrichten, bevorzugt in geschlossenen Räumen, während acht Stunden täglich sowie ohne längere als die üblichen Unterbrechungen. Zu vermeiden seien mittelschwere und schwere Arbeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, Nässe- und Kälteexposition, Zugluft, Fliessbandtätigkeit, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten mit häufigem Überstrecken der Halswirbelsäule und Arbeiten mit häufigen Rotationsbewegungen der Halswirbelsäule. Die Arbeiten seien unter durchschnittlichem Zeitdruck möglich. Es bestünden keine Einschränkungen bezüglich Anmarschweg zur Arbeitsstätte, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder medizinische Gründe gegen Pendeln und Wohnsitzverlegung. Aus orthopädischer Sicht könne eine Verbesserung der Situation nur durch eine Revision im Segment C5/C6 mit Erweiterung der Neuroforamina und Knochenanlage erzielt werden. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands und der Leistungsfähigkeit könne nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

E. 6.3

Neben dem Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 8. März 2016 liegt in den vorinstanzlichen Akten ein weiteres (älteres) Gutachten des Jahres 2015, welches die Pensionsversicherungsanstalt Landesstelle Vorarlberg bei Dr. med. D. _____ zur

Beurteilung des Antrags des Versicherten auf Gewährung einer Invaliditätspension eingeholt hat. Im Gutachten vom 14. Oktober 2015 führte Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, als Diagnosen die ICD-10-Codes M53.1 (sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens), M51.2 (sonstige Bandscheibenschäden), I10 (essentielle primäre Hypertonie) und E78.0 (Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien) auf. Hauptursache der Minderung der Arbeitsunfähigkeit seien eine Zervikobrachialgie links bei Zustand nach zweimaliger Halswirbelsäulenoperation (vordere Fusion C6/C7 im Februar 2015 und vordere Fusion C5/C6 im August 2015) sowie eine Lumboischialgie rechts bei Zustand nach zweimaliger Bandscheibenoperation L4/L5 (2001 und 2002). Als weitere Leiden erwähnte Dr. med. D._____ eine arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie sowie einen Zustand nach Arterienverschluss am Oberschenkel rechts mit Lyse 2010. Die beim Versicherten vorliegende linksseitige Zervikobrachialgie strahle in die Finger drei bis fünf links aus. Die Halswirbelsäule sei in allen Ebenen deutlich eingeschränkt. Die Muskelkraft im Bizeps- und Trizepsbereich links sei nur sehr diskret herabgesetzt. Die Sensibilität sei unauffällig. Es bestünden ausserdem belastungsabhängige Lumbalgien mit gelegentlicher Ausstrahlung ins rechte Bein sowie ein permanentes Taubheitsgefühl im Bereich des Unterschenkels und der Zehen rechts, vor allem der Zehen drei bis fünf rechtsseitig. Diesbezüglich zeige sich eine herabgesetzte Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit vor allem in Inklinationsrichtung, allerdings liege kein peripher umschriebenes neurologisches Defizit, mit Ausnahme der bestehenden Taubheit am Unterschenkel und der Zehen rechtsseitig, vor. Es seien dem Versicherten zusammenfassend permanent leichte, fallweise mittelschwere körperliche Belastungen zumutbar. Einschränkungen bestünden bezüglich der Arbeitshaltung, der Höhenexposition, der Hebe- und Trageleistung, gegenüber Zwangshaltungen und der Exposition von Kälte und Nässe. Unter diesen Voraussetzungen sei der Versicherte vollschichtig arbeitsfähig. Die üblichen Pausen seien ausreichend. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands sei nicht zu erwarten (IV-act. 86 S. 1-5).

E. 6.4

Daneben liegen in den vorinstanzlichen Akten die nachfolgenden weiteren medizinischen Unterlagen.

E. 6.4.1

Im Befundbericht vom 28. Oktober 2014 berichtete Dr. med. L._____, der Versicherte sei ihm aufgrund eines hochgradigen Verdachts auf diskogene Wurzelirritation C6/C7 links mit Hypästhesie in der mittleren Handfläche sowie am Daumen links zugewiesen worden. Er habe ein MRT der Halswirbelsäule durchgeführt. Dieses habe mässige Osteochondrosen mit Begleitspondylosen, Protrusionen und Unkarthrosen C5-C7 mit absoluter linksbetonter Spinalkanalstenosierung C6/C7, deutlicher Neuroforamenstenosierung C6/C7 links und C5/C6 beidseits sowie mässig bis deutlich C6/C7 rechts gezeigt. Daneben lägen bei der proximalen Halswirbelsäule multisegmentale, teils deutliche Spondylarthrosen, punctum maximum und gering aktiviert im Bereich C4/C5 links vor, gleichfalls wie mehrsegmentale leichte bis mässiggradige Neuroforamenengen. Es habe sich keine Myelopathie gezeigt (IV-act. 2).

E. 6.4.2

Im Befundbericht vom 22. Dezember 2014 berichteten Prim. Dr. med. Q._____, Leiter der unfallchirurgischen Abteilung, und Dr. med. R._____ über die stationäre Behandlung

des Versicherten vom 18. Dezember 2014 bis zum 19. Dezember 2014 im Landeskrankenhaus S._____. Sie stellten die Diagnose Sulcus nerv. ulnaris Syndrom links sowie die Nebendiagnosen Cervicobrachialgie links und Zustand nach embolischem Verschluss der Art. femoralis re. Am 18. Dezember 2014 habe Prim. Dr. med. Q.____ eine Neurolyse des Nervus Ulnaris in Plexusanästhesie durchgeführt. Der peri- und postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Der Versicherte habe am 19. Dezember 2014 mit passender Oberarmgipshülse, bei blanden Wundverhältnissen und freier Peripherie sowie völlig schmerzfrei, in die häusliche Pflege entlassen werden können. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 18. Januar 2015 (IV-act. 20 S. 7).

E. 6.4.3

Die Fachärzte für Neurochirurgie Univ. Doz. Dr. med. T.____ und Dr. med. O.____ sowie die Sekundärärztin Dr. med. U.____ berichteten in einem undatierten Bericht über die stationäre Behandlung des Versicherten vom 25. Februar 2015 bis zum 28. Februar 2015, unter Angabe der Diagnose sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung C6-C7 mit Cageimplantation. Als Therapie sei eine ventrale Dekompression C6-C7 mit Cageimplantation durchgeführt worden. Sie beschrieben einen komplikationslosen postoperativen Verlauf (IV-act. 3).

E. 6.4.4

Im Arztbericht vom 21. April 2015 (zu Händen der AXA Winterthur Versicherung AG) stellte Prim. Dr. med. Q.____ die Diagnose Sulcus Nervus Ulnaris Syndrom links. Er habe den Versicherten am 18. Dezember 2014 mittels proximaler Neurolyse des Nervus ulnaris links behandelt. Er verneinte einen Unfall als Ursache der Beschwerden (Fremdakten SVA St. Gallen, act. 1 S. 4).

E. 6.4.5

Gemäss dem Bericht des Kurarztes Dr. med. V.____ vom 15. Juni 2015 wurde beim Versicherten in der Zeit vom 24. Mai 2015 bis zum 8. Juni 2015 ein Heilverfahren im Kurzentrum N.____ GmbH durchgeführt. Der Versicherte sei vor einigen Wochen bei C6/C7 linksseitig infolge eines Bandscheibenvorfalles operiert worden. Das Hauptproblem seien nach wie vor Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule. Nach der Bandscheibenoperation sei das Liegen in der Nacht noch schmerzhaft. Die arterielle Hypertonie sei medikamentös eingestellt worden. Ein langjähriger Nikotinabusus dürfte den Arterienverschluss im rechten Bein verursacht haben. Als Behandlungsdiagnosen führte Dr. med. V.____ eine arterielle Hypertonie, einen Zustand nach DP-Operation lumbal vor 15 Jahren sowie einen Zustand nach C6/C7 Operation dJ, Claudicatio intermittens bei PAVK und langjährigem Nikotinabusus auf. Die Zwischenuntersuchung vom 3. Juni 2015 habe ergeben, dass die Halswirbelsäulenrotation bei 70-0-70° liege. Die Verspannungen hätten sich verschlechtert, gleich wie die Beweglichkeit, dies im Sinne einer Kurreaktion. Es habe sich keine Änderung der Therapie ergeben. Der Bericht enthält keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 27).

E. 6.4.6

Gemäss dem Befundbericht des Magnet Resonanz Instituts, S.____, vom 16. Juli 2015 sei beim Versicherten infolge der Zuweisungsdiagnose der anhaltenden peripheren neuropathischen Schmerzen bei Bandscheibenhernie C6/C7 links, Kribbelparästhesie und vorderer Fusion C6/C7 vom 26. Februar 2015 ein MRT der Halswirbelsäule durchgeführt worden. Auf dem MRT seien postoperativ noch grossflächige

Wirbelkörperödematismierungen im Bereich C6/C7 bei Zustand nach Fusion zu erkennen. Die Spinalkanalstenosierung sei klar regredient, die Neuroforamenstenosierung C6/C7 sei ebenfalls regredient bei noch mässig starker Ausprägung. Aktuell seien eine mässige Osteochondrose und geringe Retrolisthese, eine gering progrediente Protrusion C5/C6 mit relativer Spinalkanalstenose und konstanter hochgradiger discoossärer Neuroforamenstenosierung C5/C6 beidseits sowie multisegmentale Spondylarthrosen, aktiviert links C4/C5, vorherrschend. Es liege keine Myelopathie vor (IV-act. 140 S. 7).

E. 6.4.7

Dr. med. K._____ (ohne Angabe eines Facharztstitels) stellte nach einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers im Bericht (Formular E 213) vom 9. Dezember 2015 die Diagnosen Halswirbelsäulenschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm o bei Zustand nach zweimaliger Halswirbelsäulenoperation (vordere Fusion C6/C7 im Februar 2015 und vordere Fusion C5/C6 im August 2015); Lendenwirbelsäulenschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein o bei Zustand nach zweimaliger Bandscheibenoperation L4/L5 (2001 und 2002); Bluthochdruck; erhöhte Blutfettwerte und Zustand nach Arterienverschluss am Oberschenkel rechts mit Lyse 2010 unter Angabe der Diagnoseschlüssel ICD-10: M53.1, M51.2, I10 und E78.0. Die Untersuchung habe eine in allen Ebenen deutlich eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit ergeben. Die Muskelkraft im Bizeps- und Trizepsbereich links sei nur sehr diskret herabgesetzt, die Sensibilität sei unauffällig. Daneben bestünden belastungsabhängige Lendenwirbelsäulenschmerzen mit gelegentlicher Ausstrahlung ins rechte Bein sowie ein permanentes Taubheitsgefühl im Bereich des Unterschenkels und der Zehen rechts. Ein neurologisches Defizit sei nicht zu erkennen. Dem Versicherten seien noch ständig leichte und fallweise mittelschwere körperliche Tätigkeiten bei überwiegend leichten und fallweise mittelschweren Hebe- und Trageleistungen zumutbar. Zwangshaltungen in über Kopf, vorgebeugter und gebückter Stellung, die Exposition von Kälte und Nässe sowie höhenexponierte Tätigkeiten sollten nur fallweise erfolgen. Bildschirmarbeit sowie Arbeit am Arbeitsplatz oder zu Hause seien möglich ohne die Hilfe einer anderen Person. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands könne nicht erzielt werden (IV-act. 87).

E. 6.4.8

Im Befundbericht vom 27. Dezember 2015 berichtete Dr. med. W._____, Facharzt für Neurologie, es sei aufgrund von Schmerzen und Sensibilitätsstörungen des rechten Unterschenkels aussen ein MRT der Lendenwirbelsäule durchgeführt worden. Dieses habe eine moderate Osteochondrose LWK 4/5 SWK 1 mit jeweils kleinen breitbasigen Diskushernien auf Höhe LWK 4/5 nach interlaminärer Fenestration links mit geringer Spinalkanaleinengung und diskalem Kontakt zu den rezessal verlaufenden Nervenwurzeln L5 beidseits mit zu postulierender leichter Kompression aufgezeigt (IV-act. 75, 76).

E. 6.4.9

Im Befundbericht vom 8. März 2016 erklärte Dr. med. G._____ des Magnet Resonanz Instituts, S._____, eine Röntgenaufnahme der rechten Schulter habe die Befunde einer geringen AC-Arthrose, einer inzipienten Omarthrose, eines seitlich etwas nach kaudal geneigten Akromions und einer geringen subakromialen Impingement-Disposition gezeigt. Es lägen keine pathologischen Weichteilverkalkungen vor (Fremdakten SVA St. Gallen, act. 7 S. 5).

E. 6.4.10

Im Befundbericht vom 24. Mai 2016 führte Dr. med. G. _____ aus, es sei je ein MRT der Lendenwirbelsäule und der rechten Schulter infolge eines Impingements der rechten Schulter bei Lumboischialgie links sowie eines Verdachts auf Rotatorenmanschettenläsion erstellt worden. Diese Bilder hätten verglichen mit dem MRT der Lendenwirbelsäule des Jahres 2015 keine wesentliche Änderung gezeigt. Es bestehe ein Zustand nach Operation im Bereich L4/L5 links. Hierbei hätten sich Osteochondrosen, eine Bandscheibenprotrusion sowie mässige Spondylarthrosen im Bereich L4-S1 gezeigt. Es bestehe eine mässige Spinalkanaleinengung, eine Recessus lateralis Einengung im Bereich L4/L5 mit Alteration der abgehenden L5er-Wurzeln, linksbetont. Sodann hätten sich gemischte mässige Forameneinengungen L5/S1 linksbetont mit Tangierung der L5er-Wurzeln gezeigt, gleichfalls wie eine deutliche Tendinopathie der subakromialen Rotatorenmanschette und eine geringe Peritendinitis. Hingegen liege keine transmurale Rotatorenmanschettenruptur vor. Es bestehe eine geringe Omarthrose sowie eine hypertrophe AC-Arthrose bei einem geringen subakromialen Impingement (IV-act. 123 f.).

E. 6.4.11

In den vorinstanzlichen Akten liegen mehrere Berichte des Facharztes für Neurochirurgie Dr. med. O. _____, welcher den Versicherten zweimal am Rücken operiert hat.

E. 6.4.11.1

Im Arztbericht vom 16. Februar 2015 stellte Dr. med. O. _____ die Diagnosen Bandscheibenvorfall C6/7 links mit Wurzelkompressionssymptomatik und Trizepsparese Kraftgrad 4 links. Die Etage darüber sei ebenfalls relativ eng. Er habe dem Versicherten die Sanierung der Etage C6/7 angeboten. Hierfür sei der Termin vom 26. Februar 2015 vorgesehen. Auf eine Sanierung der Etage C5/6 würde er aufgrund der Unterlagen vorläufig verzichten. Diese könne immer noch später versorgt werden (Fremdakten SVA St. Gallen, act. 1 S. 5).

E. 6.4.11.2

Im Operationsbericht vom 11. Mai 2015 stellte Dr. med. O. _____ die Diagnose Bandscheibenvorfall C6/C7 links. Den Bandscheibenvorfall habe er mittels der Operation vordere Fusion nach Cloward C6/C7 vom 26. Februar 2015 behandelt. Hierbei seien alle Bandscheibenanteile entfernt worden, wobei aufgrund der zähen Adhärenzen mit der Dura auf einer gewissen Strecke das hintere Längsband nicht von der Dura habe abgelöst werden können. Es sei ein Implantat eines Cage der Grösse 6 mm/14mm eingesetzt worden (IV-act. 13).

E. 6.4.11.3

Im Arztbericht vom 27. Juli 2015 stellte Dr. med. O. _____ die Diagnosen Wurzelkompressionssymptomatik C6, mehr links als rechts, bei Neuroforamenstenosen C5/6 beidseits sowie Zustand nach vorderer Fusion nach Cloward C6/7 vom 26. Februar 2015. Objektiv neurologisch bestehe eine Bizeps- und Trizepsparese links Kraftgrad 4, der Bizepssehnenreflex links sei gegenüber rechts abgeschwächt auslösbar. Eine neue Schnittbilduntersuchung der Halswirbelsäule (Magnetresonanztomographie vom 16. Juli 2015) zeige schöne Platzverhältnisse in der operierten Etage C6/7. In der Etage C5/6 bestünden hingegen sehr enge Verhältnisse mit beidseitigen Neuroforamenstenosen als morphologische Substrate für die geschilderten Beschwerden. Es sei eine vordere Fusion nach Cloward in der Etage C5/6 vom 5. August 2015 geplant (IV-act. 140 S. 8).

E. 6.4.11.4

In der Krankmeldung vom 27. Juli 2015 stellte Dr. med. O._____ die Diagnose Zustand nach Halswirbelsäulenoperation vom 26. Februar 2015. Er bescheinigte dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 27. Juli 2015 bis zum 9. August 2015 (ohne Ausgehbeschränkung) und wies darauf hin, dass ein weiterer operativer Eingriff geplant sei (IV-act. 33).

E. 6.4.11.5

Im Operationsbericht vom 5. August 2015 stellte Dr. med. O._____ die (Operations-) Diagnose zervikaler Bandscheibenvorfall C5/6 mit Wurzelkompressionssymptomatik C6, mehr links als rechts (ICD-10 M50.12). Es sei eine vordere Wirbelsäulenoperation mit Bandscheiben- beziehungsweise Wirbelkörpereinsatz mittels Cageimplantation an der Wirbelsäule durchgeführt worden (IV-act. 40).

E. 6.4.11.6

In der Krankmeldung vom 8. August 2015 stellte Dr. med. O._____ die Diagnose Zustand nach Halswirbelsäulenoperation vom 5. August 2015 und bescheinigte dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 10. August 2015 bis zum 13. September 2015 (ohne Ausgehbeschränkung; IV-act. 38).

E. 6.4.11.7

Im Arztbericht vom 18. August 2015 berichtete Dr. med. O._____, der Versicherte sei vom 4. August 2015 bis zum 7. August 2015 stationär in der Privatklinik H._____ hospitalisiert worden. Es sei am 5. August 2015 eine vordere Fusion nach Cloward C5/6 mit Cage-Implantation durchgeführt worden. Als Operationsdiagnose gab er einen zervikalen Bandscheibenvorfall C5/6 mit Wurzelkompressionssymptomatik C6, mehr links als rechts, an. Dr. med. O._____ beschrieb einen komplikationslosen operativen Verlauf sowie eine reibungslos verlaufene postoperative Mobilisation. Der Versicherte habe am 7. August 2015 bei deutlich gebesserter klinischer Symptomatik und beschwerdefrei entlassen werden können (IV-act. 44).

E. 6.4.11.8

Im Arztbericht vom 11. März 2016 stellte Dr. med. O._____ die Diagnosen Wurzelkompressionssymptomatik C6 beidseits sowie Zustand nach vorderer Fusion nach Cloward C5/6 (August 2015) und C6/7 (Februar 2015). Nach der Operation sei es dem Versicherten bis November 2015 gut ergangen; aktuell habe er wieder Schmerzen. Objektiv neurologisch bestehe eine Faustschluss-Schwäche rechts gegenüber links sowie eine Bizepsschwäche Kraftgrad 4 rechts. Die Muskeleigenreflexe seien seitengleich mittellebhaft auslösbar, bis auf den Trizepsreflex, welcher beidseits nicht sicher auslösbar sei. Ein neues MRI zeige in der Etage C5/6 eine rechtsseitige Neuroforamenstenose und ein mässig bis höhergradig eingeengtes Foramen auf der linken Seite. Angesichts der klinischen Situation (Kraftabschwächung) sowie der bildgebenden Befunde sei eine nochmalige Durchführung einer vorderen Fusion nach Cloward in der Etage C5/6 zu empfehlen. Der Versicherte sei grundsätzlich damit einverstanden, müsse die Durchführung aber verschieben, da seine Ehefrau derzeit im Spital sei (IV-act. 95).

E. 6.4.12

Im Bericht vom 1. März 2016 stellte Dr. med. P._____, Facharzt für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, die Diagnosen: chronisches Halswirbelsäulensyndrom bei Zustand

nach DH C5/C6; Zustand nach Diskotomie, Sequestrektomie und Cage-Implantation C5/6, 6/7; C7 radikuläre Restsymptomatik links; Verdacht auf Non-fusion; Impingementsyndrom rechte Schulter; Verdacht auf Rotatorenmanschettenpathologie; Schultereinsteifung. Dr. med. P. _____ gab an, das Aus- und Ankleiden sei selbständig möglich. Im Bereich der rechten Schulter bestehe eine Impingementsymptomatik sowie eine kapsuläre Einsteifung. Die Flexion sei aktiv bis 110° möglich, die Innen- und Aussenrotation sei endlagig deutlich eingeschränkt, der Fracktaschengriff sei nicht vorzeigbar. Der Hinterhauptgriff sei nur unter Schmerzen möglich. Der Bericht enthält keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 97 S. 1-2). Im Arztbericht vom 30. März 2016 wiederholte Dr. med. P. _____ unverändert seine Angaben gemäss Bericht vom 1. März 2016 (IV-act. 103).

E. 6.4.13

Im Befundbericht vom 18. Januar 2016 berichtete Dr. med. L. _____ aufgrund zweier MRT des Schädels und der Halswirbelsäule, es habe sich zerebral ein im Wesentlichen altersgemässer Befund gezeigt. Es seien beidseits geringe Schleimhautschwellungen frontal und ethmoidal sichtbar. Bei der Operation im Bereich C5-C7 sei ein interkorporales Cage bei C5/C6 links positioniert worden. Es sei sodann eine flächenhafte flauere Markraumödematisierung im Bereich C5/C6 sowie eine im Verlauf neue sowie konstant deutliche, gering aktivierte Spondylarthrose C4/C5 links sichtbar. Daneben bestünden mässige bis stärkere Spondylarthrosen rechtsbetont im Bereich C2-C4, eine hochgradige Neuroforamenstenose im Bereich C5/C6 rechts sowie mässig bis höhergradig im Bereich C5/C6 links mit einem etwas regredient imponierenden Verlauf. Schliesslich sei eine leichte bis mässige Neuroforameneinengung im Bereich C6/C7 linksbetont, im Bereich C4/C5 links sowie im Bereich C3/C4 rechts zu erkennen. Es bestehe keine signifikante Spinalkanalenge sowie keine Myelopathie (IV-act. 82 S. 2-4).

E. 6.4.14

Im Befundbericht vom 15. März 2016 erhob Dr. med. X. _____ nach der Durchführung einer Computertomographie der Halswirbelsäule die nachfolgenden Befunde: Cages-Interponate in den Diskalfächern HWK 5/6 und 6/7 nach ventraler Spondylodese und sekundärer ossärer Fusion der entsprechenden Segmente, moderate Osteochondrose und Uncovertebralarthrosen HWK 4/5 sowie zum Teil fortgeschrittene hypertrophe Spondylarthrosen beidseits, ossäre Neuroforamenstenosen HWK 3/4 rechts, HWK 4/5 links sowie rechtsbetont HWK 5/6 mit zu postulierender Kompression der entsprechenden Nervenwurzeln C4 und C6 rechts sowie C5 links, ausreichende Weite der übrigen Neuroforamina, geringe Anterolisthese HWK 4 um 0.2 Zentimeter, keine Fraktur, beidseits regressive Schilddrüsenveränderungen, zum Teil zystisch und verkalkt (IV-act. 97 S. 3).

E. 6.4.15

In den Akten liegen sodann mehrere Berichte des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin.

E. 6.4.15.1

Im Bericht zur Eingliederung vom 27. Mai 2015 verwies Dr. med. F. _____ hinsichtlich der Diagnosen auf das eingereichte Krankenjournal. Er bescheinigte dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 21. Oktober 2014. Hierbei würden die mit einer Cervicobrachialgie sowie einer Hypästhesie links verbundenen Funktionsausfälle die Arbeitsfähigkeit einschränken. Der Beschwerdeführer könne eventuell noch eine sehr leichte Tätigkeit ausüben, wenn er vollständig genesen sei. Das genaue Ausmass einer

angepassten Tätigkeit müsse von einem Arbeitsmediziner eingeschätzt werden. Eine volle Arbeitsfähigkeit sei vorerst nicht zu erwarten. Die Genesung nach der Operation verlaufe langsam. Die Prognose sei nach einem Jahr nach der Operation zu reevaluiert (IV-act. 20 S. 1 f.).

E. 6.4.15.2

Im Arztbericht vom 28. Juli 2015 bestätigte Dr. med. F._____ die bereits bekannten Diagnosen betreffend die Halswirbelsäule. Der Bericht enthält keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 140 S. 6).

E. 6.4.15.3

In der Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 3. November 2015 schrieb Dr. med. F._____ den Versicherten bis zum 13. Januar 2016 arbeitsunfähig (IV-act. 53).

E. 6.4.15.4

Im Arztbericht vom 26. November 2015 bestätigte Dr. med. F._____ die bereits bekannten Diagnosen betreffend die Halswirbelsäule. Der Bericht enthält keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 58).

E. 6.4.15.5

Im Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen vom 26. November 2015 erklärte Dr. med. F._____, Schmerzen hätten seit dem 21. Oktober 2014 einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In der Rückenlage habe der Versicherte keine Schmerzen. Im Sitzen betrage die Schmerzstufe 4 (0-4), bei einer leichten körperlichen Arbeit (Hausarbeit) betrage die Schmerzstufe 5-6. Als therapeutische Massnahmen führte er Medikamente, Physiotherapie und Elektrotherapie auf. Insgesamt bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit wegen Schmerzen. Die Arbeitsfähigkeit könne nicht verbessert werden. Andere berufliche Tätigkeiten seien zumutbar, zum Beispiel Telefonieren mit einem Head-Set. Bei Bildschirmarbeit sei die Ergonomie am Arbeitsplatz zu beachten. Als zeitlicher Rahmen der angepassten beruflichen Tätigkeit seien zwei bis drei Stunden denkbar (IV-act. 59).

E. 6.4.15.6

In der Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 11. Januar 2016 schrieb Dr. med. F._____ den Versicherten vom 14. Januar 2016 bis zum 29. Februar 2016 arbeitsunfähig (IV-act. 79).

E. 6.4.15.7

Dr. med. F._____ hat ferner - anstelle eines Arztberichtes - mehrfach einen Auszug aus seinem Journal betreffend die Krankengeschichte des Beschwerdeführers eingereicht, welche die bereits bekannten Diagnosen betreffend die Halswirbelsäulenbeschwerden sowie Befundergebnisse enthalten. So liegen in den vorinstanzlichen Akten die Krankenjournale vom 1. Oktober 2014 bis zum 20. Januar 2016 (IV-act. 82 S. 5-15) und vom 15. Mai 2012 bis zum 29. Mai 2015 (IV-act. 20 S. 3 f.).

E. 6.5

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren gingen beim Bundesverwaltungsgericht die nachfolgend aufgelisteten neuen medizinischen Berichte ein.

E. 6.5.1

Im Befundbericht vom 2. August 2016 stellte Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, die Diagnosen Z.n. Spondylodese C5-7 und Frozen shoulder re. Bei der Untersuchung habe sich ein Flachrücken gezeigt. Die Halswirbelsäule sei nach links in Seitneigung und Rotation auf 20 Grad sowie nach rechts auf 30 Grad blockiert gewesen. Durch Reklination und Rotation sei ein Schmerz provoziert worden. Die Reflexe fehlten gänzlich. Es bestehe eine Dysästhesie des Grades I bis III bei einem Zustand nach CTS. Die Phalen seien negativ. Es bestehe beidseits eine ausgeprägte Atrophie des Supraspinatusmuskels und ein aufgeworfenes AC-Gelenk rechts. Bezüglich der rechten Schulter seien eine Aussenrotation von 20-0-90 sowie der Rückengriff nur mit Mühe möglich. Die Supraspinatussehne erweise sich als deutlich verdünnt. Es habe sich ein kleines Kalkdepot am Sehnenansatz gezeigt (Beilage 7 zu BVGer-act. 1).

E. 6.5.2

In dem erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfassten Arztbericht vom 2. März 2017 stellte Dr. med. J._____ die Diagnosen Z.n. Spondylodese C5-C7, Frozen shoulder re und Tendinitis calcarea. Die im Bericht wiedergegebenen Befunde entsprechen vollumfänglich jenen im Befundbericht von Dr. med. J._____ vom 2. August 2016 (vgl. E. 6.5.1). Der Versicherte sei seit Oktober 2014 nicht mehr im Arbeitsprozess. Rückwirkend sei er seit September 2014 in Pension. Aufgrund der Halswirbelsäulenoperation sei der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig (Beilage 9 zu BVGer-act. 12).

E. 6.5.3

In dem ebenfalls erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfassten Bericht vom 2. Juni 2017 stellte Dr. med. J._____ die Diagnosen Z.n. Spondylodese C5-C7 2015, Frozen shoulder re, cervicale Spondylarthrose, Tendinitis calcarea SSP li, Z.n. DE L4/L5 li 2001. Er erklärte, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich gegenüber der letzten Begutachtung nicht positiv verändert. Der Versicherte werde aktuell behandelt mit Stosswellen- und Physiotherapie. Der Bericht enthält keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Beilage zu BVGer-act. 19).

E. 6.5.4

Auf dem neuesten MRT der Halswirbelsäule vom 2. August 2016 sind gemäss Dr. med. L._____ die Befunde Zustand nach Spondylodese C5-C7 mit intrakorporalem Cage, zwischenzeitlicher knöcherner Durchbau, rückgebildetes Ödem, leicht regredient imponierende mässige bis höhergradige Neuroforamenstenose C5/C6 rechts, deformierende Spondylarthrosen C2-C5, Rückbildung des Ödems im Facettengelenk C4/C5 links, mässige Spondylarthrose C7/TH1 links sowie multisegmentale bis mässiggradige Neuroforameneinengungen zu erkennen (Beilage zu BVGer-act. 19).

E. 6.5.5

Ein Audiogramm von Dr. med. I._____, Facharzt für HNO, vom 27. September 2016 (und damit von kurz nach Erlass der angefochtenen Verfügung, vgl. E. 4.2) zeigt ein Ton- sowie ein Sprachaudiogramm, ohne erläuternden Befundtext (Beilage 6 zu BVGer-act. 1).

E. 6.5.6

In dem ebenfalls erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfassten Bericht (Formular E 213) vom 4. Juli 2017 stellte Dr. med. K._____ die nachfolgenden Diagnosen: chronisches Halswirbelsäulen-Schmerzsyndrom o bei Z.n. Diskushernie C5/C6,

o mit Z.n. Halswirbelsäulen-Operation mit Cage-Implantation C5-C7;
Neuroforamenstenose hochgradig C5/C6 rechts, mässig bis höhergradig C5/C6 links;
Spondylarthrose stärkeren Grades zwischen C2-C4; leichte Neuroforamenstenose C6/C7
linksbetont, C4/C5 links und C3/C4 rechts; Pseudoarthrose im Segment C5/C6 chronisches
Lendenwirbelsäulen-Schmerzsyndrom o bei Osteochondrose L5/S1, o mit Z.n.
Bandscheiben-Operation L5/S1; AC-Gelenksarthrose rechtsseitig;
Schulterengpass-Syndrom beidseits. Seit der letzten Beurteilung von Dezember 2015 seien
weder stationäre Aufenthalte noch weitere Operationen erfolgt. Zwischenzeitlich hätten die
Schulterbeschwerden beidseits zugenommen. Im Vergleich zum Gutachten von Dr. med.
E._____ zeigten sich unveränderte Einschränkungen an der Halswirbelsäule, der
Lendenwirbelsäule und in beiden Schultergelenken. Es seien dem Versicherten weiterhin
nur mehr leichte Tätigkeiten im Wechsel der Körperhaltungen zumutbar. Dr. med.
K._____ kreuzte im Formular an, dass der Versicherte seine Tätigkeit als
Maschinenschlosser in Vollzeit ausüben könne. Eine angepasste Arbeit könne er ebenfalls
in Vollzeit verrichten. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes könne nur durch eine
Revisionsoperation der Halswirbelsäule im Segment C5/C6 mit Erweiterung der
Neuroforamen und Knochenanlage erzielt werden. Eine operative Versorgung sei jedoch
vorerst nicht geplant (Beilage zu BVGer-act. 19).

E. 7

Aus den vorangehend dargelegten Akten ist ersichtlich, dass sowohl das Gutachten von Dr.
med. E._____ vom 8. März 2016 (E. 6.2) als auch das Gutachten von Dr. med.
D._____ vom 14. Oktober 2015 (E. 6.3) zwar jeweils mehrere Diagnosen sowie Befunde
in Bezug auf Erkrankungen des Rückens sowie der rechten Schulter wiedergeben.
Hinsichtlich diverser weiterer, in den vorliegenden medizinischen Akten begründet
wiedergegebener Diagnosen und Befunde äusserten sich die beiden Gutachter jedoch nicht.
So fand die von Prim. Dr. med. Q._____ in den Berichten vom 22. Dezember 2014 (E.
6.4.2) und vom 21. April 2015 (E. 6.4.4) gestellte Diagnose Sulcus Nervus Ulnaris
Syndrom links in den Gutachten keine Berücksichtigung. Zwar erwähnten die Dres. med.
E._____ und D._____ zwei beim Beschwerdeführer durchgeführte
Bandscheibenoperationen. Mit der diesen Operationen zugrunde liegenden Diagnose
anhaltender peripherer neuropathischer Schmerzen respektive einer neuropathischen
Schmerz-symptomatik bei Bandscheibenhernie C6/C7 links (vgl. z.B. Befundergebnis vom
16. Juli 2015 [E. 6.4.6], Befundergebnis vom 15. März 2016 [6.4.14] und Arztbericht von
Dr. med. F._____ vom 26. November 2015 [E. 6.4.15.6]) setzten sie sich jedoch nicht
auseinander. Dasselbe gilt für die von Dr. med. O._____ mehrfach genannte Diagnose
der Wurzelkompressionssymptomatik C6 (vgl. Berichte vom 27. Juli 2015 [E. 6.4.11.3],
vom 5. August 2015 [E. 6.4.11.5], vom 18. August 2015 [E. 6.4.11.7] und vom 11. März
2016 [E. 6.4.11.8]) sowie der Trizepsparese Kraftgrad 4 links (Bericht vom 16. Februar
2015 [E. 6.4.11.1]). Dr. med. P._____ nannte im Bericht vom 1. März 2016 - zusätzlich
zu den Diagnosen in den beiden Gutachten - die Diagnosen C7 radikuläre Restsymptomatik
links sowie Schultereinsteifung. Ebenfalls äusserte er die beiden Verdachtsdiagnosen
Non-fusion und Rotatorenmanschettenpathologie (E. 6.4.12). Im Befundbericht vom 24.
Mai 2016 betätigte Dr. med. G._____ eine Tendinopathie der subakromialen
Rotatorenmanschette (E. 6.4.10). Eine gutachterliche Auseinandersetzung fehlt sodann mit
der von Dr. med. J._____ (erst nach Erstattung der beiden Gutachten) gestellten
Diagnose der Frozen shoulder rechts (Berichte vom 2. August 2016 [E. 6.5.1], vom 2. März
2017 [E. 6.5.2] und vom 2. Juni 2017 [E. 6.5.3]). Die unter anderem im Befundbericht vom

18. Januar 2016 wiedergegebene Diagnose der anhaltenden Kribbelparästhesien in der linken oberen Extremität (vgl. E. 6.4.13) wurde in den Gutachten weder bestätigt noch widerlegt. Lediglich in das Gutachten von Dr. med. E. _____ fanden Kribbelparästhesien Eingang, allerdings ausschliesslich bezüglich der radialen drei Finger. Daneben erwähnte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F. _____, in seinen Unterlagen - in Abweichung zu den beiden Gutachten - mehrfach die Diagnose einer Hypästhesie perioral (vgl. z.B. Bericht vom 27. Mai 2015 [E. 6.4.15.3]), welche in den Befundberichten vom 28. Oktober 2014 (E. 6.4.1), vom 18. Januar 2016 (E. 6.4.13) und vom 15. März 2016 (E. 6.4.14) bestätigt wurde. Schliesslich führten die neueren Berichte von Dr. med. J. _____ Sehnenprobleme auf, bezüglich welcher die beiden Gutachten keinerlei Hinweise enthalten. So stellte Dr. med. J. _____ im Befundbericht von August 2016 (E. 6.5.1) fest, die Supraspinatussehne erweise sich als deutlich verdünnt und es habe sich ein kleines Kalkdepot am Sehnenansatz gezeigt. In seinen Berichten vom 2. März 2017 (E. 6.5.2) und vom 2. Juni 2017 (E. 6.5.3) diagnostizierte er eine Tendinitis calcarea. Überdies hatte Dr. med. G. _____ bereits in seinem Befundbericht vom 24. Mai 2016 eine geringe Peritendinitis festgestellt (E. 6.4.10). Mit Blick auf die vielzähligen Diagnosen, welche in den beiden Gutachten nicht berücksichtigt wurden, können die beiden Gutachten nicht als vollständig bezeichnet werden. In diesen fehlt namentlich eine ausführliche Auseinandersetzung mit den bereits vorliegenden medizinischen Unterlagen (wobei nicht bekannt ist, ob den beiden Gutachtern im Begutachtungszeitpunkt die sich in den vorinstanzlichen Akten befindlichen Medizinalakten überhaupt vorlagen). Die in den Gutachten erhobenen Befunde sowie die genannten Diagnosen wurden sodann lediglich sehr summarisch begründet. Unter diesen Umständen genügen die beiden relativ kurzen Gutachten der Dres. med. E. _____ und D. _____ (auch zusammen genommen) den in der Schweiz geltenden Anforderungen an ein rechtsgenügendes Gutachten nicht (siehe hierzu E. 5.6 f.). Insbesondere kann auf die in den beiden Gutachten festgestellte volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit nicht abgestellt werden, da es nicht zweifelsfrei feststeht, dass dieser Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Feststellung des vollständigen Krankheitsbildes des Beschwerdeführers zu Grunde liegt. In den Akten liegt damit keine umfassende sowie nachvollziehbare und widerspruchsfreie Feststellung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie der Arbeitsfähigkeit in seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit und gegebenenfalls in einer Verweisungstätigkeit. Auch erlauben es die weiteren, in den Akten liegenden ärztlichen Berichte nicht festzustellen, welche Auswirkungen die verschiedenen Diagnosen auf den Gesundheitszustand und die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Der medizinische Sachverhalt erweist sich daher als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Der RAD hat sich seinerseits damit begnügt, für die von ihm festgestellte volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ zu verweisen, ohne sich mit den diversen weiteren verfügbaren medizinischen Unterlagen einlässlich auseinanderzusetzen. Damit ändern auch die zahlreichen Stellungnahmen des RAD nichts an der Schlussfolgerung, dass die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend erhoben hat.

E. 8

Zusammenfassend fehlt in den vorliegenden Akten eine rechtsgenügende und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Damit hat die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG).

E. 8.1

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn auf Grund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten beziehungsweise andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d; vgl. zum Ganzen: Urteil des BVGer C-1767/2015 vom 7. Februar 2017 E. 4.5). Entsprechend hat das Bundesgericht in der Erwägung 4.4.1.4 des erwähnten BGE 137 V 210 festgehalten: Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (...). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist. Die Vorinstanz hat vorliegend kein umfassendes Administrativgutachten eingeholt, obwohl ein solches geboten gewesen wäre. Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch die Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteile des BVGer C-3905/2016 vom 20. Oktober 2017 E. 5.4 und C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten genommen (Urteil des BVGer C-3905/2016 vom 20. Oktober 2017 E. 5.4). Nachdem vorliegend eine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie darauf basierend der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fehlt, erscheint nach dem Gesagten eine Rückweisung an die Vorinstanz gerechtfertigt - dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass damit dem Beschwerdeführer der doppelte Instanzenzug gewahrt bleibt (vgl. BGE 137 V 210, E. 3.4). Die angefochtene Verfügung vom 5. September 2016 ist daher aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz

zurückzuweisen, damit diese eine umfassende Begutachtung in den Fachbereichen Orthopädie, Neurochirurgie und HNO einhole und anschliessend neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verfüge. Ob noch weitere Gutachter beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen (vgl. Urteil des BGer vom 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Da sämtliche medizinischen Abklärungen bisher im Ausland stattgefunden haben, der Beschwerdeführer an mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet, und nun abzuklären sein wird, welche Auswirkungen die verschiedenen Diagnosen auf den Gesundheitszustand und die Erwerbsfähigkeit haben (vgl. E. 7 in fine), hat die durchzuführende polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. diesbezüglich statt vieler Urteile des BVer C-3905/2016 vom 20. Oktober 2017 E. 5.2, C-6024/2013 vom 4. Mai 2016 E. 9.1, C-7355/2014 vom 6. September 2016 E. 6.1, C-4972/2016 vom 8. Dezember 2017 E. 7.8.4). Es sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. Damit ist der Antrag des Beschwerdeführers (auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Einholung eines neuen Gutachtens) vollumfänglich gutzuheissen.

E. 8.2

Der Beschwerdeführer stellte in seiner Replik vom 10. Februar 2017 den Antrag auf die Durchführung einer öffentlichen Parteiverhandlung gemäss Art. 40 Abs. 2 VGG.

E. 8.2.1

Von einer ausdrücklich beantragten öffentlichen Verhandlung kann dann abgewichen werden, wenn der Antrag der Partei als schikanös erscheint oder auf eine Verzögerungstaktik schliessen lässt und damit dem Grundsatz der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens zuwiderläuft oder sogar rechtsmissbräuchlich ist. Gleiches gilt, wenn sich ohne öffentliche Verhandlung mit hinreichender Zuverlässigkeit erkennen lässt, dass eine Beschwerde offensichtlich unbegründet oder unzulässig ist. Als weiteres Motiv für die Verweigerung einer beantragten öffentlichen Verhandlung fällt die hohe Technizität der zur Diskussion stehenden Materie in Betracht, was etwa auf rein rechnerische, versicherungsmathematische oder buchhalterische Probleme zutrifft, wogegen andere dem Sozialversicherungsrecht inhärente Fragestellungen materiell- oder verfahrensrechtlicher Natur wie die Würdigung medizinischer Gutachten in der Regel nicht darunterfallen. Schliesslich kann das kantonale Gericht von einer öffentlichen Verhandlung absehen, wenn es auch ohne eine solche aufgrund der Akten zum Schluss gelangt, dass dem materiellen Rechtsbegehren der bezüglich der Verhandlung antragstellenden Partei zu entsprechen ist (BGE 136 I 279 E. 1 mit Hinweis auf BGE 122 V 47 E. 3b/ee und 3b/ff.; Urteile des BVer 8C_64/2017 vom 27. April 2017 E. 3.2 [mit Hinweis auf BGE 136 I 279 E. 1 und 122 V 47 E. 3b] und 8C_338/2016 vom 21. November 2016 E. 1.2).

E. 8.2.2

Nachdem das Bundesverwaltungsgericht vorliegend dem materiellen Rechtsbegehren des Beschwerdeführers auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Einholung eines neuen Gutachtens vollumfänglich entspricht,

erübrigt sich die Durchführung der replikweise beantragten öffentlichen Parteiverhandlung gemäss Art. 40 Abs. 2 VGG. Eine solche vermöchte am vorliegenden Verfahrensausgang nichts zu ändern. Unter diesen Umständen kann auf die beantragte öffentliche Verhandlung verzichtet werden.

E. 9.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei. Mit der Rückweisung an die Vorinstanz wird dem Hauptantrag des Beschwerdeführers vollumfänglich entsprochen (vgl. auch BGE 132 V 215 E. 6), so dass ihm keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ist ihm daher nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu benennendes Konto zurückzuerstatten. Da aufgrund von Art. 63 Abs. 2 VwVG der unterliegenden Vorinstanz keine Verfahrenskosten auferlegt werden können, ist auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten.

E. 9.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.n. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ([VGKE, SR 173.320.2]). Da er keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2800.- (inkl. Auslagen) gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

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