



Urteil vom 3. Oktober 2018

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer, Richter Michael Peterli,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, (Frankreich),
vertreten durch lic. iur. Martin Lutz, Advokat,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 14. Januar 2016.

Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A._____ (*im Folgenden*: Versicherter oder Beschwerdeführer) verfügt über die französische Staatsbürgerschaft und wohnt in Frankreich. Seit dem 1. Januar 2003 arbeitete er in seiner Eigenschaft als Grenzgänger bei der B._____ AG als stellvertretender Leiter Reinigung. Nachdem ihm diese Stelle am 14. Februar 2011 per Ende Mai 2011 gekündigt worden war, meldete ihn seine Arbeitgeberin am 22. Februar 2011 bei der Krankenversicherung an (Akten [*im Folgenden*: act.] der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden*: IVSTA oder Vorinstanz] 1, 2.1 S. 16 und 10). Diese veranlasste daraufhin umfassende medizinische Abklärungen in Form einer polydisziplinären Begutachtung (act. 2.3 S. 9 und 64); die entsprechende Hauptexpertise des Begutachtungszentrums C._____ (*im Folgenden*: C._____) datiert vom 9. April 2013 (act. 2.3 S. 13 bis 42), das orthopädische Teilgutachten vom 25. März 2013 (act. 2.3 S. 43 bis 53) und das psychiatrische Teilgutachten vom 31. März 2013 (act. 2.3 S. 54 bis 63).

B.

In der Folge übermittelte die Krankenversicherung mit Schreiben vom 10. Januar 2014 die gesamten medizinischen Akten sowie die am 19. November 2013 vom Versicherten unterzeichnete Anmeldung zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung in Form von beruflichen Eingliederungsmassnahmen und einer Rente an die IV-Stelle D._____ (*im Folgenden*: IV-Stelle BS; act. 1, 2.1 bis 2.3 und 3). Nach Vorliegen des Fragebogens für Arbeitgebende vom 20. Februar 2014 (act. 10) und weiterer medizinischer Dokumente (act. 19 und 20) gab med. pract. E._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (*im Folgenden*: RAD) am 2. Juli 2014 eine Stellungnahme ab (act. 26). Daraufhin beauftragte die IV-Stelle D._____ am 7. August 2014 die F._____ AG (...) (*im Folgenden*: F._____) mit einer polydisziplinären medizinischen Begutachtung des Versicherten (act. 30). In Kenntnis des F._____ -Hauptgutachtens vom 12. November 2014 (act. 47 S. 1 bis 23) sowie der Teilgutachten in orthopädisch-/traumatologischer (act. 47 S. 24 bis 33), internistischer (act. 47 S. 34 bis 39), psychiatrischer (act. 47 S. 40 bis 49) und neurologischer (act. 47 S. 50 bis 56) Hinsicht nahm med. pract. E._____ am 23. Dezember 2014 erneut Stellung (act. 49). In der Folge erliess die IV-Stelle D._____ am 16. März 2015 einen Vorbescheid, mit welchem sie den Anspruch des Versicherten auf eine IV-Rente bei einem Invaliditätsgrad (*im Folgenden auch*: IV-Grad) von 20 % abwies (act. 50).

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Advokat Martin Lutz (act. 54 und 55), mit Eingabe vom 5. Juni 2015 seine Einwendungen vorbringen (act. 59; vgl. auch act. 64 bis 66). Nach einer Stellungnahme des IV-internen Rechtsdienstes vom 16. Juli 2015 (act. 62) und nachdem sich med. pract. E. _____ am 3. Dezember 2015 erneut geäussert hatte (act. 68), erliess die Vorinstanz am 14. Januar 2016 eine dem Vorbescheid der IV-Stelle D. _____ vom 16. März 2015 im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 73).

D.

Hiergegen liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 18. Februar 2016 Beschwerde erheben und in materieller Hinsicht beantragen, es sei die Verfügung vom 14. Januar 2016 aufzuheben und es seien ihm nach Durchführung einer medizinischen Oberbegutachtung die ihm gesetzlich zustehenden IV-Leistungen zuzusprechen (act. im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden*: B-act.] 1).

Zur Begründung wurde zusammengefasst vorgebracht, es bestünden sowohl bei der Diagnosestellung als auch bei der Einschätzung des Erwerbsunfähigkeitsgrades zwei widersprüchliche ärztliche Aussagen. Während die französischen Ärzte unisono die Diagnose des „Morbus Forestier“ als gegeben erachten würden und diese einen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit haben soll, werde dieses Krankheitsbild von den Schweizer Ärzten nicht diagnostiziert und habe entsprechend keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit. Dieser Widerspruch sei mittels eines medizinischen Obergutachtens an einer anerkannten Universitätsklinik zu klären. Sofern das medizinische Gutachten ergebe, dass der Beschwerdeführer unter der Diagnose „Maladie Forestier“ leide und diese eine Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit habe, seien entsprechend der Lohn mit Behinderung nach unten anzupassen oder mit Null zu bezeichnen und der IV-Grad neu zu berechnen. Der Rapport médical détaillé vom 18. November 2015 sei vom Beschwerdeführer selber angefordert und dem Unterzeichneten seitens der Vorinstanz nicht zugestellt worden.

E.

In ihrer Vernehmlassung vom 20. April 2016 verwies die Vorinstanz auf die Stellungnahme der IV-Stelle D. _____ vom 15. April 2016 und beantragte die Abweisung der Beschwerde (B-act. 3).

Die IV-Stelle D. _____ führte zur Begründung zusammengefasst aus, auf das polydisziplinäre F. _____-Gutachten vom 12. November 2014 könne abgestellt werden. Die übrigen medizinischen Unterlagen führten zu keinem anderen Ergebnis. Unter Hinweis auf die Aktennotiz des RAD-Arztes Dr. med. G. _____ handle es sich bei der Diagnosestellung eines Morbus Forestier um eine primär bildgebende konventionell-radiologische Diagnose. Inwieweit sich die entsprechenden Ausprägungen funktionell auswirkten, sei im komplexen medizinischen Zusammenhang zu beurteilen, was im Gutachten der F. _____ geschehen sei. Dr. H. _____ habe in seinem Bericht vom 18. November 2015 die Diagnose (Morbus Forestier) offensichtlich ohne konkrete bildgebende Befunde aus den Vorakten übernommen, ohne kritisch die funktionell-ergonomische Relevanz im Fall zu reflektieren. Obwohl auch dieser Arzt Inkonsistenzen festgestellt habe, habe er sich einzig auf die subjektiven Angaben des Versicherten gestützt. So habe es Dr. H. _____ als paradox erachtet, dass der Versicherte nicht fähig gewesen sei, das linke Bein gegen die Schwerkraft anzuheben, obwohl er sich sonst habe bewegen können. Im Gutachten der F. _____ seien ebenfalls Befunddiskrepanzen beschrieben worden. Die intensiv und umfangreich vorgetragenen subjektiv beklagten Beschwerden liessen sich polydisziplinär nicht bzw. nur teilweise objektivieren. Im Bereich des Bewegungsapparates und des Nervensystems hätten sich keine objektiv befriedigend korrelierende pathologische Befunde gefunden. Psychiatrisch seien die Angaben des Versicherten ebenfalls nur teilweise nachvollziehbar gewesen. Weitere Inkonsistenzen würden auch im orthopädischen Teilgutachten beschrieben. Insgesamt hätten anlässlich der orthopädischen Begutachtung durch die F. _____ keine wesentlichen Pathologien mit objektivierbaren funktionellen Einbussen im Bereich der Wirbel-/Halswirbelsäule festgestellt werden können. Der Stellenwert der in den Vorakten erwähnten Diagnose eines Morbus Forestier sei deshalb entsprechend zu relativieren. Auf die Ergebnisse der polydisziplinären Begutachtung könne unverändert abgestellt werden.

F.

Im Rahmen der Replik vom 31. Oktober 2016 liess der Beschwerdeführer an den beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich festhalten und weitere Dokumente einreichen (B-act. 12).

Zur Begründung machte der Rechtsvertreter zusammengefasst geltend, der Beschwerdeführer sei in Frankreich ebenfalls begutachtet worden. Dort seien die Ärzte zum Schluss gekommen, dass er als Folge seiner Rückenbeschwerden eine Invalidität zwischen 50 % und 80 % aufweise, weshalb

er Anspruch auf Invalidenleistungen habe. Dr. I. _____ bestätige in seinem Schreiben vom 27. Juni 2016, dass der Beschwerdeführer auch nach zwei Eingriffen weiterhin unter starken Beschwerden an der Wirbelsäule leide und heute nicht arbeitsfähig sei. Bei Dr. J. _____ handle es sich um einen langjährigen Hausarzt des Beschwerdeführers. In seinem Schreiben vom 27. Juli 2016 beschreibe er die Beschwerdeproblematik und deren Auswirkungen im Alltag. Der Gutachter (Neurologe) sei nicht in der Lage, die Arbeit des Neurochirurgen Dr. I. _____ anzuzweifeln und dessen operativen Eingriffen die Qualität abzusprechen. Ebenfalls sei die Frage nach der Neutralität der Gutachterstelle gestellt und angefragt worden, in wie vielen Gutachten die Gutachterstelle auf eine IV-relevante Arbeitsfähigkeit gelangt sei. Diese Fragen seien bis heute nie beantwortet worden. Generell bleibe unklar, auf welches Bildmaterial sich die Gutachter gestützt hätten, um die Diagnose Morbus Forestier ausschliessen zu können. Aufgrund des Fehlens von aktuellen Röntgenbildern könne die Ausschlussdiagnose Morbus Forestier durch die Gutachter gar nicht korrekt erfolgen. Dazu sei versicherungsintern Dr. med. G. _____ befragt worden. Dieser habe festgehalten, dass es sich um eine Erkrankung handle, deren Diagnosestellung primär bildgebend auf konventionell-radiologischer Diagnose basiere. Allerdings ziehe er dann für seine Beurteilung keine Röntgenbilder bei, sondern stütze sich einzig auf die Aussagen im Gutachten vom 12. November 2014, in welchem die Diagnose gerade nicht gestellt worden sei. Versicherungsintern sei auch der Neurologe Dr. med. K. _____ angefragt worden. Dieser sei in seinem Bericht vom 18. November 2013 zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Reinigungsmitarbeiter und auch in anderen Tätigkeitgebieten bestehe. Diese ärztliche Stellungnahme stehe unbestritten im Raum und stamme von einem Facharzt, welcher in keiner Beziehung zum Beschwerdeführer stehe. Die Gutachter hätten zu dieser abweichenden Meinung nur festgehalten, dass Dr. med. K. _____ gar keine neurologischen Diagnosen gestellt habe und deswegen seine Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht plausibel erscheine.

G.

Im Rahmen der Duplik vom 24. November 2016 verwies die Vorinstanz auf die Eingabe der IV-Stelle D. _____ vom 21. November 2016, in welcher der Verzicht auf eine Stellungnahme erklärt wurde, da in der Replik keine neuen Erkenntnisse präsentiert worden seien, die bis anhin nicht thematisiert und bei der Entscheidungsfindung nicht berücksichtigt worden seien (B-act. 14).

H.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. Januar 2017 wurde der Beschwerdeführer ersucht, das französische Gutachten, auf welchem der Bescheid der „Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées“ vom 28. April 2016 basiere, einzureichen (B-act. 15; vgl. auch B-act. 16 und 17); dieses ging zusammen mit weiteren medizinischen Akten am 13. Februar 2017 beim Bundesverwaltungsgericht ein (B-act. 18).

I.

In der Folge wurde die Vorinstanz ersucht, zu diesen Dokumenten nach Konsultation des RAD eine Stellungnahme einzureichen (B-act. 19).

J.

In ihrer Eingabe vom 15. März 2017 verwies die Vorinstanz auf den Bericht des RAD-Arztes Dr. med. G. _____ vom 23. Februar 2017 und beantragte weiterhin die Abweisung der Beschwerde (B-act. 21).

K.

Nachdem die unaufgefordert eingereichte Eingabe des Beschwerdeführers vom 7. April 2017 (B-act. 23) mit prozessleitender Verfügung vom 11. April 2017 an die Vorinstanz zur allfälligen Einreichung einer Stellungnahme übermittelt worden war (B-act. 24), hielt die Vorinstanz in ihrer Eingabe vom 17. Mai 2017 – unter Bezugnahme auf die Beurteilung der IV-Stelle D. _____ vom 12. Mai 2017 – an ihren Rechtsbegehren fest (B-act. 25).

L.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. Juni 2017 ging eine Kopie der unaufgefordert eingereichten Eingabe des Beschwerdeführers vom 1. Juni 2017 samt Beilagen (B-act. 27) zur Kenntnisnahme an die Vorinstanz, und der Schriftenwechsel wurde – unter dem Vorbehalt weiterer Instruktionmassnahmen – abgeschlossen (B-act. 28).

M.

Mit Zwischenverfügung vom 15. Mai 2018 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Nichteintreten auf die Beschwerde) aufgefordert, innert Frist einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 29 und 30); dieser Aufforderung kam der Beschwerdeführer nach (B-act. 31 bis 34).

N.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften und Beweismittel der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**1.**

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] sowie Art. 40 Abs. 2 und Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit es die einzelnen Sozialversicherungsgesetze vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a-26^{bis} und 28-70), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 14. Januar 2016

(act. 73) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

1.4 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 14. Januar 2016 (act. 73), mit welcher der Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 20 % verneint worden ist. Aufgrund der Rechtsbegehren des Beschwerdeführers bzw. deren Begründung ist streitig und zu prüfen, ob die angefochtene Verfügung vom 14. Januar 2016 rechtmässig ist resp. der Beschwerdeführer Anspruch auf eine IV-Rente hat und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat oder ob eine medizinische Oberbegutachtung zu veranlassen ist.

1.5 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).

2.

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren weiter anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1 Der Beschwerdeführer verfügt über die französische Staatsbürgerschaft und wohnt in Frankreich, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, *im Folgenden*: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA).

Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (14. Januar 2016) finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen und per 1. Januar 2015 revidierten Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

2.2 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). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 14. Januar 2016 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

2.3 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.4 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge

geleistet (act. 8), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt war resp. ist.

2.4 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 8 Rz. 7). 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). 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 ATSG).

2.5 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung 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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend gegeben (vgl. Art. 7 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (bis Ende Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

2.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Der Arzt muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Diesen Anforderungen genügende RAD-Berichte nach Art. 49 Abs. 2 IVV können einen Beweiswert haben, der mit jenem von externen medizinischen Gutachten vergleichbar ist (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 254 E. 3.3.2; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6).

3.

3.1 Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 14. Januar 2016 (act. 73) betreffend den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit insbesondere auf das F. _____-Hauptgutachten vom 12. November 2014 inklusive dessen Teilgutachten (act. 47) sowie auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin med. pract. E. _____ vom 23. Dezember 2014 (act. 49) und 3. Dezember 2015 (act. 68). Diese medizinischen Akten sind im Folgenden teilweise – wie auch weitere ärztliche Dokumente – zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen. Anhand dieser medizinischen Akten ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen (befristeten oder unbefristeten) Rentenanspruch hat resp. ob die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG (vgl. zum kumulativen Charakter von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG bspw. Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1) und Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt sind (vgl. E. 2.5 hiervoor).

3.2 Hinsichtlich der nach Verfügungserlass vom 14. Januar 2016 verfassten Arztberichte (B-act. 12 Beilagen 3 und 4, B-act. 18 Beilagen 1 bis 5, act. 85 [B-act. 21 Beilage 3, B-act. 27 Beilagen 1 und 2) ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesverwaltungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung vom 14. Januar 2016 nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war, zu prüfen hat; Tatsachen, die diesen Sachverhalt verändert haben, haben Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung zu bilden (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1). Sollte der Beschwerdeführer eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach dem Verfügungserlass vom 14. Januar 2016 geltend machen wollen, so bleibt es ihm überlassen, bei der Vorinstanz ein neues Rentengesuch einzureichen.

4.

4.1

4.1.1 Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 26. April 2011 (act. 2.1 S. 12 bis 15) eine Anpassungsstörung vom vorwiegend depressiv-ängstlich, wütend erregten Typ (ICD-10: F43.23). Weiter berichtete er, aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte für einen Monat arbeitsunfähig zu beurteilen. Nachher könne er mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder zu 50 % und in zwei Monaten zu 100 % arbeiten. Es sei ihm aus „heutiger“ Sicht und in Anbetracht des wahrscheinlichen Verlaufs zuzumuten, ab dem 1. Juli 2011 wieder eine Stelle zu suchen resp. anzunehmen. Eine psychotherapeutische Behandlung und die Fortsetzung der psychopharmakologischen Behandlung seien indiziert.

4.1.2 PD Dr. med. M._____, Facharzt für Chirurgie, erwähnte in seinem Bericht vom 4. Oktober 2012 (act. 2.2 S. 5 bis 6), im November 2011 habe in Frankreich eine radiologische Abklärung stattgefunden, anlässlich derer ein Morbus Forestier festgestellt worden sei. Diese Diagnose sei im Rahmen einer Zweitmeinung (Röntgeninstitut Q._____) nicht bestätigt worden. Dagegen sei im Januar 2012 in der Klinik N._____ in (...) mit dem klinischen Verdacht auf eine Diskushernie eine Untersuchung vorgenommen worden. Diese Diagnose sei am 6. Februar 2012 im MRI bestätigt worden, und am 23. Februar 2012 habe der behandelnde Neurochirurg Dr. I._____ aufgrund dieser Diskushernie eine Operation für notwendig erachtet; diese sei am 4. Juli 2012 durchgeführt worden. Auslösend für die Arbeitsunfähigkeit sei sicher die am 15. Februar 2011 ausgesprochene fristlose Kündigung des Arbeitsverhältnisses gewesen. Im Anschluss an diese hätten sich psychische Probleme eingestellt. Die gegen Ende 2011 aufgetretenen lumbalen Rückenbeschwerden hätten nicht mit Sicherheit objektiviert werden können, hingegen die zu Beginn des Jahres 2012 nachgewiesenen cervikalen Probleme. Im angestammten Beruf sei seit der Diagnosestellung der cervikalen Diskushernie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zu attestieren. Die aufgrund eines orthopädischen Leidens glaubhaft zu attestierende Arbeitsunfähigkeit habe in der Folge vom 23. März bis 30. Oktober 2012 100 % betragen.

4.1.3 Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 31. März 2013

(act. 2.3 S. 54 bis 63) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit kein psychiatrisches Leiden in invalidisierendem Ausmass. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er einen Status nach einer Anpassungsstörung vom vorwiegend depressiv-ängstlichen, wütend-erregten Typ (ICD-10: F43.23), gegenwärtig vollständig remittiert. Weiter berichtete Dr. med. O. _____, aus psychiatrischer Sicht bestehe zumindest der Verdacht auf eine zusätzliche Somatisierungsneigung. Diese Schmerzfehlerverarbeitung habe jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer liege nicht vor. Auffallend sei, dass der Versicherte sehr darauf fixiert sei, an einer Maladie Forestier erkrankt zu sein. Eine gewisse psychische Fixierung auf die Unmöglichkeit, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen, schein offensichtlich, wobei der Eindruck auf eine psychogene Aggravation oder Simulationstendenz nicht aufgekommen sei.

4.1.4 Dr. med. P. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte in seinem orthopädischen Teilgutachten vom 25. März 2013 (act. 2.3 S. 43 bis 53) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches cervicovertebrales und cervicobrachiales Schmerzsyndrom beidseits (Status nach Cage-Spondylodese bei C5/C6 [4. Juli 2012], degenerative Discopathien mit Discusprotrusionen bei C3/C4, C4/C5 und C6/C7, cervicale Fehllhaltung in der seitlichen Ebene, klinisch keine eigentliche Radikulopathie) sowie ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen links (bildgebend präasacrale Spondylarthrose [7. Februar 2012], kein typischer Morbus Forestier, keine Radikulopathie). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte Dr. med. P. _____ einen Status nach einer Achillessehnen-Ruptur und Naht (sekundäre geringe Waden- und Muskelatrophie linke untere Extremität, sekundäres Schonhinken links) sowie einen Verdacht auf eine Meralgia parästhetica (linker lateraler Oberschenkel). Weiter berichtete Dr. med. P. _____, der Radiologe habe im April 2011 die Diagnose eines Morbus Forestier gestellt. Der Versicherte sei seither auf diese Diagnose fixiert und der Ansicht, diese sei die Ursache seines Gesundheitsschadens. Anlässlich einer Stellungnahme der Q. _____ zu den durchgeführten thoracolumbalen Röntenaufnahmen sei der Morbus Forestier nicht bestätigt worden. Die degenerativen Veränderungen seien diesbezüglich zu wenig ausgeprägt gewesen, und es seien zu wenige Segmente betroffen gewesen. Aufgrund der klinischen und bildgebenden Befunderhebung seien dem Versicherten keine schweren körperlichen Lasten mit Heben von mehr als 5 kg und mit Durchführung von Überkopfarbeiten, aber auch keine Tätigkeiten mit häufigem Bücken zumutbar. Der Beginn dieser Arbeitseinschränkung werde – wie

bereits vom Vertrauensarzt Dr. med. M. _____ – auf den 23. März 2012 festgesetzt. Dagegen seien leichte bis mittelschwere und rüchenscho-nende Tätigkeiten vollschichtig möglich. Schmerzbedingt ergebe sich eine Reduktion des Rendements von 30 %. Die angestammte Tätigkeit werde gestützt auf die Angaben des Versicherten als mittelschwer beurteilt. Diese Tätigkeit sei dem Versicherten mit einer Leistungseinschränkung von 30 % zumutbar. Diese Einschätzung gelte ebenfalls ab dem 23. März 2012. Nach dem operativen Eingriff an der Halswirbelsäule am 4. Juli 2012 werde von einer vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit von sechs Monaten bis Januar 2013 ausgegangen.

4.1.5 In der polydisziplinären C. _____-Hauptexpertise vom 9. April 2013 (act. 2.3 S. 13 bis 42) wurden die spezialärztlichen psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungsergebnisse und Diagnosen wiedergegeben und zusammenfassend ausgeführt, aus psychiatrischer Sicht könnten dem Versicherten jegliche, den körperlichen Leiden angepasste Tätigkeiten vollschichtig zugemutet werden. Die bisherige mittelschwere Tätigkeit sei dem Versicherten mit einer Leistungseinschränkung von 30 % zumutbar. Nach dem operativen Eingriff an der Halswirbelsäule am 4. Juli 2012 werde von einer vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit von 6 Monaten bis Januar 2013 ausgegangen.

4.1.6 Der Neurologe Dr. med. K. _____ berichtete am 18. November 2013 in Ergänzung des C. _____-Gutachtens vom 9. April 2013 (act. 2.3 S. 2 bis 5), die radiologischen Abklärungen hätten lumbal zwar degenera-tive Veränderungen, aber keine operationswürdigen Befunde ergeben. Zervikal seien die Diskusprotrusionen am 4. Juli 2012 und am 11. Juli 2013 operiert worden. Der Versicherte spreche von einer geplanten lumbalen Wirbelsäulenoperation, dies in Kombination mit einem sehr bemühten Neu-rochirurgen, der dem Versicherten helfen wolle. Vor einer allfälligen dritten Operation sollte eine neurochirurgische Zweitmeinung eingeholt werden. Dr. med. K. _____ attestierte dem Versicherten eine vollständige Arbeits-unfähigkeit in der Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter. Weiter führte er aus, dem Versicherten sei im Moment kaum eine Tätigkeit zuzumuten. Eine re-levante neurologische Störung liege, soweit überhaupt klinisch beurteilbar, wahrscheinlich nicht vor. Die neurochirurgischen Berichte seien äusserst rudimentär und die Indikationen zu den Operationen mindestens diskussi-onswürdig. Auch wenn gemäss C. _____-Gutachten nur der Verdacht auf eine zusätzliche Somatisierungs-Neigung bestehe, sei zum aktuellen Zeit-punkt von einer ausgeprägten Somatisierungsstörung auszugehen, die ei-ner weiteren Abklärung und Behandlung bedürfe.

4.1.7 Dr. med. R. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem internistischen Teilgutachten vom 3. Oktober 2014 (act. 47 S. 34 bis 39) keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit; ohne Auswirkungen erwähnte er eine Adipositas. Er führte weiter zusammengefasst aus, das Belastungsprofil sei aus internistischer Sicht nicht eingeschränkt. Aus internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweisungstätigkeit vollumfänglich erhalten. Auch retrospektiv werde aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gesehen.

4.1.8 Med. pract. S. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 21. Oktober 2014 (act. 47 S. 40 bis 49) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnosen. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie einen schädlichen Gebrauch von Hypnotika (ICD-10: F13.1) iatrogen. Weiter führte sie insbesondere aus, es bleibe zu diskutieren, ob die geklagten Konzentrationschwierigkeiten wie auch die schnelle Ermüdbarkeit und Müdigkeit nicht auf den Konsum von Hypnotika und Opioid-Präparaten zurückzuführen seien. Die Schilderung von zahlreichen Schmerzen sei sehr diffus und wenig präzise. Aus psychiatrischer Sicht sei festzuhalten, dass der Versicherte während der Untersuchung nie den Eindruck hinterlassen habe, unter schweren und quälenden Schmerzen zu leiden, sondern eine etwas appellativ vorgetragene Schmerz Wahrnehmung gezeigt habe. Sehr auffallend sei, dass der Versicherte in einem ausschliesslich somatischen Erklärungsmodell wegen des Morbus Forestier auf seinen Beschwerden beharre mit einer gewissen Fixierung auf die Unmöglichkeit, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen. Eine Aggravation oder Simulationstendenz sei nicht festzustellen. Gleichwohl müsse festgehalten werden, dass kein ausgewiesener, ausreichend schwerer innerseelischer Konflikt festgestellt werden könne. Es fänden sich auch keine schwerwiegenden, psychosozialen Belastungsfaktoren, die eng mit der Entwicklung des Schmerzsyndroms verknüpft seien. Vor diesem Hintergrund lasse sich beim Versicherten eine somatoforme Schmerzstörung nicht erhärten. Die krankheitsrelevanten Merkmale einer Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung lägen ebenfalls nicht vor. Die Diagnose einer Anpassungsstörung gemäss der Beurteilung von Dr. med. L. _____ vom 26. April 2011 sei nachvollziehbar. Sie, med. pract. S. _____, stimme auch den Ausführungen im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O. _____ vom 31. März 2013 in Bezug auf die remittierte Anpassungsstörung und der damaligen diagnostischen Einschätzung zu. Es gebe keine Diskrepanzen. Andere psychiatrische Vorbefunde lägen nicht vor. Medizinisch-theoretisch sei die zuletzt

ausgeübte Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit zumutbar. Verweisungstätigkeiten könnten ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit ausgeübt werden. Aus psychiatrischer Sicht habe im Jahr 2011 eine zweimonatige Arbeitsunfähigkeit bei damals diagnostizierter Anpassungsstörung bestanden. Eine darüber hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht habe nie bestanden.

4.1.9 Dr. med. T. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, diagnostizierte in seinem orthopädisch-/traumatologischen Teilgutachten vom 23. Oktober 2014 (act. 47 S. 24 bis 33) mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ein cervicovertebrales und cervicospondylogenes Schmerzsyndrom (mit/bei anamnestischen Zuständen nach Diskushernienoperation [Cage-Versorgung und Spondylodese C5/6 im Juli 2012] und Diskektomie und Spondylodese [C3/4 und C4/5 im Juli 2013] sowie einer subjektiv persistierenden konzentrischen Bewegungseinschränkung der HWS) und ein lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (mit/bei CT [Juni 2014]-beschriebenen Discopathien [L3/4, L4/5 und L5/S1, nach eigenen anamnestischen Angaben operativer Behandlungstermin 20. November 2014 beim Neurochirurgen Dr. I. _____] und rumpfmuskulärem Globaldefizit [Trainingsmangel]). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte Dr. med. T. _____ einen anamnestischen Status nach zweimaliger Achillessehnenoperation in der Kindheit sowie nach operativer Revision einer Nabelhernie. Weiter führte er insbesondere aus, im orthopädischen Teilgutachten vom 25. März 2013 sei eine interkurrente vorübergehende 100%ige postoperative Arbeitsunfähigkeit bestätigt worden. Der Gutachter habe ansonsten eine 30%ige Minderung der Leistungsfähigkeit in der bisherigen, als mittelschwer bewerteten Tätigkeit im Reinigungsdienst erklärt. Diese Einschätzung werde auf der Grundlage der aktuellen Abklärungsbefunde auf eine Minderung der Leistungsfähigkeit auf 20 % korrigiert. Es handle sich um eine abweichende Beurteilung weitgehend unveränderter Befunde im Vergleich zum orthopädischen Teilgutachten vom 25. März 2013. Im neurologischen Gutachten vom 18. November 2013 sei einerseits keine relevante neurologische Störung gesehen und andererseits die Arbeitsfähigkeit mit 0 % interpretiert worden, was im Kontext mit dem übrigen neurologischen Abklärungsbefund als nicht plausibel erscheine. Der behandelnde Neurochirurg Dr. I. _____ habe am 25. April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 31. Mai 2014 und am 27. Mai 2014 eine solche bis zum 1. Juni 2014 attestiert. Diese langfristige Arbeitsunfähigkeit könne weder orthopädisch somatisch noch anhand der aktuellen bildgebenden Befunde noch mit neuropathologischen Befunden

nachvollzogen werden. Es seien leichte und mittelschwere rückenadaptierte Tätigkeiten zumutbar. Arbeiten in Zwangshaltungen für die Wirbelsäule (vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend, kauend) und repetitive Bewegungsanforderungen an die HWS und den Rumpf seien zu meiden. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 15 kg limitiert. In der bisherigen Tätigkeit im Reinigungsdienst bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % entsprechend einem uneingeschränkt zumutbaren Pensum und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Eine um 20 % geminderte Leistungsfähigkeit entspreche einer abweichenden Bewertung annähernd gleicher Sachverhalte im Vergleich zum orthopädischen Vorgutachten vom 25. März 2013 und gehe zu Lasten eines beschwerdebedingt nicht auszuschliessenden verminderten Arbeitstempos. Tätigkeiten, welche mit dem beschriebenen Profil korrelierten, seien ebenfalls auf einem 80%igen Niveau zumutbar. Der beratende Arzt der SWICA habe am 15. März 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. September 2011 erklärt. Die HWS-Operationen im Juli 2012 und Juli 2013 begründeten retrospektiv eine jeweils befristete postoperative dreimonatige Arbeitsunfähigkeit zu 100 %. Anschliessend sei über einen Zeitrahmen von jeweils vier Wochen eine stufenweise Wiedereingliederung realistisch gewesen. In der Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen sei der Beginn der 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf den 23. März 2012 gelegt worden. Nachvollziehbar wäre eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für drei Monate nach dem letzten HWS-Eingriff im Juli 2013 und eine 80%ige Arbeitsfähigkeit durchgehend ab November 2013 bis auf weiteres. Der behandelnde Neurochirurg Dr. I. _____ habe dem Versicherten einen Termin zu einer operativen Revision der lumbalen Discopathie für den 20. November 2014 eingeräumt. Eine dringliche operative Behandlungsindikation könne derzeit nicht gesehen werden. Die Prognose sei im Hinblick auf das hypothetische operative Vorgehen offen. Bei einem wiederum hypothetisch optimalen postoperativen Verlauf sollte zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in der bisherigen Tätigkeitsgebiet im Reinigungsdienst und in angepassten Tätigkeiten erwartet werden können.

4.1.10 Dr. med. U. _____, Fachärztin für Neurologie, stellte in ihrem neurologischen Teilgutachten vom 28. Oktober 2014 (act. 47 S. 50 bis 56) mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit keine Diagnosen; ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie eine motorische Schwäche im linken Arm und linken Bein und sensible Störungen im linken Bein (nicht sicher neurologisch bedingt, Differentialdiagnose schmerzbedingt/funktionell). Weiter führte Dr. med. U. _____ zusammengefasst aus, bei der aktuellen Untersuchung fänden sich keine objektiv verwertbaren neurologischen Ausfälle.

Insgesamt korrelierten die Schmerzen an den oberen und unteren Extremitäten nicht mit neurologischen Befunden. Eine funktionelle bzw. somatoforme Komponente dürfte eine Rolle spielen. Das Belastungsprofil müsse von orthopädischer Seite her erstellt werden. Aus neurologischer Sicht bestünden sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweisungstätigkeit keine Einschränkungen. In der neurologischen Untersuchung werde eine Arbeitsfähigkeit als Reinigungsmitarbeiter von 0 % festgehalten, was prinzipiell im Gegensatz zu der gestellten Diagnose einer Somatisierungsstörung und zu den übrigen, nicht sicher pathologischen neurologischen Befunden stehe.

4.1.11 Im polydisziplinären Hauptgutachten vom 12. November 2014 (act. 47 S. 1 bis 23) wurde eine Zusammenfassung der Teilgutachten vorgenommen und im Rahmen des polydisziplinären Konsenses insbesondere ausgeführt, in der bisherigen Tätigkeit im Reinigungsdienst bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % entsprechend einem uneingeschränkt zumutbaren Pensum und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Dasselbe gelte für Tätigkeiten, die mit dem orthopädisch beschriebenen Belastungsprofil übereinstimmten. Eine suffiziente schmerzmodulierende sowie affektstabilisierende pharmakologische Behandlung erscheine erforderlich und eine begleitende, unterstützende orthopädisch-psychotherapeutische Rehabilitationsmassnahme sinnvoll. Schliesslich wurde eine Stellungnahme zu divergierenden Beurteilungen abgegeben und ausgeführt, orthopädisch und neurologisch somatisch hätten die vom Versicherten intensiv und umfangreich vorgetragene Beschwerden nicht bzw. allenfalls nur teilweise nachvollzogen werden können. Es fänden sich keine objektiv befriedigend korrelierende pathologische Befunde im Bereich des Bewegungsapparates und des Nervensystems. Psychiatrisch seien die Einschätzungen des Versicherten ebenfalls nur teilweise nachvollziehbar.

4.1.12 In ihrer Stellungnahme vom 23. Dezember 2014 (act. 49) stützte sich med. pract. E. _____ vom RAD insbesondere auf das polydisziplinäre F. _____-Gutachten vom 12. November 2014 und führte entsprechend aus, die aktuelle polydisziplinäre Abklärung habe eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule ergeben. Eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe nicht vorgelegen. Dem Versicherten seien adaptierte Tätigkeiten mit einem Pensum von 80 % zumutbar.

4.1.13 In seinem Bericht vom 24. März 2015 (act. 59 S. 6) attestierte der Neurochirurg Dr. I._____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ein weiterer Neurochirurg namens Dr. V._____ berichtete am 28. Juli 2015 (act. 64 S. 2) von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in einer mit Stehen und Lastentragen verbundenen Arbeit.

4.1.14 In ihrer Stellungnahme vom 3. Dezember 2015 (act. 68) nahm med. pract. E._____ Bezug auf die Berichte der Dres. I._____ und V._____. Sie war der Auffassung, dass aus diesen Unterlagen keine Verschlechterung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Zeitpunkt der Gutachtenserstellung hervorgehe. Betreffend die Notwendigkeit einer neurochirurgischen Abklärung führte sie weiter aus, bei der Begutachtung müssten vor allem die funktionellen Beeinträchtigungen eruiert werden, um zur Beurteilung des Belastungsprofils Stellung nehmen zu können. Hierüber würde die orthopädische und neurologische Abklärung begründet und differenziert Auskunft geben. Sowohl Orthopäden als auch Neurochirurgen würden operative Erfahrung mitbringen, so dass beide die Kompetenzen hinsichtlich der Beurteilung einer Operation mitbringen würden. Für die Beurteilung der funktionellen Auswirkung und damit der aktuellen Arbeitsfähigkeit habe dies keine Konsequenzen. Trotz eines guten Allgemein- und Ernährungszustands könne ein muskuläres Trainingsdefizit vorliegen, ohne dass dies Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Alltag habe. Der Allgemein- und Ernährungszustand sei somit nicht gleichzusetzen mit dem muskulären Zustand, welcher sowohl konstitutions- als auch trainingsbedingt variieren könne. Der Orthopäde nehme ausführlich und begründet zur anderslautenden aktuellen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit Stellung. Schliesslich würden die Gutachter begründet Stellung zu den Vorakten nehmen und begründen, weshalb sie von einer anderen Einschätzung ausgehen würden.

4.2

4.2.1 Das polydisziplinäre F._____ -Gutachten vom 12. November 2014 erfüllt grundsätzlich die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien, da es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde. Zudem steht es mit den entsprechenden Teilgutachten in Übereinstimmung und ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Obwohl – wie nachfolgend zu zeigen ist – auf diese Expertise nicht in ganz

allen Belangen abgestellt werden kann, ist auf die Abnahme weiterer Beweismassnahmen zu verzichten, da solche am vorliegenden Ergebnis nichts mehr ändern würden (vgl. hierzu resp. zur antizipierten Beweiswürdigung BGE 122 V 157 E. 1d). Die Gründe für diesen Verzicht liegen einerseits im Umstand, dass retrospektive Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit schwierig sind und entsprechende Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen müssen (vgl. Urteil des BVGer C-1421/2013 vom 29. September 2014 E. 3.4.2 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5). Andererseits wurden darüber hinaus fachärztlicherseits keine weiteren wichtigen Aspekte benannt, die im Rahmen der F._____-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären und aufgrund welcher sich eine abweichende Beurteilung aufdrängen würde (vgl. hierzu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

4.2.2 Aufgrund der Berichte der Dres. med. M._____, Facharzt für Chirurgie, vom 4. Oktober 2012 (act. 2.2 S. 5 und 6) und P._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 25. März 2013 (act. 2.3 S. 43 bis 53) resp. der C._____-Hauptexpertise vom 9. April 2013 (act. 2.3 S. 13 bis 42) ergeben sich hinsichtlich der postoperativen Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an die Halswirbelsäulenoperationen vom 4. Juli 2012 und 11. Juli 2013 Differenzen zu der Beurteilung des Experten Dr. med. T._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, in dessen Teilgutachten vom 23. Oktober 2014 (act. 47 S. 24 bis 33) bzw. des polydisziplinären F._____-Hauptgutachtens vom 12. November 2014 (act. 47 S. 1 bis 23). Mit Blick auf die übereinstimmende und – betreffend die im Juli 2012 erfolgte Operation – echtzeitlichere Auffassung der Dres. med. M._____ und P._____ ist entgegen der Auffassung von Dr. med. T._____ von einer vorübergehenden sechsmonatigen 100%igen Arbeits- und Leistungsunfähigkeit auszugehen. Aufgrund der Ausführungen der Dres. med. M._____ und P._____ ist auch hinsichtlich der ein Jahr später erfolgten zweiten Operation zu Gunsten des Beschwerdeführers davon auszugehen, dass die vollständige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit eine Dauer von sechs Monaten aufgewiesen hatte.

4.2.3 Betreffend die Differenzen zwischen den attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeiten nach Ablauf der postoperativen vollständigen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ist festzuhalten, dass es sich bei der von Dr. med. T._____ vorgenommenen Korrektur der geminderten Leistungsfähigkeit von 30 % – wie vom Experten Dr. med. P._____ postuliert – auf 20 % um eine abweichende Beurteilung weitgehend unveränderter Befunde im Vergleich zum orthopädischen Teilgutachten vom 25. März 2013 (act. 2.3

S. 43 bis 53) handelt. Hinsichtlich der im Anschluss an die vorübergehende sechsmonatige 100%ige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit (vgl. E. 4.2.2 hiervor) ist gestützt auf das schlüssige und überzeugende Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. T._____ resp. dem polydisziplinären F._____ - Hauptgutachten vom 12. November 2014 davon auszugehen, dass ab Januar 2013 (sechs Monate nach der ersten Operation) resp. ab Januar 2014 (sechs Monate nach der zweiten Operation) in der bisherigen Tätigkeit im Reinigungsdienst eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, entsprechend einem uneingeschränkt zumutbaren Pensum und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 %, besteht. Dasselbe gilt für andere Tätigkeiten, die mit dem orthopädisch beschriebenen Belastungsprofil übereinstimmen. Wie nachfolgend aufzuzeigen ist (vgl. E. 5.3.2 und 5.4 hiernach), würde sich am Ergebnis jedoch auch nichts ändern, wenn entsprechend der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. med. P._____ resp. der polydisziplinären C._____ - Hauptexpertise vom 9. April 2013 davon ausgegangen würde, dass dem Beschwerdeführer sowohl seine angestammte (mittelschwere) Arbeit im Reinigungsdienst als auch leichte bis mittelschwere und rückschonende Verweisungstätigkeiten – schmerzbedingt mit einem Rendement von 70 % – vollschichtig möglich wären.

4.2.4 Aus internistischer Sicht ergibt sich weiter, dass der Beschwerdeführer gemäss den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Internisten Dr. med. R._____ in dessen Teilgutachten vom 3. Oktober 2014 (act. 47 S. 34 bis 39) an keiner internistischen Krankheit leidet und dieser sowohl in der angestammten Arbeit als auch in einer Verweisungstätigkeit voll arbeits- und leistungsfähig ist.

4.2.5 In psychiatrischer Hinsicht ist mit Blick auf die Ausführungen des Psychiaters Dr. med. L._____ in dessen Gutachten vom 26. April 2011 (act. 2.1 S. 12 bis 15) widerspruchsfrei erstellt, dass der Beschwerdeführer im Anschluss an die Kündigung an einer Anpassungsstörung vom vorwiegend depressiv-ängstlich, wütend-erregtem Typ (ICD-10: F43.23) gelitten hatte. Mit Blick auf die Beurteilung von Dr. med. L._____, wonach der Versicherte nach einem Monat vollständiger Arbeitsunfähigkeit mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder zu 50 % und nach Ablauf von zwei weiteren Monaten wieder zu 100 % arbeiten könne, ist auch die Beurteilung von Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wonach die von Dr. med. L._____ diagnostizierte Störung vollständig remittiert sei und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (act. 2.3 S. 54 bis 63), rechtsgenügend nachvollziehbar. Weiter liegen keine Gründe vor, an den

weiteren Ausführungen von Dr. med. O. _____ zu zweifeln resp. das Fehlen einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer in Frage zu stellen. Schliesslich ergeben sich auch mit Blick auf die Teilexpertise von med. pract. S. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Oktober 2014 (act. 47 S. 40 bis 49) keine Widersprüchlichkeiten. Sie legte in überzeugender Art und Weise dar, dass beim Versicherten weder ein ausgewiesener, ausreichend schwerer innerseelischer Konflikt noch schwerwiegende psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen und somit keine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren ist. Weiter ist nicht in Zweifel zu ziehen, dass keine krankheitsrelevanten Merkmale einer Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung vorliegen. Schliesslich ergeben sich aufgrund der Expertise von med. pract. S. _____ auch keine Diskrepanzen zu den Beurteilungen der Dres. med. L. _____ und O. _____. Vielmehr stimmte med. pract. S. _____ den diagnostischen Einschätzungen dieser beiden Fachärzte zu. Aufgrund der Berichterstattungen der Dres. med. L. _____ und O. _____ sowie von med. pract. S. _____ ergibt sich demnach, dass beim Beschwerdeführer in rein psychisch-psychiatrischer Hinsicht zu keinem Zeitpunkt eine länger dauernde, rentenrelevante Arbeits- und Leistungsunfähigkeit vorgelegen hatte und ihm im Anschluss an die Anpassungsstörung – welche während einem Monat zu einer vollständigen und für die Dauer von zwei Monaten zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit geführt hatte – medizinisch-theoretisch sowohl die zuletzt ausgeübte resp. angestammte Tätigkeit als auch entsprechende Verweisungstätigkeiten ohne Einschränkungen vollzeitlich zumutbar waren resp. sind.

4.2.6 Betreffend die Fachdisziplin Neurologie ist aufgrund der betreffend die Diagnosestellung übereinstimmenden Berichte der Dres. med. K. _____ vom 18. November 2013 (act. 2.3 S. 2 bis 5) und U. _____ vom 28. Oktober 2014 (act. 47 S. 50 bis 56) ebenfalls erstellt, dass der Beschwerdeführer an keiner relevanten neurologischen Störung mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in der bisherigen resp. in einer Verweisungstätigkeit leidet. Die von Dr. med. K. _____ attestierte vollständige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit lässt sich demnach aus rein neurologischer Sicht nicht nachvollziehen. Mit Blick auf dessen Ausführungen im Zusammenhang mit den Operationen ist vielmehr davon auszugehen, dass dieses Attest im Zusammenhang mit den Operationen bzw. der Wirbelsäulenproblematik zu Stande kam. Da Dr. med. K. _____ jedoch nicht über die Facharztstitel in den Fachdisziplinen (orthopädische) Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie verfügt, kann auf dessen entsprechende Einschätzung nicht abgestellt werden.

4.2.7 Aus den Berichten der Neurochirurgen Dres. I. _____ vom 24. März 2015 (act. 59 S. 6) und V. _____ vom 28. Juli 2015 (act. 64 S. 2) geht in Übereinstimmung mit med. pract. E. _____ in deren Stellungnahme vom 3. Dezember 2015 (act. 68) keine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Erstellung des polydisziplinären Hauptgutachtens vom 12. November 2014 (act. 47 S. 1 bis 23) hervor. Hinsichtlich der Einwendungen im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer zusätzlichen neurochirurgischen Abklärung sowie der operativen Indikation durch einen Orthopäden ist in Übereinstimmung mit der Vorinstanz festzuhalten, dass im Rahmen einer Begutachtung zur Erstellung des Leistungskalküls insbesondere die funktionellen Beeinträchtigungen eruiert werden müssen. Weiter steht ausser Frage, dass sowohl Orthopäden als auch Neurochirurgen über operative Erfahrungen verfügen und zur Beurteilung einer Operationsindikation kompetent sind, denn sowohl die Neurochirurgie als auch die Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats befasst sich mit der Erkennung und operativen Behandlung von Verletzungen des Bewegungsapparats (vgl. www.fmh.ch > Facharzttitle und Schwerpunkte; zuletzt besucht am 22. August 2018). Schliesslich sind auch die Ausführungen von med. pract. E. _____, wonach der Allgemein- und Ernährungszustand nicht gleichzusetzen sei mit dem sowohl konstitutions- als auch trainingsbedingt variierenden muskulären Zustand, rechtsgenügend nachvollziehbar.

4.2.8 Hinsichtlich des Umstands, dass die schweizerischen Ärzte resp. Gutachter entgegen den in Frankreich behandelnden Ärzten die Diagnose eines Morbus Forestier (ICD-10: M48.1) nicht gestellt haben, ist einerseits darauf hinzuweisen, dass eine Diagnose für sich allein noch keinen Schluss auf die gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4). Andererseits handelt es sich beim Morbus Forestier (Synonym: Diffuse idiopathische Skeletthyperostose, engl. Forestier's disease, diffuse idiopathic skeletal hyperostosis) um eine häufig vorkommende, aber selten diagnostizierte Skeletterkrankung mit noch nicht endgültig geklärter Ursache, bei der es zu einer Verkalkung des vorderen Längsbandes der Wirbelsäule kommt (vgl. hierzu <https://www.rheuma-online.de/a-z/m/morbus-forestier/>; zuletzt besucht am 22. August 2018). Da der Experte Dr. med. T. _____ in seinem orthopädisch-/traumatologischen Teilgutachten vom 23. Oktober 2014 (act. 47 S. 24 bis 33) mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ein cervicovertebrales und cervicospondylogenes sowie ein lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom diagnostiziert hatte, ist ohne Weiteres davon

auszugehen, dass der Wirbelsäulenproblematik genügend Rechnung getragen worden ist und die (zusätzliche) Diagnose eines Morbus Forestier zu keiner Erhöhung der Arbeits- und Leistungsunfähigkeit führen würde.

4.2.9 Den Äusserungen bzw. Fragen des Rechtsvertreters im Zusammenhang mit der Neutralität der Gutachterstelle ist zu entgegnen, dass die Vergabe des Begutachtungsauftrags nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem „W. _____“ erfolgte (Art. 72^{bis} Abs. 1 und 2 IVV; BGE 139 V 349 E. 2.2). Demnach wurden die Anforderungen an eine medizinische polydisziplinäre Begutachtung im Sinne von BGE 137 V 210 erfüllt. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer kein Ausstandsbegehren gegen Dr. med. T. _____ gestellt hat (vgl. in diesem Zusammenhang BGE 137 V 210 E. 1.3.3; BGE 132 V 93 E. 7.1; SVR 2016 IV Nr. 8 S. 24 E. 3.3; SVR 2015 IV Nr. 23 S. 70 E. 6.1.1; SVR 2013 IV Nr. 30 S. 89 E. 5.2.2) und die Ablehnung einer Gutachtensstelle bzw. eines Sachverständigen regelmässig nicht allein mit strukturellen Rahmenbedingungen der Begutachtung begründet werden kann (vgl. hierzu BGE 138 V 271 E. 2.2.2; BGE 137 V 210; SVR 2016 IV Nr. 8 S. 24 E. 3.2).

4.3 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Anschluss an die im Juli 2012 und Juli 2013 vorgenommenen Operationen jeweils für die Dauer von sechs Monaten vollständig arbeits- und leistungsunfähig war. Insofern war der Beschwerdeführer jeweils nach Ablauf eines Jahres nach den Operationsterminen im Juli 2013 und im Juli 2014 durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig, womit die Voraussetzung von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG (einjährige gesetzliche Wartezeit) erfüllt ist. Gemäss dem Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. T. _____ resp. dem polydisziplinären F. _____-Hauptgutachten vom 12. November 2014 ist weiter davon auszugehen, dass ab Januar 2013 resp. ab Januar 2014 in der bisherigen Tätigkeit im Reinigungsdienst und in anderen Tätigkeiten, die mit dem orthopädisch beschriebenen Belastungsprofil übereinstimmen, eine Arbeitsfähigkeit von 80 % – entsprechend einem uneingeschränkt zumutbaren Pensum und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % – besteht. Nachfolgend ist mittels eines Einkommensvergleichs zu prüfen, ob unter diesen Begebenheiten auch die Voraussetzung der mindestens 40%igen Invalidität nach Ablauf eines Jahres gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. c IVG erfüllt ist.

5.

5.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 135 E. 2b). Für eine korrekte Invaliditätsbemessung nach der Einkommensvergleichsmethode ist unabdingbar, dass die dafür notwendigen Einkommens- oder Prozentzahlen konkret und sorgfältig ermittelt und die massgebenden Zahlen in den Akten festgehalten werden, damit die versicherte Person in Erfahrung bringen kann, aufgrund welcher erwerblicher Annahmen die Verwaltung auf einen bestimmten Invaliditätsgrad erkannt hat (BGE 114 V 310 E. 3a; AHI 1998 S. 253 E. 3a). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295; BGE 129 V 222 E. 4.1.3).

5.2

5.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 134 V 322 E. 4.1; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Nicht massgebend ist, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1, 131 V 51 E. 5.1.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemes-

sung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2).

5.2.2 Vorab ist zu erwähnen, dass für die Vornahme des Einkommensvergleichs die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühest möglichen (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs im Jahr 2013 massgebend sind. Unter diesem Aspekt kann zur Bestimmung des hypothetischen Validenlohns auf die Erhebungen der Vorinstanz, welche Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebungen 2012 herangezogen hat, abgestellt werden (zur Anwendbarkeit vgl. BGE 142 V 178). Gemäss der LSE 2012 betrug der monatliche Bruttolohn gemäss dem branchenübergreifenden Totalwert für Männer im privaten Sektor im Jahr 2012 im Kompetenzniveau 1 bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und inkl. 13. Monatslohn auf monatlich brutto Fr. 5'210.- (vgl. www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnniveau – Schweiz > privater und öffentlicher Sektor > monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht – privater Sektor > Download Tabelle > Tabelle TA1_tirage_skill_level; zuletzt besucht am 23. August 2018). Unter Umrechnung dieses Einkommens auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2012 (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb; www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > Arbeitszeit > Normalarbeitsstunden gemäss der Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit > betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche 1990-2017 > Download Tabelle > Total; zuletzt besucht am 23. August 2018) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2012 bis 2013 (Tabelle 1.1.10; Nominallohnindex Männer Total 2012: 101.7; 2013: 102.5; vgl. www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnentwicklung > schweizerischer Lohnindex: Index und Veränderung auf der Basis 2010 = 100 > Download Tabelle; zuletzt besucht am 23. August 2018) resultiert demnach ein hypothetisches jährliches Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 65'690.-.

5.3

5.3.1 Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b aa).

Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen (vgl. BGE 107 V 17 E. 2c; AHI 1999 S. 238 E. 1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b bb; RKUV 1999 U 343 S. 412 E. 4b aa). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmassig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b bb; SVR 2007 IV Nr. 11 S. 41 E. 3.2; RKUV 2003 U 494 S. 390 E. 4.2.3). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b).

5.3.2 Im Rahmen der Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens stützte sich die Vorinstanz ebenfalls auf die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebungen 2012 (Totalwert für Männer im privaten Sektor im Kompetenzniveau 1; vgl. E. 5.2.2 hiervor), was ebenfalls zu keinen Beanstandungen Anlass gibt. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2012, der Nominallohnentwicklung von 2012 bis 2013 sowie des um 20 % eingeschränkten Rendements ergibt sich somit ein hypothetisches jährliches Invalideneinkommen von Fr. 52'552.- resp. Fr. 45'983.- bei einem um 30 % eingeschränkten Rendement (vgl. E. 4.2.3 und 4.3 hiervor). Bei einem 100%igen Rendement und einer Leistungseinbusse von 20 % bzw. 30 % besteht kein Anspruch auf einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug.

5.4 Aufgrund des vorstehend Dargelegten resultieren aus der Gegenüberstellung eines hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 65'690.- und eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 52'552.- ein rentenaus-schliessender IV-Grad von 20 % bzw. – ausgehend von einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 45'983.- – ein solcher von 30 % (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121). Da dem Beschwerdeführer jeweils sechs

Monate nach den Operationen sowohl seine angestammte Arbeit als leistungsadaptierte Verweisungstätigkeiten mit einem 80%igen (bzw. 70%igen) Rendement vollschichtig zumutbar war (vgl. E. 4.2.3 und 4.3 hiervor), ergäbe bereits ein Prozentvergleich dieselben IV-Grade (zur Zulässigkeit dieses Vergleichs vgl. Urteil des BGer 9C_785/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 2.2 mit Hinweisen). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass vorliegend die vom Beschwerdeführer zu fordernde, gegenüber der beruflichen Eingliederung vorrangige Selbsteingliederung (vgl. hierzu BGE 113 V 22 E. 4a S. 28; SVR 2007 IV Nr. 1 S. 3 E. 5.1) direkt zur rentenausschliessenden arbeitsmarktlichen Verwertbarkeit des funktionellen Leistungsvermögens führt, weshalb von der Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen abgesehen werden konnte (vgl. hierzu bspw. Urteil des BVGer C-3191/2012 E. 4.1 mit Hinweisen).

6.

Mit Blick auf die französischen Rentenbescheide vom 13. Dezember 2016 und 27. März 2017 (B-act. 23 Beilagen 1 und 2) ist abschliessend festzuhalten, dass der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten kann, denn sein allfälliger Rentenanspruch bestimmt sich alleine aufgrund der schweizerischen Bestimmungen. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2), und aus dem Ausland stammende Beweismittel unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des BVGer C-3377/2016 vom 28. März 2017 E. 4 mit Hinweisen; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.2 hiervor), bleibt es dem Beschwerdeführer unbenommen, sich aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Verfügungserlass vom 14. Januar 2016 neu anzumelden.

7.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz zu Recht einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 14. Januar 2016 erweist sich demnach im Ergebnis als rechters, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 18. Februar 2016 als unbegründet abzuweisen ist.

8.

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

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 400.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

8.2 Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG i. V. m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario), und die obsiegende Vorinstanz als Bundesbehörde (BGE 127 V 205 E. 4) hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 und 4 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: