



Urteil vom 15. August 2017

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

Parteien

A. _____,
vertreten durch lic. iur. oec. David Zünd, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

B. _____ **Vorsorge**,
vertreten durch lic. iur. LL.M. Eric Stern, Rechtsanwalt,
Beschwerdegegnerin,

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch, Verfügung vom
25. Januar 2016.

Sachverhalt:**A.**

Der 1966 geborene, deutsche Staatsangehörige A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) war in den Jahren 2004 bis 2013 in der Schweiz erwerbstätig und entrichtete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; SUVA-act. 81; BVGer-act. 25, Beilage 28). Zuletzt war er bis 31. März 2013 als Tunnelbauer tätig (letzter effektiver Arbeitstag: 24. September 2012). Danach kehrte er nach Deutschland zurück, wo er keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging.

B.

B.a Nachdem der Versicherte am 23. März 2012 nach einer hohen Staubbelastung auf der Baustelle einen Pneumothorax erlitten und die nach erfolgter Spitalbehandlung und Rehabilitation zwischenzeitlich am 5. Juni 2012 wieder aufgenommene Arbeit am 24. September 2012 aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben hatte, meldete er die Lungenerkrankung am 16. Oktober 2012 als Berufskrankheit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) an (SUVA-act. 1).

B.b Mit E-Mail vom 17. November 2012 ersuchte der Versicherte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) um Auskünfte betreffend einer Invalidenrente (IVSTA-act. 14) und reichte Arztberichte ein (IVSTA-act. 1-13). Nachdem ihn die IVSTA mit Schreiben vom 27. November 2012 darauf hingewiesen hatte, dass er seinen Rentenanspruch beim zuständigen Sozialversicherungsträger seines Wohnsitzlandes zu stellen habe (IVSTA-act. 17), meldete er sich am 29. November 2012 beim deutschen Versicherungsträger zum Bezug einer Rente an. Dieser übermittelte am 28. Januar 2013 das Antragsformular E 204 (IVSTA-act. 22) unter Beilage eines ärztlichen Berichts (IVSTA-act. 18), der Mitteilung über die Ablehnung eines Antrags auf Rente wegen Erwerbsminderung sowie den Versicherungsverlauf in Deutschland (IVSTA-act. 20) zur Durchführung des zwischenstaatlichen Rentenprüfungsverfahrens.

B.c Die IVSTA tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Sie holte insbesondere beim Versicherten und dem letzten Arbeitgeber Informationen auf den entsprechenden Fragebögen ein (IVSTA-act. 27, 32, 37, 41 und 55), zog die Akten der SUVA bei (IVSTA-act. 33; SUVA-act. 40) und nahm weitere ärztliche Unterlagen, die vom Versicherten (IVSTA-act. 35) und vom deutschen Versicherungsträger (IVSTA-act. 46-48)

eingereicht wurden, zu den Akten. Am 26. August 2013 teilte der deutsche Versicherungsträger mit, dass der Versicherte gegen die Ablehnung seines Antrags auf eine Rente wegen Erwerbsminderung Widerspruch erhoben habe (IVSTA-act. 49).

B.d Am 11. September 2013 nahm der medizinische Dienst der IVSTA zu den ärztlichen Unterlagen Stellung (IVSTA-act. 52). Gestützt auf diese Einschätzung führte die IVSTA am 24. September 2013 einen Einkommensvergleich durch und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 47 % (IVSTA-act. 53). Dementsprechend stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 25. September 2012 die Ausrichtung einer Viertelsrente ab 1. Mai 2013 in Aussicht (IVSTA-act. 54). Dagegen liess der mittlerweile anwaltlich vertretene Versicherte am 25. Oktober 2013 und am 24. Januar 2014 Einwände erheben. Er kritisierte insbesondere, dass keine psychiatrische Begutachtung vorgenommen worden sei, und machte eine fehlerhafte Durchführung des Einkommensvergleichs geltend (IVSTA-act. 56 und 68).

B.e In der Zwischenzeit lehnte die IVSTA mit Verfügung vom 14. November 2013 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen mangels Erfüllens der versicherungsmässigen Voraussetzungen ab (IVSTA-act. 58).

B.f Am 11. November 2013 teilte der deutsche Versicherungsträger mit, dass das Widerspruchsverfahren mit Bescheid vom 6. November 2013 abgeschlossen worden sei. Es werde keine Rente gezahlt (IVSTA-act. 59). Gemäss Mitteilung vom 20. Dezember 2013 hat der Versicherte dagegen Klage erhoben (IVSTA-act. 66).

B.g Mit Verfügung vom 13. Juni 2014 wies die IVSTA das am 6. Februar 2014 gestellte Gesuch (IVSTA-act. 70) um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung im Verwaltungsverfahren ab (IVSTA-act. 89).

B.h Die B. _____ Vorsorge (nachfolgend: Vorsorgeeinrichtung oder Beschwerdegegnerin), welcher der Vorbescheid vom 25. September 2013 am 6. März 2014 zugestellt worden war (IVSTA-act. 75), forderte am 23. April bzw. am 6. Mai 2014, dass dem Versicherten keine Rente zuzusprechen sei (IVSTA-act. 80 und 85).

B.i Auf Empfehlung des medizinischen Dienstes vom 29. April 2014 (IVSTA-act. 81) ersuchte die IVSTA den deutschen Versicherungsträger am 5. Mai 2014 um Veranlassung einer psychiatrischen Untersuchung des Versicherten (IVSTA-act. 83). Der deutsche Versicherungsträger wies am 22. Mai 2014 darauf hin, dass im Rahmen des hängigen Verfahrens am

Sozialgericht C._____ eine weitere medizinische Sachaufklärung erfolge (IVSTA-act. 86) und stellte am 8. September 2014 die im Klageverfahren bisher angefallenen ärztlichen Unterlagen zu (IVSTA-act. 93-120). Der Versicherte reichte am 7. Oktober 2014 ein internistisch-pneumologisches Gutachten vom 12. September 2014 (IVSTA-act. 123) und am 16. Oktober 2014 eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 14. Oktober 2014 ein (IVSTA-act. 125). Zu den neuen ärztlichen Unterlagen nahm der medizinische Dienst der IVSTA am 10. Dezember 2014 (IVSTA-act. 128) und am 14. Februar 2015 (IVSTA-act. 134) Stellung. Der deutsche Versicherungsträger reichte am 18. Februar 2015 (IVSTA-act. 137) ein zuhanden des Sozialgerichts C._____ erstelltes neurologisch-psychiatrisches Gutachten vom 15. Januar 2015 ein (IVSTA-act. 136), wozu der medizinische Dienst der IVSTA am 26. Mai 2015 Stellung nahm (IVSTA-act. 139).

B.j Nach Einholen einer Stellungnahme des internen Rechtsdienst vom 29. Juni 2015 (IVSTA-act. 143) und weiteren Auskünften beim ehemaligen Arbeitgeber vom 4. August 2015 (IVSTA-act. 144) und vom 11. September 2015 (IVSTA-act. 147) ermittelte die IVSTA aufgrund eines neuen Einkommensvergleichs vom 15. Oktober 2015 einen Invaliditätsgrad von 20 % ab 23. März 2012 (IVSTA-act. 152). Dementsprechend stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 28. Oktober 2015 die Abweisung seines Leistungsgesuchs in Aussicht (IVSTA-act. 154). Dagegen liess der Versicherte durch seinen neuen Rechtsvertreter am 2. November 2015 und am 8. Dezember 2015 erneut Einwände erheben (IVSTA-act. 156 und 160). Mit Verfügung vom 25. Januar 2016 wies die IVSTA das Leistungsbegehren in Bestätigung ihres zweiten Vorbescheids ab (IVSTA-act. 165).

C.

Gegen die Verfügung vom 25. Januar 2016 erhob der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 1. März 2016 (Poststempel) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, die angefochtene Verfügung sei vollumfänglich aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten (BVGer-act. 1).

D.

Der mit Zwischenverfügung vom 8. März 2016 beim Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen eingeforderte Kostenvorschuss von Fr. 800.– (BVGer-act. 2) wurde am 17. März 2016 geleistet (BVGer-act. 4).

E.

Die Vorinstanz schloss in ihrer Vernehmlassung vom 28. April 2016 auf Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 6).

F.

Mit Instruktionsverfügung vom 19. Mai 2016 wurde die Vorinstanz darum ersucht, die vollständigen SUVA-Akten einzuholen und dem Bundesverwaltungsgericht einzureichen (BVGer-act. 7). Am 7. Juli 2016 reichte die SUVA ihre Akten dem Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer-act. 9).

G.

Am 12. Juli 2016 wurde die Vorsorgeeinrichtung zum Beschwerdeverfahren beigeladen (BVGer-act. 10).

H.

Der Beschwerdeführer reichte am 29. Juli 2016 zwei neue Arztberichte ein (BVGer-act. 13).

I.

Mit Eingabe vom 1. September 2016 nahm die Vorsorgeeinrichtung Stellung und beantragte die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 18).

J.

Mit Replik vom 29. November 2016 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen gemäss der Beschwerde vom 1. März 2016 fest. Er reichte ein zuhanden des (...) Landessozialgerichts erstelltes psychiatrisches Gutachten vom 4. November 2016 ein (BVGer-act. 25). Am 5. Dezember 2016 reichte der Beschwerdeführer ein weiteres psychiatrisches Gutachten vom 6. November 2016 ein (BVGer-act. 27).

K.

Die Vorinstanz hielt in ihrer Duplik vom 16. Januar 2017 unter Hinweis auf eine Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 27. Dezember 2016 am Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung fest (BVGer-act. 29).

L.

Mit Duplik vom 7. Februar 2017 hielt die Beschwerdegegnerin am Antrag auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde fest (BVGer-act. 34).

M.

Mit Instruktionsverfügung vom 13. Februar 2017 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 35).

N.

Am 9. März 2017 reichte der Beschwerdeführer eine zuhanden des (...) Landessozialgerichts erstellte psychiatrische Stellungnahme vom 20. Februar 2017 ein (BVGer-act. 39). Diese wurde den übrigen Verfahrensbeteiligten ohne Eröffnung eines weiteren Schriftenwechsels zugestellt (BVGer-act. 40). Am 6. April 2017 reichte der Beschwerdeführer ein Teilanerkenntnis des Landratsamts (...) zuhanden des (...) Landessozialgerichts ein (BVGer-act. 41). Dieses wurde den übrigen Verfahrensbeteiligten ebenfalls zur Kenntnisnahme zugestellt (BVGer-act. 42).

O.

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

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

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 25. Januar 2016, mit welcher das erstmalige Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründender Invalidität abgewiesen wurde. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt heute in Deutschland, 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. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. 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). Demnach bestimmen sich die Ausgestaltung des Verfahrens und des Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

3.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier 25. Januar 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).

3.3 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 25. Januar 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.

4.

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. 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.

5.

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).

5.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte 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.

5.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente. 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, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

5.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei Erwerbstätigen wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wäre sie nicht invalid geworden (Art. 16 ATSG).

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

5.6 Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüg-

lich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

5.7 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

6.

Den vorliegenden Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

6.1 Der Beschwerdeführer erlitt am 23. März 2012 einen Pneumothorax, weshalb er notfallmässig in das Klinikum D. _____ eintrat und dort bis zum 5. April 2012 stationär behandelt wurde. Laut Austrittsbericht vom 5. April 2012 konnte der Beschwerdeführer mittels Anlegen zweier Thoraxdrainagen erfolgreich behandelt und beschwerdefrei entlassen werden. Als Diagnosen wurden ein Spontanpneumothorax rechts (J93.1) und ein chronischer Nikotinabusus (F17.1) genannt (IVSTA-act. 3). Am 13. April 2013 liess sich der Beschwerdeführer wegen linksseitiger Thoraxschmerzen nochmals im Klinikum D. _____ untersuchen, wo unauffällige Befunde erhoben wurden (Bericht vom 13. April 2012; IVSTA-act. 95). In der Folge begab sich der Beschwerdeführer vom 19. April bis 10. Mai 2012 zur stationären Rehabilitation in das Klinikzentrum E. _____. Im Austrittsbericht vom 26. November 2012 wurde ausgeführt, dass sich bei der abschliessenden Untersuchung am 8. Mai 2012 die initial gezeigte leichte bis mittelgradige Obstruktion normalisiert habe. Es liege ein Asthma bronchiale vor. Unter der eingeleiteten Asthma-Therapie sollte der Beschwerdeführer in Zukunft im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit im Tunnelbau besser zurechtkommen. Sollte die Atemwegsproblematik auch unter dieser Therapie bestehen bleiben, wäre über eine Umorientierung nachzudenken. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde eine vollschichtige Leistungsfähigkeit für mittelschwere Tätigkeiten unter Berücksichtigung des negativen

Leistungsvermögens (Vermeidung der Exposition zu permanenten inhalativen Noxen, permanenter Feuchtigkeit, Kälte und starken Staubbelastungen) attestiert (IVSTA-act. 5 und 6; SUVA-act. 22).

6.2 Nach zwischenzeitlicher Wiederaufnahme der Arbeit als Tunnelbauer begab sich der Beschwerdeführer wegen Anstrengungsdyspnoe bei Tragen von schweren Lasten und beim Bergauflaufen am 2. Oktober 2012 zu Dr. med. F._____, Fachärztin für Pneumologie und Innere Medizin, in Behandlung. Diese hielt in ihrem Bericht vom 6. Oktober 2012 fest, dass sich aus pulmologischer Sicht lungenfunktionell, radiologisch und blutgasanalytisch kein Hinweis auf eine relevante Ventilations- oder Oxygenationsstörung finde, welche die beklagte Anstrengungsdyspnoe erklären könnte. Die Ärztin empfahl weitere Abklärungen und allenfalls eine kardiologische Beurteilung (IVSTA-act. 9).

6.3 Die Ärzte des Universitätsspitals G._____, wo der Beschwerdeführer vom 21. November bis 23. Dezember (recte: November) 2012 zwecks Abklärung im Auftrag der SUVA hospitalisiert war, hielten im Austrittsbericht vom 30. November 2012 als Diagnosen ein Asthma bronchiale (aktuell kontrolliertes Stadium), eine arterielle Hypertonie, einen Status nach Spontanpneumothorax rechts im März 2012 sowie eine Angststörung fest. Aus pneumologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf als Tunnelbauer wegen seines Asthmas aufgrund der Staubexposition zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei jedoch zu 100 % arbeitsfähig in einem anderen staubfreien Umfeld, weshalb eine Umschulung erfolgen sollte (IVSTA-act. 13; SUVA-act. 27).

6.4 Am 16. Januar 2013 hielt die Hausärztin Dipl. med. H._____ in einem Bericht an den deutschen Versicherungsträger als Diagnosen ein Asthma bronchiale, einen Zustand nach Pneumothorax rechts im März 2012, eine Hypertonie und eine Angststörung fest (SUVA-act. 107).

6.5 Im Bericht vom 23. April 2013 des Universitätsklinikums I._____, wo der Beschwerdeführer zwecks pneumologischer Diagnostik vom 9. bis 23. April 2013 hospitalisiert war, wurden als Diagnosen ein belastungsinduziertes Asthma bronchiale, eine manifeste Hypothyreose und eine Hyperurikämie genannt (IVSTA-act. 35; SUVA-act. 43).

6.6 Dr. med. J._____, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, diagnostizierte in einem im Auftrag des deutschen Versicherungsträgers erstellten Gutachten vom 10. Mai 2013 einen dringenden Verdacht auf eine

Somatisierungsstörung mit rezidivierender Hyperventilation unter körperlicher Belastung (F45.0/R06.4), ein leichtgradiges Asthma bronchiale (J45.8), einen Zustand nach Pneumothorax rechts mit Drainagebehandlung im März 2012 (J93.1), einen Zustand nach chronischem Nikotinabusus bis März 2012 (F17.2), eine Hypothyreose (E03.9) sowie eine Hyperurikämie (E79.0). Der Gutachter hielt fest, dass sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den vom Patienten geklagtem Beschwerdebild und den gemessenen lungenfunktionellen Leistungsparametern zeige. Das leichtgradige Asthma bronchiale könne das Ausmass der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht erklären. Wegen des Verdachts auf das Vorliegen einer Somatisierungsstörung sollte eine zusätzliche neurologisch-psychiatrische Behandlung und Begutachtung erfolgen. Aus rein internistisch-pneumologischer Sicht seien dem Beschwerdeführer weiterhin leichte körperliche Tätigkeiten über einen zeitlichen Umfang von mehr als sechs Stunden pro Tag zuzumuten. Die derzeitige Gesamtverfassung des Beschwerdeführers erlaube jedoch aktuell keine Rückkehr in den zuletzt ausgeübten Beruf als Baufacharbeiter, da er der dort geforderten Schwere nicht gewachsen sei (IVSTA-act. 47). Gestützt darauf hielt Dr. med. K._____, Facharzt für Chirurgie, in seinem Bericht vom 18. Juni 2013 fest, dass dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten ohne besondere Belastung durch Kälte und inhalative Reize 6 Stunden und mehr pro Tag zumutbar seien. Im bisher hauptsächlich ausgeübten Beruf als Tunnelbauer bestehe noch ein quantitatives Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich. Dr. med. K._____ erachtete eine zusätzliche Begutachtung als nicht erforderlich (IVSTA-act. 48).

6.7 Im Auftrag der SUVA erstellte Prof. Dr. med. L._____, Facharzt für Pneumologie, am 24. Juli 2013 ein Gutachten. Er nannte als Diagnosen ein leichtes Bronchialasthma (höchstens möglich) sowie eine Angststörung. Das Vorliegen eines belastungsinduzierten Asthmas verneinte er. Dem Beschwerdeführer sei eine mittelschwere bis schwere körperliche Belastung zumutbar. Er sei deshalb für die meisten beruflichen Tätigkeiten als geeignet zu betrachten. Hingegen sei er für die ausgesprochen strenge Tätigkeit als Tunnelarbeiter (Hitze, Immissionen) nicht mehr geeignet (SUVA-act. 53). Gestützt auf dieses Gutachten hielt der SUVA-Arzt Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, am 30. Juli 2013 fest, dass der Beschwerdeführer als Tunnelarbeiter vom 23. März 2012 bis 31. März 2013 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Er sei ab 1. April 2013 nicht mehr geeignet, im Tunnelbau zu arbeiten. Mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten seien jedoch bei vollem Pensum zumutbar (SUVA-act. 55).

6.8 Im Bericht vom 5. August 2013 hielt die Hausärztin des Beschwerdeführers Dipl. med. H. _____ fest, dass der Beschwerdeführer derzeit aufgrund einer Angststörung zu 100 % arbeitsunfähig sei. Er befinde sich deshalb in Behandlung bei einer Psychologin. Es sei davon auszugehen, dass die Angststörung ihren Ursprung im erlittenen Pneumothorax habe (SUVA-act. 58).

6.9 In einem Bericht vom 3. September 2013 zuhanden der SUVA nannte die Diplom-Psychologin N. _____ einen Verdacht auf eine Panikstörung (SUVA-act. 104).

6.10 Die Vorinstanz hat die Berichte der behandelnde Ärzte sowie die Gutachten, inklusive der medizinischen Unterlagen der SUVA, ihrem medizinischen Dienst zur Beurteilung vorgelegt:

6.10.1 Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 11. September 2013 als Hauptdiagnose objektiv nicht erklärbare Atembeschwerden fest. Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Zustand nach Pneumothorax. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit seit dem 23. März 2012. In einer adaptierten Verweistätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der IV-Arzt legte das folgende Zumutbarkeitsprofil fest: ganztägige Arbeitszeit, keine Staub- und Dunstbelastung, keine Belastungen im Rahmen des Tunnelbaus. Er führte aus, dass die subjektiv empfundenen Atembeschwerden objektiv nicht erklärbar oder sehr unauffällig seien. Er schliesse sich der Einschätzung der SUVA an, wonach dem Beschwerdeführer die Ausübung seiner letzten Tätigkeit nicht mehr möglich sei, er aber sämtliche andere Tätigkeiten, selbst schwere, ausüben könne (IVSTA-act. 52).

6.10.2 Dr. med. P. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 29. April 2014 fest, dass aus fachspezifischer Sicht eine medikamentös nicht behandlungsbedürftige Angststörung und aus hausärztlicher Sicht eine behandlungsbedürftige Angststörung bestehe. Dazu komme der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Die psychiatrischen Diagnosen rechtfertigten eine fachspezifische Abklärung (IVSTA-act. 81).

6.11 In der Folge hat der deutsche Versicherungsträger am 16. September 2014 die folgenden im Klageverfahren in Deutschland angefallenen ärztlichen Unterlagen eingereicht:

6.11.1 Im Gutachten vom 22. Januar 2013 der Bundesagentur für Arbeit, erstellt von Dr. med. Q._____, wurden als Diagnosen ein Asthma bronchiale (J44.9) und eine rezidivierende Lumboischialgie bei degenerativen Veränderungen (M54.2) aufgeführt. Der Gutachter führte aus, es liege eine vollschichtige Leistungsfähigkeit von täglich sechs Stunden und mehr für leichte bis mittelschwere Arbeiten vor. Einzuschränken seien schwere körperliche Arbeiten, Zwangshaltungen, Heben und Tragen von schwerer Last ohne mechanische Hilfsmittel sowie Exposition zur permanenten inhalativen Nuancen wie Feuchtigkeit, Kälte, Zugluft, Rauch, Gase, Dämpfe und Nässe. Sozialmedizinisch könne dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Tunnelbauer aufgrund der schweren körperlichen Arbeiten, aber auch durch die Belastungen durch atemreizende Stoffe nicht mehr zugemutet werden (IVSTA-act. 102).

6.11.2 Dr. med. R._____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, berichtete am 21. Juni 2013 über eine Schnittverletzung am rechten Handgelenk (IVSTA-act. 103).

6.11.3 Dr. med. S._____, Neurochirurgie der Tagesklinik München-Nord, hielt in seinem Bericht vom 7. Oktober 2013 fest, dass bei einem Zustand nach einer Bandscheibenoperation LWK 4/5 rechts im Jahr 1996 beim Beschwerdeführer aktuell seit drei Wochen wieder ein massives Wurzelkompressionssyndrom L5 rechts aufgetreten sei. Am 1. Oktober 2013 sei eine Operation durchgeführt worden. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen (IVSTA-act. 104).

6.11.4 Dr. med. T._____, Fachärztin für HNO-Heilkunde, hielt im Bericht vom 17. Dezember 2013 als Diagnosen ein Schlafapnoe-Syndrom (G47.39G) und eine Angststörung (F41.9G) fest (IVSTA-act. 105).

6.11.5 Dr. med. U._____, Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Arbeitsmedizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 6. September 2013 ein Schlafapnoe-Syndrom mittelgradig (G47.31G) und ein Asthma bronchiale, intrinsisch, nicht allergisch (J45.1G; IVSTA-act. 107).

6.11.6 Im Bericht vom 6. März 2013 des Fachkrankenhauses für Psychiatrie und Psychotherapie V._____, in dem sich der Beschwerdeführer vom 27. Januar bis 14. Februar 2014 in stationärer Entzugsbehandlung befand, wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt: Alkoholabhängigkeit vom Delta Typ nach Jellinek (F10.2), Alkoholentzugssyndrom (F10.3), Panikstörung (F41.0), Hypothyreose (E03.9), Zustand nach Infekt der Atemwege,

Alkoholtoxische Gastritis (K29.2), Nikotinabhängigkeit (F17.2) und alkoholische Hepatitis (K70.1; IVSTA-act. 108).

6.11.7 Am 31. Januar 2014 berichtete der behandelnde Psychiater Dr. med. W. _____ dem Sozialgericht C. _____ über eine diagnostizierte leichte depressive Episode (F32.0G), einen Alkoholmissbrauch (F10.1G) sowie eine somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.33) bei vorbekanntem, belastungsinduzierten Asthma bronchiale nach Pneumothorax (IVSTA-act. 116).

6.11.8 Im Bericht vom 14. Februar 2014 von Dr. med. X. _____ wird als Diagnose ein Tinnitus genannt (IVSTA-act. 109).

6.11.9 Dr. med. Y. _____, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 1. April 2014 als neurologische Diagnose ein Sulcus ulnaris-Syndrom, traumatisch distale axon. Irritation R. dorsal in nn. Ulnaris dex. G (G56.2G) und eine axonale Irritation des Nervus radialis dex. G. (G56.3g) fest (IVSTA-act. 110).

6.11.10 Im Bericht vom 10. Juli 2014 des Fachkrankenhauses für Psychiatrie und Psychotherapie V. _____, in dem sich der Beschwerdeführer vom 30. Mai bis 11. Juli 2014 in teilstationärer Behandlung befand, wurden folgende Diagnosen genannt: mittelgradige depressive Episode (F32.1), Panikstörung (F41.0), Hypothyreose (E03.9), Onychomykose onA (B35.1), Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2; IVSTA-act. 118).

6.11.11 Am 11. Juni 2014 berichtete die Diplom-Psychologin N. _____, vom Fachkrankenhaus V. _____ dem Sozialgericht C. _____ über die Behandlung des Beschwerdeführers. Sie nannte als Diagnose eine depressive Störung, aktuell leichte Episode (F32.0), eine Alkoholabhängigkeit, zur Zeit abstinent (F10.20), einen Verdacht auf somatoforme autonome Funktionsstörung, Atmungssystem (F45.33) und eventuell eine Panikstörung (F41.0; IVSTA-act. 119).

6.12 Der Beschwerdeführer hat am 7. und 16. Oktober 2014 folgende Unterlagen eingereicht:

6.12.1 Prof. Dr. med. Z. _____ und Dr. med. AA. _____, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, stellten in ihrem internistisch-pneumologischen Gutachten vom 12. September 2014 zu Händen des Beschwerdeführers folgende Diagnosen (IVSTA-act. 123):

- Toxisch-irritative Schädigung des Bronchialsystems mit persistierendem Belastungs-Asthma bei Zustand nach erheblicher Zementstaubexposition
- Multifaktorielles Emphysem durch inhalatives Rauchen und regelmässige Zementstaubinhalation
- Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom unter Einleitung einer Maskentherapie im April 2014
- Manifeste Depression
- Zustand nach Alkoholabusus (Entzugstherapie von Januar bis Februar 2014)
- Arterielle Hypertonie
- Zustand nach traumatischer Teilamputation des Daumen-Endglieds

6.12.2 Der behandelnde Psychiater Dr. med. W._____ hielt in seinem Bericht vom 14. Oktober 2014 als Diagnosen eine mittelgradige bis schwere depressive Episode, eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), eine Angststörung sowie eine somatoforme Belastungsstörung (Belastungsdyspnoe) fest (IVSTA-act. 125).

6.13 Nach Vorlage der neuen ärztlichen Berichte erstattet der medizinische Dienst der Vorinstanz folgende Stellungnahmen:

6.13.1 Der IV-Arzt Dr. med. P._____ hielt in seiner Stellungnahme vom 10. Dezember 2014 fest, dass aus rein psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe. Die leichte depressive Episode sei ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine mittelschwere Depression könnte allenfalls in einer intellektuell anspruchsvollen Tätigkeit eine Teil-Arbeitsunfähigkeit bewirken. Beide seien behandelbar. Die autonome somatoforme Schmerzstörung bewirke keine Arbeitsunfähigkeit. Der Alkoholabusus bzw. die Alkoholabhängigkeit sei überwindbar gewesen und scheine kein Problem mehr darzustellen. Die Angst- und Panikstörung sei erfolgreich behandelt worden. Die Hypothyreose sei ebenfalls behandelbar (IVSTA-act. 128).

6.13.2 Der IV-Arzt Dr. med. O._____ kam nach Würdigung der neuen ärztlichen Unterlagen in seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2015 zum Schluss, dass aus pneumologischer Sicht kein Nachweis für eine Verschlechterung des Zustands vorliege. Aufgrund der Rückenbeschwerden seien die funktionellen Einschränkungen dahingehend anzupassen, als

auch körperlich schwere Tätigkeiten und Tätigkeiten in Zwangshaltungen sowie das Tragen und Heben schwerer Lasten nicht mehr zumutbar seien. Das habe jedoch keine grundlegende Anpassung hinsichtlich der zumutbaren Verweistätigkeiten zur Folge. Insgesamt rechtfertigten die neuen Unterlagen aus somatischer Sicht keine Änderung der bereits vorgenommenen Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 134).

6.14 Dr. med. BB._____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, nannte im zuhanden des Sozialgerichts C._____ erstellten Gutachten vom 15. Januar 2015 die folgenden Diagnosen:

- Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinenter (F10.20)
- Leichte depressive Episode (F32.0)
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)
- Funktionseinschränkung im Bereich der Lendenwirbelsäule bei Zustand nach mikrochirurgischen operativen Eingriffen 1996 sowie 10/2013 aufgrund von Bandscheibenvorfällen L4/5
- Einlaufendes Carpal-Tunnelsyndrom rechts
- Schlafapnoe-Syndrom
- Bronchialasthma sowie Zustand nach Spontanpneumothorax rechts 3/2012
- Ohrengeräusche beidseits
- Bluthochdruck

Die Gutachterin stellte zusammenfassend fest, dass eine Wiedereingliederung in den zuletzt ausgeübten Beruf nicht möglich sei. Für die Tätigkeit als Tunnelbauer sei eine Einsetzbarkeit von täglich weniger als 3 Stunden gegeben. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei unter Beachtung der qualitativen Leistungseinschränkung aber eine mindestens 6-stündige Einsetzbarkeit gegeben. Die beim Beschwerdeführer vorliegenden psychischen Auffälligkeiten hätten einen sozialmedizinischen Krankheitswert, da sich aus ihnen qualitative Funktionseinschränkungen bei einem Einsatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt herleiten liessen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Tunnelbauer bestünden auch quantitative Leistungseinschränkungen. Der Beschwerdeführer könne unter Beachtung der bei ihm bestehenden Funktionseinschränkungen ohne unzumutbare Schmerzen und ohne Gefährdung seiner Gesundheit unter den üblichen Bedingungen

eines Arbeitsverhältnisses als Arbeiter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt folgende Tätigkeiten verrichten:

- Eine körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit
- Die Tätigkeit könne zeitweise im Gehen und Stehen sowie überwiegend im Sitzen erfolgen, dem Beschwerdeführer sollte aber die Möglichkeit des Haltungswechsels gegeben sein
- Die Tätigkeit sollte vordergründig in geschlossenen Räumen erfolgen, ein vorübergehender Aufenthalt im Freien sei dem Beschwerdeführer zuzumuten
- Die Einsetzbarkeit sei mindestens sechs Stunden täglich gegebene, es gebe keine Notwendigkeit der Einhaltung längerer oder nicht üblicher Arbeitspausen

Folgendes sei zu vermeiden:

- Heben und Tragen schwerer Lasten
- Häufiges Bücken, Hocken sowie Tätigkeiten verbunden mit Körperzwangshaltungen
- Tätigkeiten verbunden mit Erschütterungen bzw. Vibrationen
- Tätigkeiten verbunden mit häufigem Treppensteigen sowie Steigen auf Leitern und Gerüsten bzw. mit einer hohen Stand- und Gangsicherheit
- Tätigkeiten verbunden mit einer Absturz- bzw. hohen Unfallgefahr
- Tätigkeiten im Akkord bzw. unter hohem Zeitdruck
- Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen, das Anpassungs- und Umstellungsvermögen, mit hoher Verantwortung für Personen und Maschinen sowie der Notwendigkeit der Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- Tätigkeiten mit häufig wechselnden Arbeitszeiten und Nachtschichten
- Beruflicher Umgang mit Alkohol
- Tätigkeiten verbunden mit Nässe, Kälte, Zugluft, extremen Temperaturschwankungen und inhalativen Belastungen

Dieses Leistungsbild bestehe seit Antragsstellung im November 2012 auf Rente wegen Erwerbsminderung. Die durch die Depression bedingten

Leistungseinschränkungen seien erst später hinzugekommen, würden sich aber weitgehend mit denen durch die somatoformen Funktionsstörung verursachen Einschränkungen überschneiden (IVSTA-act. 136).

6.15 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurde folgende ärztlichen Unterlagen eingereicht:

6.16 Aufgrund akut aufgetretener Schmerzen in der unteren Lendenwirbelsäule begab sich der Beschwerdeführer am 18. September 2013 in die Klinik für Orthopädie im Klinikum D._____, wo er bis 27. September 2013 stationär behandelt wurde. Im Bericht vom 27. September 2013 nannte der behandelnde Arzt die folgenden Diagnosen: S1-Syndrom rechts bei dorso-medial rechts betontem Re-NPP mit rechtsseitiger Duralsack- und Wurzelimpression L5 (Zustand nach Bandscheibenoperation im Jahr 1999), ein Asthma bronchiale, eine Hypothyreose und eine Hyperurikämie (BVGer-act. 1, Beilage 11).

6.17 Im Bericht vom 24. April 2014 des schlafmedizinischen Zentrums der Klinik CC._____, wo der Beschwerdeführer vom 22. bis 25. April 2014 in stationärer Behandlung war, wurden folgende Diagnosen aufgeführt: Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (G47.31), Adipositas (E66.00), Hypertonie (I10.00), chronische Herzinsuffizienz NYHA II (I50.12), behandelte Hypothyreose (E89.0), Angststörung (F41.9), Asthma bronchiale (J45.1) (BVGer-act. 1, Beilage 16).

6.17.1 Laut einem Bericht vom 15. Juni 2016 von Dr. med. DD._____ hat der Beschwerdeführer einen Bandscheibenvorfall LWK4/5 mit Kompression der Wurzel L5 rechts erlitten. Zudem bestünden Protrusionen unterschiedlicher Ausprägungen LWK2/3 bis LWK5/SWK1. In der Folge wurde der Beschwerdeführer am 16. Juni 2016 in der Tagesklinik EE._____ Nord an der Bandscheibe operiert (BVGer act. 13, Beilagen 26 und 27).

6.17.2 Im Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer ein psychiatrisches Gutachten vom 4. November 2016 (und vom 6. November 2016) von Dr. med. FF._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das im Auftrag des (...) Landesobergerichts erstellt wurde, eingereicht. Der Gutachter diagnostizierte auf dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiet eine chronifizierte Depression (ICD-10: F32.1G) mit psychosomatischen Beschwerdekomples bei multiplen, peristatischen Belastungsfakto-

ren und disponierenden Persönlichkeitsanteilen, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4G), eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2G), derzeit stabil abstinent und eine Angststörung mit Vermeidungsverhalten (ICD-10: F41.0G). Fachfremd bestehe eine mitgeteilte somatische Komorbidität: orthopädische Beschwerden (Schmerzsyndrom bei Zustand nach drei Bandscheibenvorfällen), Schlafapnoe-Syndrom, Bronchialasthma bei Zustand nach Spontanpneumothorax rechts, Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose), Sulcus ulnaris-Syndrom rechts, Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie), Tinnitus aurium (Ohrgeräusche), Chronische Herzinsuffizienz NYHA II (gemäss Befundbericht der Helios Klinik Leisnig vom 25. April 2014). Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei die sozialmedizinische Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gegenwärtig vollständig aufgehoben. Eine – auch zeitlich befristete – Berufstätigkeit mit gewisser Regelmässigkeit sei ihm derzeit auch bei Beachtung aller denkbaren Ausschlusskriterien nicht zuzumuten – unabhängig von den konkreten Arbeitsplatzbedingungen. Weiter hielt der Gutachter fest, dass das aktuell festgestellte Leistungsbild seit Antragsstellung bestehe. Während dieses Zeitraumes seien zwar graduelle Schwankungen des Gesamtzustandes nachweisbar. In der retrospektiven Verlaufsbeobachtung zeichne sich jedoch eine Verschlechterungstendenz (insbesondere seit Juni 2016) ab, was nicht zuletzt auf den erneuten Bandscheibenvorfall mit entsprechenden körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen zurückzuführen sein dürfte (BVGer-act. 25, Beilage 27; BVGer-act. 27, Beilage 29).

6.18 Der IV-Arzt Dr. med. P. _____ nahm am 27. Dezember 2016 zu den Gutachten von Dr. med. FF. _____ Stellung und kam zum Schluss, dass an der bisherigen Einschätzung festzuhalten sei (BVGer-act. 29).

7.

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz gestützt auf die vorliegende medizinische Aktenlage zu Recht davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit in quantitativer Hinsicht zu 100 % arbeitsfähig ist und ob sich der Sachverhalt diesbezüglich als genügend abgeklärt erweist.

7.1 Die Vorinstanz hält in der angefochtenen Verfügung vom 25. Januar 2016 fest, aus den Akten gehe hervor, dass eine Gesundheitsbeeinträchtigung mit folgenden funktionellen Beeinträchtigungen bestehe: Es könnten keine Tätigkeiten unter Einfluss von Staub oder Ausdünstungen, welche im Tunnelbau auftreten, ausgeübt werden. Schwere Arbeiten könnten nicht

mehr ausgeübt werden. Zudem könnten keine schweren Lasten mehr gehoben werden. Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bauarbeiter im Tunnelbau betrage 100 %. Die Arbeitsunfähigkeit in einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit betrage 0 %. Es bestehe weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit. In ihrer Vernehmlassung hielt die Vorinstanz fest, dass sich der IV-ärztliche Dienst aufgrund der umfangreichen medizinischen Dokumentation sowie anhand der im Zuge eines Klageverfahrens in Deutschland erstellten als auch vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebene Gutachten ein deutliches und nachvollziehbares Bild der vorliegenden Leiden habe bilden und sich insbesondere zweifelsfrei zu verbliebenen Arbeitsfähigkeit habe äussern können. Bezüglich der pneumologischen Leiden sei auf die IV-ärztliche Stellungnahme vom 14. Februar 2015 zu verweisen, wonach aus somatischer Sicht keine medizinisch begründbaren Anhaltspunkte vorliegen würden, die gegen eine vollschichtige, leidensangepasste Tätigkeit sprechen würden. Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 15. Januar 2015 sei eine Remission der im Frühjahr 2014 deutlich manifestierten depressiven Symptomatik festgestellt worden, so dass für leichte bis mittelschwere Verweisungstätigkeiten vollschichtige Arbeit zumutbar sei. Der IV-Facharzt für Psychiatrie habe mit Bericht vom 26. Mai 2015 seine bisherige Einschätzung vom 10. Dezember 2014 bestätigt gesehen und habe sich den gutachterlichen Schlussfolgerungen vorbehaltlos angeschlossen.

7.2 Der Beschwerdeführer rügt, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend erstellt sei. Er macht geltend, dass die Gutachterin Dr. med. BB. _____ für ihr Gutachten vom 15. Januar 2015 nicht über sämtliche medizinischen Akten verfügt habe und diese somit auch nicht umfassend habe berücksichtigen können. Zudem müsste vorliegend eine polydisziplinäre Begutachtung erfolgen, da die diversen Gutachten und Arztberichte allesamt mehr als ein Jahr alt seien und noch nie ein umfassendes polydisziplinäres Gutachten erstellt worden sei, welches auch allfällige Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen der involvierten Fachbereiche berücksichtige. Das Gutachten von Dr. BB. _____ sei nicht als polydisziplinäres Gutachten zu betrachten und könne überdies in Bezug auf die Belastungsdyspnoe nicht als fachärztliche Einschätzung betrachtet werden.

7.3 Die Beschwerdegegnerin geht mit der Vorinstanz davon aus, dass die medizinische Aktenlage ausreichend ist und auf die Einschätzung des medizinischen Dienstes abgestellt werden kann.

7.4 Die Vorinstanz hat massgeblich auf die Einschätzung ihres medizinischen Dienstes abgestellt. Aufgabe des medizinischen Dienstes der IVSTA ist es, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 5.7) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen können – wie Aktengutachten – beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.). Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des medizinischen Dienstes der IVSTA entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465; 122 V 157 E. 1d; Urteile BGer 8C_874/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3 und 9C_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten erlaubten, sich ein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Dienstes nachvollziehbar und schlüssig sind.

7.5 Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer insbesondere an Beschwerden im Bereich der Lunge (Pneumothorax, Asthma) und des Rückens (Bandscheibe) leidet sowie eine depressive Erkrankung, eine somatoforme Störung und eine Suchtproblematik ärztlich festgestellt wurden.

Zudem wird in den ärztlichen Berichten auf eine Herzinsuffizienz, ein Karpaltunnelsyndrom, einen Tinnitus und auf eine Schlafapnoe hingewiesen. Es liegen mehrere Faktoren vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie der vorliegenden muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen. Zweck solcher interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Insbesondere beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen ist es nicht gerechtfertigt, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (Urteil des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2). Dem medizinischen Dienst standen für die Aktenbeurteilung zwar zahlreiche fachärztliche Berichte und Gutachten zur Verfügung; bei diesen handelt es sich allerdings, wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt, nicht um allseitige Einschätzungen, welche das Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen rechtsgenügend berücksichtigt. Dr. med. BB. _____ hat sich in ihrem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 15. Januar 2015 zwar auch ausserhalb ihres Fachgebiets zum Lungenproblem und der Schlafapnoe geäussert, diesbezüglich hat sie jedoch keine Untersuchungen durchgeführt und die Auswirkungen der Lungenproblematik und der Schlafapnoe nicht näher erläutert. Im Übrigen weist Dr. med. FF. _____ in seinem Gutachten vom 4. November 2016 überzeugend darauf hin, dass Dr. med. BB. _____ von der hinlänglich bekannten Interferenz und wechselseitigen Verstärkung psychischer und körperlicher Leiden nahezu vollständig abstrahiert habe. In den Akten befindet sich damit keine rechtsgenügende polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers auf die sich der medizinische Dienst der Vorinstanz hätte stützen können.

7.6 Soweit der medizinische Dienst in psychiatrischer Hinsicht gestützt auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 15. Januar 2015 von Dr. med. BB. _____ von keiner quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten ausgeht, besteht überdies an der Zuverlässigkeit dieser Einschätzung angesichts des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. FF. _____ vom 4. November 2016 Zweifel. Dieses Gutachten wurde zwar erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt, es äussert sich jedoch ausdrücklich zum Gutachten von Dr. med. BB. _____ und attestiert eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Antragsstellung,

weshalb es im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigen ist. Dr. med. FF._____ kritisiert insbesondere, dass Dr. med. BB._____ das Zusammenwirken der depressiven Erkrankung und des Schlafapnoesyndroms (sowie die Alkoholabhängigkeit) nur ungenügend abgeklärt und berücksichtigt habe. Angesichts dieser fachärztlichen Kritik sowie der diametral abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten, kann hier in psychiatrischer Hinsicht nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden. Wie Dr. med. P._____ in seiner Stellungnahme vom 27. Dezember 2016 nachvollziehbar aufzeigt, sind aber auch an der Einschätzung von Dr. med. FF._____ Zweifel angebracht. Zudem entspricht seine Diagnosestellung in Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung nicht den Anforderungen der (schweizerischen) Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; Urteil des BGer 9C_862/2014 vom 17. September 2015 E. 3.2). Für eine abschliessende psychiatrische Beurteilung kann somit auch nicht auf das Gutachten von Dr. med. FF._____ abgestellt werden. Insofern drängen sich auch aus psychiatrischer Sicht weitere Abklärungen auf.

7.7 Aus den genannten Gründen kann nicht auf die Einschätzung des medizinischen Dienstes sowie auf das Gutachten von Dr. med. BB._____ abgestellt werden. Auch die übrigen ärztlichen Berichte und Gutachten enthalten keine sämtliche Leiden berücksichtigende, den Beweisanforderungen genügende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit. Daher lässt sich der Invaliditätsgrad aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Vorinstanz hätte sich unter diesen Umständen nicht mit einer Aktenbeurteilung des medizinischen Dienstes begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen.

8.

Zu prüfen ist weiter die umstrittene Frage nach dem massgebenden Valideneinkommen.

8.1 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was der Versicherte im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (hier: Mai 2013) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunder tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Rz. 49 und 52 zu Art. 28a IVG).

8.2 Die Vorinstanz hat im ersten Einkommensvergleich vom 24. September 2013 das Valideneinkommen noch anhand des durchschnittlichen Verdienstes des Beschwerdeführers in den Jahren 2009 bis 2011 bestimmt (Fr. 8'671.33), während sie im zweiten Einkommensvergleich vom 15. Oktober 2015, welcher Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet, das Valideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen (LSE 2012, Branche Baugewerbe 41-43, Kompetenzniveau 2) festgesetzt hat (Fr. 6'094.28). In der angefochtenen Verfügung hält die Vorinstanz dazu fest, dass der Beschwerdeführer als Tunnelbauer einzustufen sei. Sei ein Valideneinkommen überdurchschnittlich hoch, sei es nur dann als Valideneinkommen heranzuziehen, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststehe, dass es weiterhin erzielt worden wäre. Das sei hier nicht der Fall, da das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen beendet worden sei. Laut den Angaben des Arbeitgebers sei das Arbeitsverhältnis per Ende Februar 2013 definitiv beendet worden. Es sei daher anzunehmen, dass der Beschwerdeführer sich danach eine andere Stelle hätte suchen müssen. Daher sei die Höhe seines Einkommens ab März 2013 ungewiss. Deshalb sei aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auf Tabellenlöhne abzustellen. In ihrer Vernehmlassung hielt die Vorinstanz fest, dass es fraglich sei, ob der Beschwerdeführer mit Bestimmtheit ohne seinen Gesundheitsschaden wieder im Tunnelbau, einer spezifischen Baubranche mit entsprechender Risikozulage, einer Beschäftigung hätte nachgehen können. Ein ehemaliger Arbeitskollege habe dem Beschwerdeführer gar den Quereinstieg in eine andere Branche nahegelegt.

8.3 Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, dass es Sache der Vorinstanz wäre, den Nachweis zu erbringen, dass er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in der bisherigen Tätigkeit hätte weiterarbeiten können. Er habe von 2004 bis 2013 als Tunnelfacharbeiter gearbeitet und damit konstant ein durchschnittliches Einkommen für einen Tunnelfacharbeiter erzielt. Er habe für die Tätigkeit als Tunnelfacharbeiter keinen überdurchschnittlich hohen Lohn erhalten. So habe selbst der Rechtsdienst der Vorinstanz am 29. Juni 2015 festgehalten, dass kein Anhaltspunkt dafür bestehe, dass die bezahlten Löhne branchenunüblich seien. Da sich in den Akten der Vorinstanz auch kein IK-Auszug befinde, sei zudem fraglich, anhand welcher Dokumente die Vorinstanz zur Qualifikation des zuletzt erzielten Einkommens als überdurchschnittlich hoch gelangt sei. Der Beschwerdeführer habe vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 25. September 2012 die betriebsbedingte Kündigung erhalten. Einer Verlängerung des Arbeitsvertrages sei dann die Arbeitsunfähigkeit dazwischengekommen. Wäre dieser gesundheitliche Einschnitt nicht gewesen, so hätte man ihn zweifelsfrei bei der bisherigen Arbeitgeberin weiterbeschäftigt. Es sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne seine gesundheitlichen Beschwerden jetzt noch als Tunnelfacharbeiter arbeiten würde. Die Vorinstanz habe bei der ehemaligen Arbeitgeberin nie abgeklärt, ob diese den Beschwerdeführer wirklich nicht weiterhin beschäftigt hätte. In seiner Replik macht der Beschwerdeführer geltend, dass aus dem mittlerweile vorliegenden IK-Auszug hervorgehe, dass es sich beim zuletzt erzielten Lohn keinesfalls um einen einmalig hohen Lohn gehandelt habe. Dass der befristete Arbeitsvertrag hier nicht aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr verlängert worden sei, sondern dass hierfür der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verantwortlich gewesen sei, gehe aus der E-Mail vom 13. Dezember 2013 eines ehemaligen Arbeitskollegen hervor. Den Vorschlag zu einem Quereinstieg in eine andere Branche habe dieser nur gemacht, weil die Gesundheit eine Weiterbeschäftigung als Tunnelbauer nicht mehr zugelassen habe.

8.4 Die Beschwerdegegnerin geht mit der Vorinstanz davon aus, dass für die Bestimmung des Valideneinkommens auf Tabellenlöhne abzustellen sei.

8.5 Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer bei der letzten Arbeitgeberin seit dem 17. Oktober 2005 als Tunnelfacharbeiter tätig war (Arbeitsvertrag vom 5. Oktober 2005; BVGer-act. 1 Beilage 6). Am 23. März 2012 erlitt er einen rechtsseitigen Pneumothorax, nachdem er am 21. März

2012 beim Mischen von Bindemitteln auf der Baustelle untertags einer hohen Staubbelastung ausgesetzt gewesen war. Nach stationärer Spitalbehandlung und Rehabilitation in Deutschland nahm er seine Arbeit am 5. Juni 2012 wieder auf. Daraufhin kündigte die Arbeitgeberin mit Schreiben vom 19. Juli 2012 das Arbeitsverhältnis vorsorglich per 30. September 2012 aufgrund abgeschlossener Arbeiten auf der Baustelle, auf welcher der Beschwerdeführer im Einsatz gestanden hatte (BVGer-act. 1, Beilage 22). In der Folge teilte ihm die Arbeitgeberin mit Schreiben vom 6. September 2012 mit, dass sich eine Einsatzmöglichkeit auf einer anderen Baustelle ergebe habe, weshalb sich die Kündigung verschiebe und das Arbeitsverhältnis bis Ende Februar 2013 fortgesetzt werden könne (IVSTA-act. 144). Der Beschwerdeführer trat die Arbeit auf der neuen Baustelle an, gab diese aus gesundheitlichen Gründen jedoch vorzeitig am 24. September 2012 auf. Das Arbeitsverhältnis endete schliesslich per 31. März 2013 (IVSTA-act. 24, 32 und 37).

8.6 Als Grund für die Kündigung wurden vom Arbeitgeber zwar wirtschaftliche Gründe angeführt, die Kündigung wurde jedoch erst ausgesprochen, nachdem der Beschwerdeführer am 23. März 2012 einen Pneumothorax erlitten hatte und in der Folge mehrere Wochen arbeitsunfähig gewesen war. Der medizinische Dienst hat eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab 23. März 2013 anerkannt (IVSTA-act. 52). Zudem wurde die Lungenerkrankung von der SUVA als Berufskrankheit anerkannt (Nichteignungsverfügung vom 7. August 2013; SUVA-act. 57). Es ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bereits vor der Kündigung massgebend gesundheitlich beeinträchtigt war, weshalb es hier nicht entscheidend ist, dass der Arbeitgeber im Kündigungsschreiben wirtschaftliche Gründe für die Auflösung des Arbeitsverhältnisses genannt hat. Im Übrigen deuten die Ausführungen des ehemaligen Arbeitskollegen des Beschwerdeführer in der E-Mail vom 13. Dezember 2013 («Ansonsten konnten wir die Mitarbeiterzahl im Betonbau halten») darauf hin, dass für den Beschwerdeführer im Gesundheitsfall durchaus auch ab April 2013 noch Einsatzmöglichkeiten bei seiner letzten Arbeitgeberin bestanden hätten (IVSTA-act. 161). Aus dem Urteil des BGer 9C_212/2015 vom 9. Juni 2015 lässt sich unter diesen Umständen entgegen der Ansicht der Vorinstanz für diesen Fall daher nicht ableiten, dass auf Tabellenlöhne abzustellen ist. Aufgrund der zeitlichen Nähe der Auflösung des langjährigen Arbeitsverhältnisses und des Eintritts der gesundheitlichen Beeinträchtigung besteht hier vielmehr kein hinreichender Grund, vom Grundsatz, wonach der zuletzt verdiente Lohn massgebend ist, abzuweichen und auf Tabellenlöhne abzustellen (vgl. Urteil des BGer 9C_699/2010 vom 22. Dezember 2010

E. 3.2; MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Rz. 48 zu Art. 28a IVG). Schliesslich liegen hier keine Indizien dafür vor, dass der Beschwerdeführer bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens die Absicht hatte, eine schlechter entlohnte Arbeit aufzunehmen. Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist es folglich nicht gerechtfertigt auf Tabellenlöhne abzustellen, sondern es ist am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst des Beschwerdeführers anzuknüpfen.

8.7 Laut dem vom Beschwerdeführer eingereichten IK-Auszug, der sich nicht in den vorinstanzlichen Akten findet, hat der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschaden im Jahr 2011 ein Einkommen von Fr. 107'493.– erzielt. Es bestehen keine Anhaltspunkte darauf, dass es sich dabei um ein branchenunübliches hohes Einkommen handelt (so auch die interne Stellungnahme des Rechtsdienstes der Vorinstanz vom 29. Juni 2015; IVSTA-act. 143). Angesichts der im IK-Auszug ausgewiesenen Entwicklung der Einkünfte ist auch nicht von schwankenden Einkommensverhältnissen auszugehen, was ein Abstellen auf Durchschnittswerte rechtfertigen könnte. Das Valideneinkommen ist somit auf Fr. 108'334.72 (Fr. 107'493.– / 2171 [Indexwert 2011] x 2188 [Indexwert 2012], Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, [Index: Basis 1939]) festzusetzen.

9.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind. Da bisher noch keine polydisziplinäre, sämtliche Leiden umfassende Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen wurde, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine fachärztliche, polydisziplinäre Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers sowie von dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit in der Schweiz vorzunehmen. Je nach Diagnosestellung wird allenfalls die Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen

Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 zu berücksichtigen sein, damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich sein wird. Anschliessend hat die Vorinstanz unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen zum Valideneinkommen einen Einkommensvergleich durchzuführen und neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

10.

10.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Da vorliegend eine Auferlegung von Verfahrenskosten an die Beschwerdegegnerin als unverhältnismässig im Sinne von Art. 6 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) erscheint, zumal sie an der unvollständigen Sachverhaltsabklärung der Vorinstanz kein Verschulden trifft, und der Vorinstanz keine Verfahrenskosten auferlegt werden können (Art. 63 Abs. 2 VwVG), ist vorliegend auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten (vgl. Urteil des BVGer C-8307/2007 vom 1. April 2010 E. 7.1).

10.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit Art. 7 VGKE Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (siehe E. 10.1). Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen (namentlich die Kosten für das Kopieren von Schriftstücken, die Porti und die Telefonspesen) sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht und die Mehrwertsteuer nicht bereits berücksichtigt wurde (vgl. Art. 9 Abs. 1 VGKE). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt, exklusive Mehrwertsteuer (vgl. Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE).

10.3 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht mit Kostennote vom 14. Februar 2017 eine Entschädigung von Fr. 9'624.05 (30.53 h à Fr. 280.– zuzüglich Barauslagen von Fr. 342.75 und Mehrwertsteuer von Fr. 712.90) geltend. Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erweist sich der geltend gemachte Aufwand von 30.53 Stunden insgesamt als zu hoch. Immerhin vertrat der Rechtsanwalt den Beschwerdeführer bereits im Verwaltungs- und im Unfallversicherungsverfahren, weshalb Kenntnis der Sach- und Rechtslage grösstenteils vorausgesetzt werden darf. Der geltend gemachte Aufwand für das Verfassen der Beschwerde von 16 Stunden und für die Replik von 5 Stunden ist daher um die Hälfte zu kürzen. Der verbleibende Aufwand von gerundet insgesamt 20 Stunden kann mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime noch als gerechtfertigt betrachtet werden. Die geltend gemachte Unkostenpauschale von 4 % ist mangels eines detaillierten Ausweises auf Fr. 200.– zu reduzieren. Zu beachten ist schliesslich, dass für die anwaltliche Vertretung von Personen im Ausland keine Mehrwertsteuer geschuldet und somit auch nicht zu entschädigen ist (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a MWSTG [SR 641.20] in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Dem Beschwerdeführer ist somit zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 5'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuerzuschlag) zuzusprechen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 25. Januar 2016 aufgehoben und die Streitsache zu weiteren Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 5'800.– zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Beschwerdegegnerin (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Michael Rutz

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. 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 der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: