



Urteil vom 6. Februar 2017

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiber Lukas Schobinger.

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 1. Juli 2015.

Sachverhalt:**A.**

A. _____ (*nachfolgend*: Beschwerdeführer) wurde (...) 1953 geboren. Er ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz im deutschen B. _____. Der gelernte Schlosser ist ledig und kinderlos (Akten der IV-Stelle F. _____ [*nachfolgend*: act.] 125). Er legte als Arbeitnehmer in der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) bis Ende 2012 eine beitragspflichtige Gesamtversicherungszeit von 317 Monaten zurück (Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [*nachfolgend*: IV act.] 100). Er bezieht (gemäss eigenen Angaben) seit Juni 2014 eine Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen einem Krankheitsgrad von 100 % (act. 125, Seite 35).

B.

Mit Verfügung vom 30. August 2007 trat die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend*: Vorinstanz) auf das erste Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 13. April 2006 nicht ein (IV act. 46). Am 4. September 2009 beendete er seine angestammte Tätigkeit als Konstruktionsschlosser (act. 125, Seite 35). Am 29. März 2010 erfolgte das zweite IV-Leistungsgesuch. Der Beschwerdeführer nannte als gesundheitliche Beeinträchtigung Schulter- und Rückenprobleme sowie Asthma (IV act. 50). Mit Verfügung vom 5. Oktober 2012 gewährte die Vorinstanz eine ganze Invalidenrente vom 1. Oktober 2010 bis zum 31. Januar 2012 (IV act. 65). Sie führte aus, eine leichte, optimal angepasste, wechselbelastende Tätigkeit sei spätestens ab November 2011 ganztags zumutbar (z.B. eine Tätigkeit in der Kontrolle, Sortierung, Überwachung). Durch die Anrechnung eines entsprechenden Invalideneinkommens bestehe ab 1. Februar 2012 kein Rentenanspruch mehr (Invaliditätsgrad von 24 %; IV act. 61). Die Verfügung vom 5. Oktober 2012 erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

C.

Dr. C. _____, Facharzt für Chirurgie FMH und Suva-Kreisarzt, hielt aufgrund einer Untersuchung vom 8. November 2011 fest, der Beschwerdeführer sei am 20. Januar 2010 beim Schneeschaukeln ausgerutscht und habe sich mit dem linken Arm an einem Geländer festgehalten. Dabei sei es zu einer Schulterdistorsion links gekommen. Zum Zeitpunkt des Unfalls sei er aufgrund einer Krankheit (lumbale Rückenbeschwerden) zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (act. 90.74, Seite 2). Mit Verfügung vom 6. Januar 2012 richtete die Suva (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) dem

Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2012 für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 20. Januar 2010 eine Invalidenrente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 13 % und eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 10 % aus (act. 90.52).

D.

Der Beschwerdeführer arbeitete letztmals von Juni bis Dezember 2012 und verrichtete in dieser Zeit leichte Unterhaltsarbeiten (act. 125, Seite 29). Am 18. November 2013 ging das dritte Leistungsgesuch bei der Vorinstanz ein (IV act. 80). Im ausführlichen ärztlichen Bericht vom 21. Januar 2014 (act. 106, Seite 46 ff.) hielt D._____, Internist, Rettungsmediziner und Vertrauensarzt der Deutschen Rentenversicherung, folgende Diagnosen fest: 1. Komplexe, fortgeschrittene, degenerative, verschleissbedingte Schädigung beider Schultergelenke mit erheblichen funktionellen Einschränkungen und anhaltender Schmerzsymptomatik ohne Nachweis eines neurologischen Defizits, 2. Degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom mit Bandscheibenschädigung, Status nach Bandscheibenoperation wegen Nervenwurzelkanalverlegung in Höhe LWK 4/5 rechts 11/2009, fortbestehende erhebliche funktionelle Einschränkung in allen Bewegungsachsen und Minderbelastbarkeit, ohne Nachweis eines anhaltenden neurologischen Defizits, 3. Arterielle Hypertonie, derzeit zufriedenstellend eingestellt, 4. Bekannter kleiner Ventrikelseptumdefekt (Läsion in der Scheidewand von linker und rechter Herzkammer), bislang ohne Nachweis einer Herzpumpleistungsschwäche, 5. Wiederkehrende Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern und ventrikuläre Extrasystolie), derzeit unter medikamentöser Behandlung stabilisiert, 6. Adipositas Grad I, 7. Akute Bindehautentzündung (Konjunktivitis; Seite 53). D._____ führte weiter aus, die angestammte Tätigkeit als Konstruktionsschlosser sei (seit 4. September 2009) sicher nicht mehr leidensgerecht. Eine leichte Tätigkeit, die zeitweise im Stehen und Gehen und überwiegend im Sitzen ausgeübt werde, sei (seit Dezember 2013) im Umfang zwischen drei und sechs Stunden leidensgerecht (Seite 61).

E.

Dr. C._____, Facharzt für Chirurgie FMH und Suva-Kreisarzt, hielt aufgrund einer weiteren Untersuchung vom 17. Februar 2014 (act. 96.18; act. 96.19, Seite 7 f.) fest, nun bestehe ein Zustand nach zweimaliger Rekonstruktion der Rotatorenmanschette links sowie ein Status nach irreparabler Reruptur der Rotatorenmanschette links sowie ein Status nach AC-Gelenkluxation links. Die Schulterfunktion links habe sich seit der letzten Un-

tersuchung deutlich verschlechtert. Die Horizontale werde gerade noch erreicht. Die körperferne Belastbarkeit sei verschlechtert. Die Beschwerden seien unfallbedingt, dauernd und erheblich. Aufgrund der verbleibenden Unfallrestfolgen an der linken Schulter sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Konstruktionsschlosser nicht mehr einsetzbar. Dafür sei die Belastung zu gross. Zumutbar seien leichte Tätigkeiten unterhalb der Brusthöhe, möglichst mit aufgestütztem linkem Arm. Nicht mehr zumutbar seien Überkopfarbeiten sowie repetitive Vibrations- und Schlagbelastungen für die linke obere Extremität. Ebenso seien Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten oder anderen absturzgefährdeten Positionen wegen der eingeschränkten Haltefunktion links nicht mehr zumutbar. Mit den genannten Einschränkungen sei ein ganztägiger Arbeitseinsatz zumutbar. Mit Verfügung vom 1. Juli 2014 erhöhte die Suva die Invalidenrente auf 19 % und richtete eine zusätzliche Integritätsentschädigung von 5 % aus (act. 102).

F.

Mit Stellungnahme vom 9. September 2014 führte Dr. E. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH beim regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle F. _____, aus, die Befunde und das Profil einer Verweistätigkeit würden vom deutschen Versicherungsmediziner D. _____ und Suva-Kreisarzt Dr. C. _____ im Wesentlichen übereinstimmend geschildert. Nur die Beurteilung der zeitlichen Zumutbarkeit sei different. Die deutsche Rentenversicherung begründe die zeitliche Einschränkung auf eine Tages-schicht unter sechs Stunden mit dem Lumbovertebralsyndrom, was nicht nachvollziehbar sei, nachdem von einer rückenadaptierten, körperlich leichten Verweistätigkeit ausgegangen werde. Lumbovertbrale Beschwerden hätten oft eine mehrjährige Vorgeschichte. Der Beschwerdeführer habe vor dem Schulterunfall keine Einschränkung in seiner körperlich belastenden Tätigkeit aufgewiesen. Die Rückenbeschwerden seien im Profil einer schulterbedingten Verweistätigkeit berücksichtigt. Ab Sommer 2013 sei das von Suva-Kreisarzt Dr. C. _____ beschriebene Tätigkeitsprofil (abgesehen von der Zeit des Spitalaufenthalts im November 2013 und der anschliessenden Rekonvaleszenz) vollzeitlich zumutbar (act. 110). Mit erstem Vorbescheid vom 16. September 2014 stellte die IV-Stelle F. _____ die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (act. 111).

G.

Am 7. Oktober 2014 erhob der Beschwerdeführer Einwand und reichte medizinische Unterlagen ein (act. 112; vgl. auch act. 118). Mit Stellungnahme vom 17. November 2014 empfahl der RAD-Allgemeinmediziner Dr. E. _____ eine rheumatologische Begutachtung (act. 116). Mit Schreiben

vom 15. Januar 2015 teilte die IV-Stelle F._____ dem Beschwerdeführer unter Beilage des Fragebogens mit, zur Abklärung des Rentenanspruchs sei eine rheumatologische Begutachtung bei Dr. G._____ notwendig (act. 122). Dr. G._____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, stellte im rheumatologischen Gutachten vom 24. April 2015 nach vorgängiger Untersuchung im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. 125, Seite 34): 1. Periarthropathia humeroscapularis links, 2. Periarthropathia humeroscapularis rechts, 3. Chronisches Lumbovertebralsyndrom, 4. Rhizarthrose beidseits, Daumengrundgelenksarthrose links, beginnende distale Radioulnargelenksarthrose rechts. Zudem stellte Dr. G._____ folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Ventrikelseptumdefekt, 2. Allergisches Asthma bronchiale (Allergie auf Haselnuss und Gräser), 3. Arterielle Hypertonie, 4. Adipositas, 5. Status nach ambulanter Herniotomie inguinal rechts am 18. Mai 2011, 6. Status nach Dekompression des ulnaris Ellenbogen rechts sowie Neurolyse bei traumatisch ausgelöster Ulnarisneuropathie Ellenbogen rechts am 3. April 2006. Dr. G._____ führte aus, für eine adaptierte, vorwiegend sitzende Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. In der Tätigkeit als Schlosser bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (act. 125, Seite 39). Am 4. Mai 2015 bestätigte der RAD-Allgemeinmediziner Dr. E._____ die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensgerechten Verweistätigkeit (act. 127).

H.

Mit zweitem Vorbescheid vom 8. Mai 2015 stellte die IV-Stelle F._____ wiederum die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (act. 128). Der Beschwerdeführer erhob einen Einwand und führte aus, es sei allgemein bekannt, dass die Ärzte von der Invalidenversicherung Abschlussprämien erhalten würden. Die Untersuchung beim Rheumatologen Dr. G._____ sei eine Farce gewesen. Der Gutachter habe sich nicht einmal die Mühe gemacht, das MRI der Wirbelsäule anzuschauen (act. 129). Am 22. Juni 2015 bestätigte der RAD-Allgemeinmediziner Dr. E._____ die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensgerechten Verweistätigkeit sinngemäss erneut (act. 132), was dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 24. Juni 2015 vorab zur Kenntnis gebracht wurde (act. 133). Mit Eingabe vom 30. Juni 2015 brachte der Beschwerdeführer sein Unverständnis über das Vorgehen der Invalidenversicherung zum Ausdruck und reichte medizinische Unterlagen ein (act. 136). Mit Verfügung vom 1. Juli 2015 wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren ab (act. 137). Sie führte aus, der Gesundheitszustand habe sich seit der Beurteilung des zweiten Leistungsgesuchs mit Verfügung vom 5. Oktober 2012 nicht wesentlich verschlechtert.

Die Schulteroperation vom 13. November 2013 habe lediglich zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen geführt. Eine leichte, vorwiegend sitzende Verweistätigkeit sei danach ohne Leistungseinschränkung möglich.

I.

Mit Beschwerde vom 20. Juli 2015 führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, die neuesten Rückenschäden seien bei der letzten Begutachtung nicht untersucht worden. Der Zustand der beiden Schultern habe sich verschlechtert. Er habe in der rechten Schulter, im rechten Handgelenk sowie im linken Daumen und Zeigefinger starke Arthrose und im rechten und linken Knie beginnende Arthrose. Er habe Herzprobleme wie Kammerflimmern und Rhythmusstörungen. Die Herzprobleme seien auch auf den Ärger mit der IV-Stelle F._____ zurückzuführen. Die IV-Stelle F._____ würde die Versicherten verfolgen und demütigen. IV-Sachbearbeiter und begutachtende Ärzte würden fette Prämien kassieren, wenn sie Leistungsbegehren abweisen würden. Der Beschwerdeführer beantragte die unentgeltliche Prozessführung (BVGer act. 1). Mit Verfügung vom 22. Juli 2015 ermahnte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer hinsichtlich des weiteren Verfahrens zu einer sachlichen und anständigen Prozessführung (BVGer act. 2).

J.

Mit Vernehmlassung vom 14. August 2015 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 5). Sie reichte die umfangreichen Vorakten und eine Stellungnahme der IV-Stelle F._____ vom 6. August 2015 ein. Die IV-Stelle F._____ verwies darin unter anderem auf eine Stellungnahme vom 13. Juli 2015 (act. 139), in der der RAD-Allgemeinmediziner Dr. E._____ nach Würdigung der am 30. Juni 2015 eingereichten Unterlagen (act. 136) zum Schluss kam, die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit werde durch die dargelegte Herzrhythmusstörung nicht herabgesetzt.

K.

Mit Eingabe vom 19. September 2015 führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, eine Untersuchung seines Rückens habe wegen starker Schmerzen nicht stattfinden können. Die fünf beschädigten Bandscheiben seien auf dem MRI erkennbar. Die mitgelieferte DVD könne einem unabhängigen Arzt zur Beurteilung vorgelegt werden. Er müsse Schmerzmittel mit künstlichen Opiaten nehmen. Eine angepasste, wechselbelastende Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar. Eine reguläre Anstellung sei ohnehin

Wunschdenken der Vorinstanz. Aufgrund des Alters und der körperlichen Einschränkungen sei kein Arbeitgeber bereit ihn einzustellen. Er sei einverstanden mit einer halben Invalidenrente (BVGer act. 14). Mit Verfügung vom 24. September 2015 gab der Instruktionsrichter zur Kenntnis, bei der in der Replik vom 19. September 2015 erwähnten DVD handle es sich um einen von der IV-Stelle F._____ erstellten Datenträger (BVGer act. 15). Mit undatierter Eingabe (Eingangsdatum 9. Oktober 2015) reichte der Beschwerdeführer (neben Belegen zu seinen Bankkonten) eine Diskette zum MRI von Rücken und Schulter ein (BVGer act. 17).

L.

Mit Schreiben vom 9. Oktober 2015 sah die Vorinstanz von einer Duplik ab (BVGer act. 18). Mit Verfügung vom 19. Oktober 2015 schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel per 27. Oktober 2015 ab (BVGer act. 19). Mit Zwischenverfügung vom 20. Oktober 2015 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung gut (BVGer act. 20). Mit Schreiben vom 8. Januar 2016 erkundigte sich der Beschwerdeführer nach dem weiteren Verfahrensablauf (BVGer act. 22). Mit Schreiben vom 20. Januar 2016 stellte der Instruktionsrichter eine Beurteilung der Beschwerde durch drei Bundesverwaltungsrichter in Aussicht und bat den Beschwerdeführer um Geduld (BVGer act. 23).

M.

Mit unaufgeforderter Eingabe vom 10. Februar 2016 reichte der Beschwerdeführer eine CD ein. Er verwies auf eine erfolglose Operation an der linken Hand und einen beidseitigen Knieschaden (BVGer act. 24). Mit Schreiben vom 15. Februar 2016 teilte der Instruktionsrichter mit, die IT-Fachpersonen des Bundesverwaltungsgerichts hätten vergeblich versucht, die Daten auf der CD abzurufen, und retournierte den Datenträger (BVGer act. 25). Mit Schreiben vom 1. März 2016 reichte der Beschwerdeführer zwei Arztberichte und die Röntgenaufnahmen der Hände und Knie ein, die die IT-Fachpersonen des Bundesverwaltungsgerichts nicht abrufen konnten. Er verwies auf die Beeinträchtigung der linken Hand und des rechten Knies (BVGer act. 26).

N.

Mit Duplik vom 13. April 2016 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 28). Sie reichte eine Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 17. März 2016 und eine Stellungnahme der IV-Stelle F._____ vom 7.

April 2016 ein. Dort wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Beschwerdeführer habe mit seiner letzten Eingabe Aufnahmen des Kniegelenks von September 2015 und Januar 2016 vorgelegt. Die Arthroskopie 2016 zeige ein Hämartilros (Blut im Kniegelenk), das aufgrund der Beschreibung frisch gewesen sein müsse. Auch die klinische Diagnose Arthritis vom 4. Februar 2016 weise auf ein neues, erst kürzlich aufgetretenes Beschwerdebild hin. Damit könne die Verschlechterung erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung aufgetreten sein, wobei momentan nicht erkennbar sei, ob es sich um eine dauerhafte Verschlechterung handle. Der neue Befund könne daher im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden.

O.

Mit Verfügung vom 20. April 2016 schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel ab (BVGer act. 29). Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 1. Juli 2015 zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Instruktionsrichter mit Zwischenverfügung vom 20. Oktober 2015 das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung guthiess (BVGer act. 20), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 20. Juli 2015 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

2.

Im Folgenden sind die im vorliegenden Beschwerdeverfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Kognition, vgl. BENJAMIN SCHINDLER, *in*: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum

Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49). Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

2.2 Der Beschwerdeführer hat nach Erlass der angefochtenen Verfügung weitere medizinische Unterlagen eingereicht, denen der regionale ärztliche Dienst mit Stellungnahme vom 17. März 2016 und die IV-Stelle F._____ mit Stellungnahme vom 7. April 2016 eine gewisse Relevanz zugebilligt haben (BVGer act. 28). Rechtsprechungsgemäss hat das Sozialversicherungsgericht auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (am 1. Juli 2015) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 132 V 220 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Indes sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

2.3 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht

sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] I 520/99 vom 20. Juli 2000).

2.4 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz sind nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden (AHI-Praxis 1996, S. 179; ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen aus dem Ausland stammende Beweismittel ebenso der freien Beweiswürdigung des Gerichts (Urteil des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

2.5 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit

Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des BGer 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

2.6 Die objektive Beweislast beurteilt sich nach dem materiellen Recht und damit unabhängig davon, ob der Untersuchungs- oder Verhandlungsgrundsatz gilt. Der vor der IV-Stelle geltende Untersuchungsgrundsatz ändert demnach nichts an der objektiven Beweislast: Ergibt die Beweiswürdigung, dass für eine rechtserhebliche Tatsache der Beweis nicht erbracht ist, trägt die beweisbelastete Partei die Folgen der Beweislosigkeit (BGE 115 V 44 E. 2b; BGE 117 V 264 E. 3b). Dies bedeutet, dass für rechtserzeugende oder anspruchsbegründende Tatsachen diejenige Person die Folgen der Beweislosigkeit trägt, die das Recht geltend macht. Dies ist im IV-Verfahren in der Regel die versicherte Person. Ergibt beispielsweise die Beweiswürdigung, dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt, hat die versicherte Person, welche einen Rentenanspruch geltend gemacht hat, die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, S. 292, Rz. 1536 ff.).

2.7 Der Beschwerdeführer ist Deutscher und wohnt 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. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1).

2.8 In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsvorschriften anwendbar, die bei Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 134 V 315 E. 1.2; BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; vgl. BGE 130 V 445). Damit finden grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. Juli 2015 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind.

2.9 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, verstanden (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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 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).

2.10 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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 besteht 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 Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht 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. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Im vorliegenden Fall wäre die Viertelsrente im Übrigen - entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG - nach Deutschland exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

2.11 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. Es sind somit nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.). Bei der Bemessung der Invalidität ist auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung abzustellen, welche nicht zwingend mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 125 V 256 E. 4; BGE 115 V 133 E. 2; BGE 110 V 275 E. 4a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1).

2.12 Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei

der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3 mit weiteren Hinweisen). Es existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

2.13 Gemäss Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, weil die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle spielt. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Nach Art. 49 Abs. 2 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) führt der medizinische Dienst für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt der versicherungsinterne Arzt seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit kein Grund, um einen Bericht des medizinischen Dienstes in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

2.14 Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur dann abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15.

Dezember 2006 E. 2). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens oder – wie im vorliegenden Fall – im Widerspruch mit einer vorhandenen Expertise entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen, vgl. auch Urteil des BGer 8C_197/2010 vom 3. Oktober 2014 E. 4). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

3.

Umstritten und im vorliegenden Verfahren zu prüfen ist, ob die Vorinstanz das Invalidenrentengesuch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

3.1 Fraglich ist namentlich, ob die Vorinstanz die medizinische Anspruchsgrundlage zutreffend erfasst und genügend abgeklärt hat. Das Leistungsvermögen wird in den Vorakten unterschiedlich bewertet. Dr. C._____, Facharzt für Chirurgie FMH und Suva-Kreisarzt (act. 96.19), Dr. G._____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin (act. 125), und Dr. E._____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH beim regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle F._____, postulieren eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit in leidensgerechten Verweistätigkeiten. D._____, Internist, Rettungsmediziner und Vertrauensarzt der Deutschen Rentenversicherung, postuliert auch für solche Arbeiten eine Leis-

tungseinbusse (act. 106, Seite 46 ff.). Allseits anerkannt ist die Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit als Konstruktionsschlosser. Im Einzelnen ist folgendes erwähnenswert:

3.2 Dr. C._____, Facharzt für Chirurgie FMH und Suva-Kreisarzt, hielt aufgrund einer Untersuchung vom 8. November 2011 fest, beim Beschwerdeführer bestehe (nach der Schulterdistorsion links beim Schneeschaufeln am 20. Januar 2010) ein Zustand nach zweimaliger Rekonstruktion der Rotatorenmanschette links sowie ein Zustand nach AC-Gelenkluxation links. Die Unfallkausalität sei gegeben. Er habe dank einem komplikationslosen postoperativen Verlauf wieder eine gute Beweglichkeit der linken Schulter erreicht, wobei die körperferne Belastbarkeit weiterhin eingeschränkt bleibe. Die orthopädische Behandlung sei abgeschlossen. Die angestammte Tätigkeit als Konstruktionsschlosser sei aufgrund der Unfallrestfolgen an der linken Schulter nicht mehr zumutbar. Dafür sei die Belastung zu gross. Zumutbar sei hingegen eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitive Überkopftätigkeit und ohne längerdauernde körperferne Belastung der linken oberen Extremität. Mit dieser Einschränkung sei ein ganztägiger Arbeitseinsatz zumutbar. Zudem müsse wegen des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms, das unfallfremd sei, auf eine wechselbelastende Tätigkeit ohne längerdauernde Zwangshaltung geachtet werden (act. 90.74, Seite 6 f.).

3.3 Nach einer weiteren Untersuchung vom 17. Februar 2014 hielt Dr. C._____ im Zusammenhang mit den Unfallfolgen vom 20. Januar 2010 fest, die Schulterfunktion links habe sich in der Zwischenzeit deutlich verschlechtert. Schmerzfrei gehe es noch knapp bis zur Horizontalen. Bei Belastung der linken Schulter komme es zu Schmerzen. Die körperferne Belastbarkeit sei deutlich vermindert. Die Kraft im linken Arm sei herabgesetzt. Der Beschwerdeführer müsse regelmässig Schmerzmittel einnehmen. Physiotherapie zeige keine Wirkung und finde nicht mehr statt (act. 96.19, Seite 5). Die Rotatorenmanschette links sei nach der erfolgten Reruptur (2013) nicht mehr rekonstruierbar. Der aktuelle Zustand müsse als neuer Endzustand angesehen werden. Die orthopädische Behandlung sei abgeschlossen. Bei weiterer Verschlechterung und Schmerzzunahme müsse die Implantation einer invasiven Schulterprothese diskutiert werden. Wegen der verbleibenden Unfallrestfolgen an der linken Schulter sei der Beschwerdeführer als Konstruktionsschlosser nicht mehr einsetzbar. Dafür sei die Belastung zu gross. Zumutbar seien hingegen leichte Tätigkeiten unterhalb der Brusthöhe, möglichst mit aufgestütztem linken Arm. Nicht mehr zumutbar seien Überkopfarbeiten sowie repetitive Vibrations- und

Schlagbelastungen für die linke obere Extremität. Ebenso seien Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten oder anderen absturzgefährdeten Positionen wegen der eingeschränkten Haltefunktion links unzumutbar. Mit den genannten Einschränkungen sei ein ganztägiger Arbeitseinsatz zumutbar (act. 96.19, Seite 8).

3.4 D. _____, Internist, Rettungsmediziner und Vertrauensarzt der Deutschen Rentenversicherung, schilderte im ausführlichen medizinischen Bericht vom 21. Januar 2014 unter Beizug der Vorakten und nach Erhebung des Befunds im Wesentlichen folgenden Krankheitsverlauf (act. 106, Seite 60 f.):

3.4.1 Der Beschwerdeführer habe in seiner angestammten Tätigkeit als Konstruktionsschlosser im industriellen Bereich lange Zeit schwere Arbeitsanteile verrichtet. Ab September 2009 sei aufgrund einer zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigung wie namentlich einem Bandscheibenvorfall eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Die vorrangige Erkrankung liege auf dem orthopädischen Fachgebiet.

3.4.2 Zum einen liege ein chronisches, degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom bei Zustand nach Bandscheibenoperation und Nervenwurzelkompression im November 2009 vor. Seit einem Eingriff im November 2011 seien keine Empfindungsstörungen im rechten Bein und keine muskulären Schwächeerscheinungen mehr aufgetreten. Allerdings leide der Beschwerdeführer fortbestehend unter belastungsabhängigen, überwiegend starken Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Er nehme daher regelmäßig konventionelle Schmerzmedikamente (teilweise in hohen Dosierungen) ein. Die klinische Untersuchung zeige eine erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit der Rumpfwirbelsäule in allen Bewegungsachsen. Schmerzangabe und die funktionellen Einschränkungen seien nachvollziehbar. Diskrepanzen seien im Untersuchungsgang nicht feststellbar. Umschriebene neurologische Auffälligkeiten im Bereich der unteren Gliedmassen würden allerdings nicht vorliegen.

3.4.3 Zum anderen liege ein fortgeschrittener Verschleiss mit komplexer Binnenschädigung und Arthrose beider Schultergelenke vor. Die Schultererkrankung führe zu einer erheblichen funktionellen Beeinträchtigung beider Schultergelenke und sei intensiv vorbehandelt worden. Im Juli 2013 sei mittels einer kernspintomographischen Untersuchung eine Schädigung im Sehnenansatzbereich, eine Schultergelenkarthrose sowie eine Ergussbildung im Gelenk gesichert worden. Im November 2013 sei im Bereich der

rechten Schulter ein operativer Eingriff erfolgt. Es seien ein Impingement-syndrom (Engpassyndrom), eine Schultersteife, ein Abriss der Bizepssehne, eine Schädigung weiterer Sehnenansätze sowie ein degenerativer Schultergelenkverschleiss (Omarthrose) festgestellt worden. Der Beschwerdeführer berichte über erhebliche Schmerzen im Bereich beider Schultern, derzeit rechts stärker als links, und deutliche funktionelle Einschränkungen unter Alltagsbedingungen (ohne Erwerbsarbeit). Im Untersuchungsgang werde eine schlüssige, erhebliche Funktionseinschränkung beider Schultergelenke, insbesondere beim Anheben der Schultern, festgestellt. Er berichte bei maximal möglicher Auslenkung über starke Schmerzen, zum Teil bereits bei leichter Auslenkung rechts.

3.4.4 Weiter werde im Bereich des rechten Handgelenks eine funktionelle Einschränkung in allen Bewegungsrichtungen festgestellt. Der Beschwerdeführer berichte über zunehmende Beschwerden vor dem Hintergrund der zurückliegenden, beruflichen, sehr starken Beanspruchung der rechten Hand. Die Fingerfeinmotorik zeige sich unbeeinträchtigt. Die Ellenbogengelenke seien ebenso wie die linke Hand frei beweglich.

3.4.5 Zusätzlich würden weitere Erkrankungen vorliegen. Bekannt sei ein Asthma bronchiale, das mit einer krampflösenden Spraybehandlung und zeitweilig bei starker Symptomverschlimmerung mit Cortisonpräparaten in Eigendosierung behandelt werde. Zum Untersuchungszeitpunkt manifestiere sich keine Asthmasymptomatik. Der Untersuchungsbefund der Lunge ergebe keine Auffälligkeiten. Die Lungenfunktionsdiagnostik ergebe eine leichte Einschränkung des Einsekundenvolumens und eine deutliche Absenkung der peripheren Flussrate. Daraus lasse sich die beklagte Kurzatmigkeit bei geringer körperlicher Belastung, zum Teil auch in Ruhe, ableiten.

3.4.6 Weiter sei ein kleiner Defekt der Herzscheidewand zwischen linker und rechter Herzhauptkammer bekannt. In grösseren Abständen würden deshalb kardiologische Untersuchungen stattfinden. Anlässlich der letzten Untersuchung 2010 sei keine Befundverschlechterung am Herzen bei normaler Herzpumpleistung festgestellt worden. Zusätzlich würden Herzrhythmusstörungen vorliegen (ventriculäre Extrasystolie sowie intermittierendes Vorhofflimmern), was zuletzt überwiegend erfolgreich medikamentös kontrolliert werden konnte. Aktuell würden keine Herzrhythmusstörungen vorliegen. Allerdings seien bestimmte elektrische Reizleitungszeiten am Herzen verändert, ohne akuten Interventionsbedarf. Der arterielle Bluthochdruck sei aktuell gut eingestellt.

3.4.7 D._____ führte aus, die Belastbarkeit sei bereits bei normalen Haushaltsverrichtungen nachvollziehbar herabgesetzt. In der Zusammenschau sämtlicher Befunde lasse sich eine qualitative und quantitative Leistungsverminderung feststellen. Medizinische Rehabilitationsmassnahmen und LTA-Massnahmen würden das Leistungsvermögen nicht verbessern. Das Gehvermögen sei in relevantem Umfang erhalten. Der Beschwerdeführer verfüge über eine Fahrerlaubnis und einen eigenen PKW. Eine Verweistätigkeit müsse folgende Einschränkungen berücksichtigen: keine rücken-, armkraft- und schulterbelastenden Tätigkeiten, keine Wirbelsäulenbelastungen, keine Überkopfarbeiten, kein häufiges Bücken, keine längeren Zwangshaltungen, keine Tätigkeiten, die häufiges Treppensteigen, Ersteigen von Leitern und Gerüsten erfordern, keine Tätigkeiten mit erhöhter Absturz- und Unfallgefahr, keine Tätigkeiten, die erhöhte Stand- und Gangsicherheit erfordern, keine Tätigkeiten mit stärkeren inhalativen Belastungen. Eine leichte Tätigkeit, die diesen Anforderungen entspreche, könne täglich zwischen drei und sechs Stunden ausgeübt werden.

3.5 Mit Aktenbericht vom 9. September 2014, mithin noch vor der Begutachtung durch Dr. G._____ am 20. April 2015, führte der RAD-Allgemeinmediziner Dr. E._____ aus, der deutsche Versicherungsmediziner D._____ und der Suva-Kreisarzt Dr. C._____ würden die Befunde und das Profil einer Verweistätigkeit im Wesentlichen übereinstimmend schildern. Nur die Beurteilung der zeitlichen Zumutbarkeit sei different. Die deutsche Rentenversicherung begründe die zeitliche Einschränkung auf eine Tagesschicht unter sechs Stunden mit dem Lumbovertebralsyndrom, was nicht nachvollziehbar sei, nachdem von einer rückenadaptierten, körperlich leichten Verweistätigkeit ausgegangen werde. Lumbovertebrale Beschwerden hätten oft eine mehrjährige Vorgeschichte. Der Beschwerdeführer habe vor dem Schulterunfall (vom 20. Januar 2010) keine Einschränkung in der körperlich belastenden Tätigkeit (als Konstruktionsschlosser) aufgewiesen. Die Rückenbeschwerden seien im Profil der schulterbedingten Verweistätigkeit berücksichtigt. Ab Sommer 2013 sei das von Suva-Kreisarzt Dr. C._____ beschriebene Tätigkeitsprofil (abgesehen von der Zeit des Spitalaufenthalts im November 2013 und der anschliessenden Rekonvaleszenz) vollzeitig zumutbar (act. 110). Daraufhin stellte die IV-Stelle F._____ mit erstem Vorbescheid vom 16. September 2014 die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (act. 111).

3.6 Dr. G._____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, führte im rheumatologischen Gutachten vom 24. April 2015 nach vorgängiger Untersuchung aus, für eine adaptierte, vorwiegend sitzende Tätigkeit

bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. In der Tätigkeit als Schlosser bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (act. 125, Seite 39). Die unfallbedingten Einschränkungen würden dominieren. Weitere, an und für sich ebenfalls einschränkende Krankheitsfaktoren würden zwar vorliegen, aber gewissermassen in der Schulterproblematik untergehen, und daher keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit bewirken (act. 125, Seite 43). Dr. G._____ bestätigte mithin die Auffassung von Dr. C._____, der aufgrund seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 17. Februar 2014 ebenfalls einen ganztägigen Arbeitseinsatz als zumutbar erachtete (act. 96.19, Seite 8). Mit Stellungnahme vom 4. Mai 2015 führte der RAD-Allgemeinmediziner Dr. E._____ aus, das rheumatologische Gutachten von Dr. G._____ sei umfassend und beweiskräftig, sodass bei der Beurteilung des Leistungsgesuchs darauf abgestellt werden könne (act. 127).

4.

Zu den vorerwähnten Berichten ist Folgendes festzuhalten:

4.1 Die Einschätzung von D._____ überzeugt. Sie wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und beruht auf einer umfassenden, allseitigen Untersuchung. Der ausführliche medizinische Bericht vom 21. Januar 2014 ist plausibel und entspricht den beweisrechtlichen Vorgaben (BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 352 E. 3a). Die formulierte Leistungseinbusse in einer leidensgerechten Verweistätigkeit ist in Anbetracht der gravierenden Schmerzsymptomatik nachvollziehbar. Mit Blick auf das zumutbare Arbeitspensum von drei bis sechs Stunden pro Tag ist der Bericht indessen zu wenig aussagekräftig. Zur Bemessung des Invaliditätsgrads ist eine genauere Angabe hinsichtlich des Leistungsvermögens erforderlich. Immerhin darf als erstellt gelten, dass der Beschwerdeführer (aus arbeitsmedizinischer Sicht) in einer Verweistätigkeit zumindest ein Teilpensum von bis zu sechs Stunden bewältigen könnte. Dies ergibt sich auch aus einem orthopädischen Gutachten des Kantonsspitals H._____ vom 16. September 2011, in dem für eine wechselbelastende Tätigkeit ohne grössere Belastungen eine Arbeitsfähigkeit von (damals etwa) 50 % angegeben wurde (act. 49, Seite 9; act. 106, Seite 48; act. 125, Seite 10 f.).

4.2 Der Gutachter Dr. G._____ erwähnte den ausführlichen medizinischen Bericht vom 21. Januar 2014 nur unter den beigezogenen Akten (act. 125, Seite 2 ff.). Ansonsten setzte er sich mit der einleuchtenden Einschätzung von D._____ nicht auseinander, auffallenderweise auch nicht in der Ziffer 5.7, wo er die Diskrepanzen zwischen der Aktenlage und seiner eigenen Beurteilung erörterte (act. 125, Seite 41 f.). Die Ausführungen von

Dr. G._____ stehen indessen mit Blick auf die Plausibilität der funktionellen Einschränkungen und des Schmerzgeschehens sowie hinsichtlich der Bewertung des Leistungsvermögens in einem deutlichen (und womöglich anspruchserheblichen) Widerspruch zu den Angaben, die D._____ machte. Dieser berichtete von einer durchgängig schlüssigen Befunderhebung und gab - im Gegensatz zu Dr. G._____ - keinen Hinweis auf eine mangelnde Kooperationsbereitschaft in der klinischen Untersuchung zwecks Schmerzvermeidung (act. 125, Seite 36 ff.). D._____ erachtete die gravierende Schmerzsymptomatik im Bereich der beiden Schultern sowie der Lendenwirbelsäule als konsistent und erwähnte eine regelmässige Einnahme konventioneller Schmerzmedikamente (teilweise in hohen Dosierungen). Dr. G._____ räumte einerseits deutliche organische Pathologien ein, wies aber gleichzeitig auch auf eine gewisse Diskrepanz zwischen der subjektiven Schmerzempfindung und den objektiven Befunden hin. Als Beispiel nannte er das (subjektiv) als sehr schmerzhaft empfundene Rückenleiden, das er (objektiv) nicht auf eine radikuläre Symptomatik zurückführen konnte. Die Kooperationsbereitschaft (bzw. „Verweigerungshaltung“) in der klinischen Untersuchung zwecks Schmerzvermeidung würdigte er kritisch (act. 125, Seite 42). Die Aufzählung der Medikamente liess er unkommentiert (act. 125, Seite 27, 30). In Anbetracht der vorliegenden Diagnosen (act. 125, Seite 34) scheint jedoch eine gewisse Limitierung der Arbeitsfähigkeit infolge der Schmerzsymptomatik gleichwohl denkbar. Der Schmerzmittelkonsum ist insofern nachvollziehbar. Weshalb die diskrepante Auffassung von D._____ im rheumatologischen Gutachten vom 24. April 2015 nicht eingehend diskutiert wurde, ist mithin nicht nachvollziehbar. Aufgrund der unterbliebenen Auseinandersetzung mit dem ausführlichen medizinischen Bericht vom 21. Januar 2014, der nur rund fünfzehn Monate zuvor erstattet worden war, erscheint das rheumatologische Gutachten vom 24. April 2015 in einem wesentlichen Punkt mangelhaft und unvollständig. Es entspricht somit nicht den Vorgaben von BGE 125 V 352 E. 3a, weshalb ihm nicht volle Beweiskraft zuerkannt werden kann. Das Gutachten von Dr. G._____ ist insgesamt nicht geeignet, die arbeitsmedizinische Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zuverlässig und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuweisen.

4.3 Dr. C._____, der aufgrund seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 17. Februar 2014 ebenfalls einen ganztägigen Arbeitseinsatz als zumutbar erachtete, würdigte den ausführlichen medizinischen Bericht vom 21. Januar 2014 ebenfalls nicht. Als Suva-Kreisarzt konzentrierte er sich auf die Beurteilung der natürlich kausalen Folgen des Unfalls vom 20. Januar

2010. Zum (unfallfremden) chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms und den (unfallfremden) weiteren Erkrankungen sowie den daraus resultierenden Einschränkungen äusserte er sich nicht, als er das Zumutbarkeitsprofil beschrieb (act. 96.19, Seite 8). Seine Einschätzung unter Berücksichtigung der unfallkausalen Beschwerden kann daher nicht übernommen werden.

4.4 Im Unterschied zum deutschen Versicherungsmediziner D. _____ (sowie zum Suva-Kreisarzt Dr. C. _____ und zum Gutachter Dr. G. _____) führte der RAD-Allgemeinmediziner Dr. E. _____ für die Beurteilung des Leistungsanspruchs keine eigene ärztliche Untersuchung durch. Er wertete lediglich die vorhandenen ärztlichen Unterlagen aus. Seine Stellungnahmen vom 9. September 2014 (act. 110), 4. Mai 2015 (act. 127), 22. Juni 2015 (act. 132) und 13. Juli 2015 (act. 139) sind somit reine Aktenberichte. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens oder – wie im vorliegenden Fall – im Widerspruch mit einer vorhandenen Expertise entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Der RAD-Aktenbericht von Dr. E. _____ vom 9. September 2014 genügt diesen Anforderungen nicht. Insbesondere die Feststellung, dass der Beschwerdeführer vor der Schulterdistorsion am 20. Januar 2010 in der angestammten Tätigkeit als Konstruktionsschlosser nicht eingeschränkt gewesen sein soll, ist nicht zutreffend. Gemäss D. _____ ist die Arbeitsunfähigkeit bereits im September 2009 aufgrund einer zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigung wie namentlich einem Bandscheibenvorfall eingetreten (act. 106, Seite 60). Dies ergibt sich auch aus dem orthopädischen Gutachten des Kantonsspitals H. _____ vom 16. September 2011, in dem die angestammte Tätigkeit allein schon wegen dem massiven degenerativen Rückenleiden als „nicht mehr möglich“ bezeichnet wurde (act. 49, Seite 8 f.; act. 106, Seite 48; act. 125, Seite 10 f.), und den Ausführungen von Dr. C. _____ (96.19, Seite 2). Seit der Diskushernienoperation 2009 gibt der Beschwerdeführer massive lumbale Schmerzen selbst unter nur mässig belastenden Alltagsbedingungen (ohne Erwerbsarbeit) an (act. 125, Seite 10 f.), womit als sicher gelten kann, dass ihn diese auch in der Verweistätigkeit behindern würden.

4.5 Die Feststellung des RAD-Allgemeinmediziners Dr. E. _____ vom 4. Mai 2015, wonach das rheumatologische Gutachten von Dr. G. _____ umfassend und beweiskräftig sei, sodass bei der Beurteilung des Leistungsgesuchs darauf abgestellt werden könne (act. 127), ist nach dem Ge-

sagten unzutreffend (vgl. Erwägung 4.2 hiervor). Unter der gebotenen Berücksichtigung des ausführlichen medizinischen Berichts vom 21. Januar 2014 hätte der RAD-Allgemeinmediziner Dr. E. _____ die Unvollständigkeit des Gutachtens von Dr. G. _____ erkennen können und müssen. Ein RAD-Arzt hat im Rahmen der Plausibilisierung eines externen Gutachtens zu prüfen, ob der begutachtende Arzt frühere, unter Umständen anderslautende Stellungnahmen aufgenommen und diskutiert hat, zumal wenn es sich um eine plausible Einschätzung eines Vertrauensarztes handelt, die in einem sozialversicherungsrechtlichen Verfahren abgegeben wurde und zu einer Berentung in Deutschland führte (soweit ersichtlich mit Wirkung ab Juni 2014; act. 125, Seite 35). Der externe Gutachter hat gegebenenfalls die Gründe darzulegen, weshalb er von einer anderslautenden Einschätzung abweicht. Tut er dies nicht, ist das Gutachten unvollständig. Die alleinige Wiedergabe eines Auszugs aus einem vorhandenen, bedeutsamen Bericht ist ohne entsprechende medizinische Beurteilung ungenügend. Die Mängel in einem Gutachten können unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit durch Erläuterung oder Ergänzung verbessert werden (Urteil des BVGer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.2). Zur Ergänzung des Gutachtens wäre im vorliegenden Fall eine umgehende Rückfrage der Vorinstanz an Dr. G. _____ angezeigt gewesen. Auf diesem Weg hätte ihm Gelegenheit gegeben werden können, den ausführlichen Bericht vom 21. Januar 2014 in seine Überlegungen miteinzubeziehen, was mit relativ geringem Aufwand möglich gewesen wäre. Nun aber, im Beschwerdeverfahren und bald zwei Jahre nach der rheumatologischen Untersuchung vom 20. April 2015, ist eine Rückfrage bei Dr. G. _____ aus naheliegenden Gründen nicht mehr opportun.

4.6 Aufgrund der unterbliebenen Auseinandersetzung mit der plausiblen Einschätzung von D. _____ bestehen Zweifel an der uneingeschränkten Zumutbarkeit einer leidensgerechten Verweistätigkeit. Von der Beschwerdeinstanz ist insbesondere auch die Erwerbsbiographie zu würdigen. Der Beschwerdeführer hat in seiner angestammten Tätigkeit als Konstruktionschlosser im industriellen Bereich lange Zeit schwere Arbeitsanteile verrichtet. Die entsprechenden Verschleisserscheinungen an den Händen und Schultern sowie an der Lendenwirbelsäulen sind medizinisch gut dokumentiert und mussten intensiv behandelt werden. Neben dem orthopädischen Krankheitsbild sind diverse Nebenerkrankungen bekannt. Die Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit als Konstruktionsschlosser, die bereits per 4. September 2009 beendet werden musste (act. 125, Seite 36), ist allseits anerkannt. Auch nach Aufgabe der Erwerbstätigkeit ist der Beschwerdeführer im Alltag auf die regelmässige Einnahme konventioneller

Schmerzmedikamente (teilweise in hohen Dosierungen) angewiesen. Bei dieser Sachlage muss eine einwandfrei erstellte Arbeitsfähigkeit vorausgesetzt werden, damit ein entsprechendes Invalideneinkommen berücksichtigt werden kann. Im Übrigen kann die Zumutbarkeit einer Verweistätigkeit im Vollpensum trotz gravierender Schmerzsymptomatik auch aufgrund des fortgeschrittenen Alters des (1953 geborenen) Beschwerdeführers nicht leichthin angenommen werden. Der RAD-Aktenbericht vom 9. September 2014, der nicht überzeugt, vermag die unterbliebene Auseinandersetzung mit dem ausführlichen medizinischen Bericht vom 21. Januar 2014 im rheumatologischen Gutachten von Dr. G. _____ nicht zu ersetzen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Mithin hat das Leistungsvermögen als nicht rechtsgenügend abgeklärt zu gelten, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben ist.

5.

Zum weiteren Vorgehen ist Folgendes festzuhalten:

5.1 Die Sache ist daher gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein neues, voll beweiskräftiges Gutachten zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einholt. Dieses Vorgehen ist insbesondere deshalb geboten, weil der medizinische Dienst - in Verletzung seiner Prüfungsobliegenheit - die erkennbare Unvollständigkeit des Gutachtens von Dr. G. _____ nicht wahrgenommen und auf eine umgehende Rückfrage verzichtet hat, womit er im Ergebnis einen vermeidbaren Mehraufwand verursachte. Aufgrund dieses Versäumnisses ist denn auch kein gerichtliches Gutachten einzuholen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 und Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3). Würde diese mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, weil die RAD-Ärzte oftmals Beurteilungen gestützt auf ausländische Arztberichte vornehmen, die nicht selten weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung

enthalten noch in Kenntnis der versicherungsmedizinischen Anforderungen verfasst wurden (vgl. Urteil des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016).

5.2 Mit der Begutachtung sind ein nicht vorbefasster Rheumatologe und ein Kardiologe in der Schweiz zu betrauen. Zusätzlich ist ein Internist beizuziehen. Bereits bei der Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen vom 20. März 2010 führte der Beschwerdeführer bei den näheren Angaben über die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung ein Asthma durch Schweissgas (seit 1988) an (act. 2, Seite 7). Im sozialmedizinischen Gutachten vom 3. Februar 2005 wurde bei den Vorbefunden gemäss dem sozialmedizinischen Gutachten vom 24. August 2004 ein schwergradiges, cortisonpflichtiges Asthma bronchiale mit extrinsischer Komponente bei bekannter Gräser- und Getreidepollenallergie festgehalten (act. 104, Seite 67). Der Gutachter diagnostizierte in Abweichung zu diesem Vorbefund nur ein leicht- bis mittelgradiges Asthma bronchiale und vermerkte eine deutliche Aggravationstendenz bezüglich sämtlicher Beschwerden (act. 104, Seite 69). Er führte aus, die immer wieder geschilderten Beschwerden seien durch Incompliance und teilweise durch Aggravation erklärbar (act. 104, Seite 70). Somit besteht eingliederungsbezogener Abklärungsbedarf bezüglich der Frage, in welcher Arbeitsumgebung der Beschwerdeführer noch tätig sein kann und welche Expositionen mit Noxen gegebenenfalls zu vermeiden sind. Zudem ist der Schweregrad der Beschwerden und die Frage zu beurteilen, ob und in welchem Umfang Aggravation vorliegt.

5.3 Da es sich um eine polydisziplinäre Begutachtung mit Beteiligung von drei Disziplinen handelt, hat die Vergabe des Auftrags nach dem Zufallsprinzip (Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV) über die Zuweisungsplattform SuisseMED@P zu erfolgen. Von den medizinischen Sachverständigen zu beurteilen sind insbesondere auch die nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretenen Veränderungen, zu denen der medizinische Dienst am 17. März 2016 und die IV-Stelle F._____ am 7. April 2016 Stellung nahmen (BVGer act. 28, Beilage). Der Beizug weiterer Disziplinen steht im Ermessen der Vorinstanz. Die Vorinstanz hat auf der Grundlage des neuen Gutachtens erneut über den Rentenanspruch zu befinden. Aufgrund des fortgeschrittenen Alters des (...) 1953 geborenen Beschwerdeführers wird dabei auch zu prüfen sein, ob die wirtschaftliche Verwertbarkeit des verbleibenden Leistungsvermögens auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch gegeben ist oder nicht (Urteil des BGer 9C_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 4 mit Hinweisen).

6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der Aktenlage nicht zuverlässig beurteilen lässt. Auf das Gutachten von Dr. G. _____ kann nicht abgestellt werden, da es in einem bislang nicht abschliessend diskutierten Widerspruch mit der plausiblen Einschätzung von D. _____ steht. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein neues, polydisziplinäres Gutachten zum rheumatologischen, internistischen und kardiologischen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit veranlasst. Dieses Vorgehen ist deshalb geboten, weil die Vorinstanz die erkennbare Unvollständigkeit des Gutachtens von Dr. G. _____ nicht moniert hat. Die Vorinstanz hat auf der Grundlage des neuen Gutachtens erneut über den Rentenanspruch zu befinden. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben. Die Beschwerde erweist sich als begründet und ist gutzuheissen.

7.

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

7.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als volles Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 mit Hinweisen), der Vorinstanz aber keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG), sind im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten zu erheben. Dem Beschwerdeführer ist kein Kostenvorschuss zurückzuerstatten (BVGer act. 20).

7.2 Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind durch das Beschwerdeverfahren keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland hat unabhängig vom Verfahrensausgang keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insofern gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Die Vorinstanz wird angewiesen, eine rheumatologische, internistische und kardiologische Begutachtung des Beschwerdeführers in der Schweiz zu veranlassen. Der Beizug weiterer Disziplinen wird in das Ermessen der Vorinstanz gestellt.

3.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

4.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Lukas Schobinger

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 der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: