



Abteilung III
C-4891/2016

Urteil vom 4. Februar 2019

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richter David Weiss, Richter Daniel Stufetti,
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch
(Verfügung vom 14. Juli 2016).

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1958 geborene, deutsche Staatsangehörige A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) war in den Jahren 1987 bis 2002 in der Schweiz im Versicherungs- und Bankensektor erwerbstätig und leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; IVSTA-act. 6). Zuletzt arbeitete er in Deutschland als IT-Service Manager in einem Pharmaunternehmen, ehe ihm aus wirtschaftlichen Gründen per 31. Dezember 2012 gekündigt wurde (IVSTA-act. 17 und 29).

B.

B.a Am 6. Juli 2015 meldete sich der Versicherte wegen eines seit November 2014 bestehenden Rückenleidens beim deutschen Versicherungsträger zum Bezug einer Invalidenrente an. Dieser übermittelte am 4. November 2015 das Antragsformular E 204 (IVSTA-act. 7) zusammen mit einem ärztlichen Gutachten vom 9. September 2015 (IVSTA-act. 13), einem leistungsverneinenden deutschen Rentenbescheid vom 23. Oktober 2015 (IVSTA-act. 9) und weiteren Unterlagen der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) zur Durchführung des zwischenstaatlichen Rentenprüfungsverfahrens (IVSTA-act. 11).

B.b Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) klärte die medizinischen und wirtschaftlichen Verhältnisse ab. Sie nahm insbesondere die vom Versicherten eingereichten Berichte behandelnder Fachärzte zu den Akten (IVSTA-act. 21-25) und legte diese zusammen mit dem Gutachten vom 9. September 2015 dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor. Gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 27. April 2016 (IVSTA-act. 31) stellte die IVSTA dem Versicherten die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IVSTA-act. 32). Dagegen erhob der Versicherte am 25. Mai 2016 unter Hinweis auf einen nicht aktenkundigen Austrittsbericht einer Rehabilitationsklinik vom 4. Februar 2016 Einwände (IVSTA-act. 33). Die IVSTA gewährte ihm daraufhin mit Schreiben vom 31. Mai 2016 eine Frist bis 10. Juli 2016, um neue Beweismittel einzureichen (IVSTA-act. 34). Nach unbenutztem Ablauf dieser Frist wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 14. Juli 2016 mangels Vorliegen einer anspruchsbegründenden Invalidität ab (IVSTA-act. 35).

C.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte mit Eingabe vom 10. August 2016 (Poststempel) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte sinngemäss, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihm eine halbe Invalidenrente zuzusprechen sei (BVGer-act. 1). Seiner Beschwerde legte er den ärztlichen Entlassungsbericht vom 4. Februar 2016 und weitere bereits aktenkundige Arztberichte bei.

D.

Der mit Zwischenverfügung vom 17. August 2016 beim Beschwerdeführer eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– (BVGer-act. 2) wurde am 26. August 2016 geleistet (BVGer-act. 4).

E.

Die Vorinstanz beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 28. Oktober 2016 unter Hinweis auf eine Stellungnahme des RAD vom 20. September 2016 (IVSTA-act. 37) die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 6).

F.

Der Beschwerdeführer reichte am 5. Dezember 2016 eine Replik ein (BVGer-act. 9).

G.

Die Vorinstanz teilte am 27. Dezember 2016 mit, dass sie auf weitere Ausführungen verzichte (BVGer-act. 11).

H.

Mit Verfügung vom 10. Januar 2017 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 12).

I.

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

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. Juli 2016, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Rentengesuch des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer eine anspruchsbegründende Invaldität vorliegt.

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 14. Juli 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 Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 14. Juli 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

3.3 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur

Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. 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. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

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. 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 zwischenstaatliche 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 (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

5.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, 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).

5.5 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 oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

5.6 Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

6.

In den Akten finden sich zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers die folgenden ärztlichen Einschätzungen.

6.1 Laut einem Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. B._____, Facharzt für Neurochirurgie, vom 10. Juli 2015, habe der Beschwerdeführer über eine seit November 2014 bestehende, immer wieder auftretende Schmerzsymptomatik in der ganzen Lendenwirbelsäule berichtet, wobei es innerhalb von wenigen Stunden zu einer Krümmung des Körpers komme. Dr. med. B._____ stellte gestützt auf eine eigene Untersuchung und MRT-Aufnahmen der Lendenwirbelsäule vom 10. November 2014 die folgenden Diagnosen (IVSTA-act. 23):

- LWK3/4: Extraforaminaler Bandscheibenvorfall rechts bis mediolateral und foraminal reichend, Spondylolisthese Meyerding Grad I mit Retrolisthese von LWK3 zu LWK4, erhebliche Rezessusstenose beidseits
- LWK4/5: Ausgeprägte Rezessuseinengung beidseits
- LWK5/SWK1: Ausgeprägte Rezessuseinengung beidseits
- Facettensyndrom lumbal bei multisegmentalen Spondylarthrosen
- Ausgeprägte ISG-Symptomatik

6.2 In einem weiteren Bericht vom 1. September 2015 nannte Dr. med. B._____ gestützt auf eine eigene Untersuchung und MRT-Aufnahmen vom 15. Juni 2015 die folgenden Diagnosen:

- LWK3/4 und LWK4/5: Spondylolisthese Meyerding Grad I, Spinalkanalstenose, foraminale Stenose beidseits
- Zustand nach Bandscheibenvorfall LWK3/4 rechts (Bilder vom November 2014)
- LWK5/SWK1: Rezessusstenose beidseits
- Facettensyndrom lumbal bei multisegmentalen Spondylarthrosen
- ISG-Arthrosen mit ISG-Symptomatik beidseits

Dr. med. B._____ stellte die Indikation einer operativen Therapie im Sinne einer Spondylodese LWK3/4 und LWK4/5 mit Dekompression des Spinalkanals LWK3/4, LWK4/5 und LWK5/SWK1 von rechts mit Undercutting der kontralateralen Seite in mikrochirurgischer Technik. Zusätzlich müssten die Neurofaramina LWK3/4, LWK4/5 beidseits entlastet werden. Zur Behandlung des Facettensyndroms, das zusätzlich zur radikulären Symptomatik vorhanden sei, werde eine Thermokoagulation der Gelenke von LWK3/4, LWK4/5, LWK5/SWK1 und der ISG beidseits empfohlen. Das könne intraoperativ vorgenommen werden (IVSTA-act. 22).

6.3 Im zuhanden der deutschen Rentenversicherung erstellten orthopädischen Gutachten von Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 9. September 2015, wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

- Chronisch rezidivierendes lumboschialgieformes Wirbelsäulensyndrom rechts bei Bandscheibenvorfall L3/L4 rechts mediolateral mit Nervenwurzelreizung (M51.1 RG)
- Degeneratives zervikales und thoracales Halswirbelsäulensyndrom (M51.2 BG)

Im Rahmen seiner Beurteilung hielt der Gutachter fest, dass zum aktuellen Zeitpunkt vor allem Funktionseinschränkungen der Lendenwirbelsäule verbunden mit Muskel- und Sehnenreizerscheinungen sowie muskulärem Hartspann und positivem Lasegue-Zeichen rechts (bei 60°) festzustellen seien. Funktionsaufnahmen zeigten eine leichte Segmentinstabilität. Von neurochirurgischer Seite her sei die Operationsindikation gestellt worden,

von orthopädischer Seite sei eher zum konservativen Vorgehen geraten worden. Vor diesem Hintergrund sei eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abschliessend möglich. Eine erhebliche Gefährdung der beruflichen Restleistungsfähigkeit sei jedoch festzustellen, deswegen sollte – sofern keine operative Behandlung durchgeführt werde – ein stationäres Reha-Verfahren vorgenommen werden. Die letzte berufliche Tätigkeit als IT-Service Manager sei seit 8. September 2015 6 Stunden und mehr zumutbar. Leichte, leidensangepasste Arbeiten könnten 6 Stunden oder mehr verrichtet werden (IVSTA-act. 13).

6.4 Prof. Dr. med. D._____, Facharzt für Neurochirurgie, stellte in seinem Bericht vom 9. September 2015 nach einer Untersuchung des Beschwerdeführers die folgenden Diagnosen:

- Rezidivierende Lumbago mit Ausweichskoliose nach links bei angeborenem engen Wirbelkanal
- Rezessusstenose LWK 3/4 und 4/5
- Mikroinstabilität LWK 3/4
- Derzeit keine neurologischen Ausfälle

Zusammenfassend hielt Prof. Dr. med. D._____ fest, dass es sich um ein derzeit rezidivierendes Schmerzsyndrom mit Ausweichskoliose ohne sensomotorischen Ausfälle handle, das ohne medikamentöse Therapie immer gut rückläufig gewesen sei. Aus diesem Befund sofort eine Indikation zur Spondylodese zu stellen, sei verfrüht. Er schlug vor, bei der nächsten Attacke eine konsequente antirheumatische medikamentöse Therapie für etwa drei bis fünf Tage einzusetzen. Wenn dies keinen Erfolg bringe, wäre zunächst nur eine mikrochirurgische rezessale Dekompression in den beiden genannten Etagen durchzuführen, da eine Spondylodese dieser beiden Etagen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einem Problem lumbosakral und LWK 2/3 führen könnte (IVSTA-act. 21).

6.5 Im Bericht vom 13. Oktober 2015 hielt der behandelnde Arzt Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädie, folgende Diagnosen fest:

- WS-Syndrom
- Myogelosen
- Wurzelreizung im HWS-Bereich rechts (C6/7)

- Intercostalneuralgie rechts (Th7)
- Pseudospondylolisthesis L4-S1
- Skoliose

Als Vordiagnosen nannte er eine Pseudoischialgie, eine Wurzelirritation L5/S1, eine LSW-Blockierung, eine Spondylarthrose der Facettengelenke LWS sowie ein Beckentiefstand links mit Beinlängendifferenz (IVSTA-act. 24).

6.6 Der RAD-Arzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 27. April 2016 folgende Hauptdiagnosen auf:

- chronische rezidivierende Lumboischialgie rechts bei extraforaminalem Bandscheibenvorfall L3/4 mit diskreter Segmentinstabilität
- Rezessusstenosen L3-5 bei Spondylarthrose (MRT 10.11.2014 und 15.7.2015 / RX 14.8.2015; M51.1) fest

Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er:

- Cervikalsyndrom (CWS) bei degenerativen Veränderungen mit Protrusionen und Spondylarthrosen C3-7 und Th7-9 (M51.1)

Dr. med. F._____ kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit und in einer angepassten Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Er hat folgende funktionellen Einschränkungen (Zumutbarkeitsprofil) festgelegt: Arbeitszeit ganztags, Arbeitsposition sitzend-wechselnd, Heben von Gewichten bis maximal 10 kg, (keine) mittel-schwere und schweren Arbeiten, keine Schichten (IVSTA-act. 31).

6.7 Mit seiner Beschwerde hat der Beschwerdeführer einen ärztlichen Entlassungsbericht der G._____ klinik vom 4. Februar 2016 eingereicht, wo er vom 8. Januar bis 5. Februar 2016 zur Rehabilitation hospitalisiert war. Im von Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädie, Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Dr. J._____ unterzeichneten Bericht werden folgende Diagnosen genannt:

- Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie rechts (G55.1, M51.1)

- Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule beidseits (M53.90)
- Tinnitus aurium (H93.1)

Die Ärzte der Reha-Klinik berichteten, dass beim Beschwerdeführer eine Einschränkung des körperlichen Leistungsvermögens bestehe, beruhend auf den morphologischen und degenerativen Veränderungen der HWS und LWS (bei Bandscheibenvorfall L3/4 rechts medio-lateral, Rezessusstenose L3/3, L4/5 und L5/S1 sowie Bandscheibenprotrusionen C3/4, C4/5 und C5/6) verbunden mit einer Lumboischialgie rechts und Cervicobrachialgien beidseits und der damit einhergehenden Bewegungseinschränkung und Minderbelastbarkeit. Das regelmässige Heben und Tragen schwerer Lasten, häufiges Bücken, Arbeiten in ständiger nach vornübergebeugter Wirbelsäulenzwangshaltung sowie Tätigkeiten, die mit vermehrten Überkopfarbeiten verbunden seien, seien nicht leidensgerecht. Vollschichtige Leistungsfähigkeit bestehe für leichte bis mittelschwere Arbeiten im Wechselrhythmus mit den genannten qualitativen Einschränkungen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als IT-Prozessmanager sei dem Beschwerdeführer weiterhin vollschichtig zumutbar. Im Rahmen der Rehabilitation wurde der Beschwerdeführer von einer Psychologin untersucht. Diese hielt fest, dass die geschilderten Beschwerden auf eine leichte depressive Episode hindeuten. Während des Reha-Aufenthalts sei es zu einer Verbesserung der Symptomatik gekommen. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei aus psychologischer Sicht nicht eingeschränkt (Beilage zu BVGer-act. 1).

6.8 Der RAD-Arzt Dr. med. F. _____ nahm im Rahmen des Beschwerdeverfahrens am 20. September 2016 nochmals Stellung. Neben den bereits genannten Diagnosen führte er als Nebendiagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit neu einen Tinnitus links (H93.1) auf. Der RAD-Arzt attestierte unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der angestammten (und in einer angepassten) Tätigkeit. Seit seinem Schlussbericht vom 27. April 2010 habe sich betreffend Arbeitsunfähigkeit nichts geändert (IV-STA-act. 37).

7.

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit als IT-Service Manager bzw. einer anderen leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % zuzumuten ist.

7.1 Die Vorinstanz stützt sich im Wesentlichen auf die Beurteilung des RAD. Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, 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 versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil des BGer 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3).

7.2 Die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Erfolgt keine eigene Untersuchung durch den RAD können ihre Stellungnahmen wie Aktegutachten 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 des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2 und 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2). Zu prüfen ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD 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 RAD nachvollziehbar und schlüssig sind.

7.3 Im vorliegenden Fall hat der RAD-Arzt Dr. med. F._____ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern hat eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Dafür standen ihm Berichte behandelnder Fachärzte aus dem Zeitraum von Juli bis Oktober 2015, ein im Auftrag der deutschen Rentenversicherung erstelltes orthopädisches Gutachten vom 9. September 2015 sowie ein Austrittsbericht einer Rehabilitationsklinik vom 4. Februar 2016 zur Verfügung. Insbesondere konnte sich der RAD-Arzt auf das orthopädische Gutachten vom 9. September 2015 abstützen, das eine Anamnese enthält, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Einschätzung der behandelnden Ärzte erstellt wurde sowie auf einer eingehenden klinischen Untersuchung und einer aktuellen Bildgebung beruht. Gestützt auf die ihm vorgelegten medizinischen Akten

konnte sich der RAD-Arzt ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers machen, zumal die medizinische Aktenlage hinsichtlich der Diagnosen klar und widerspruchsfrei ist und bezüglich des geklagten Rückenleidens ein lückenloser, fachärztlich erhobener Untersuchungsbefund vorliegt. So hält auch der Beschwerdeführer in seiner Replik fest, dass hinsichtlich der Beurteilung seines Rückenleidens fachärztlicher Konsens bestehe, so dass auch er diesen Sachverhalt als gegeben akzeptiere. Den vorliegenden Berichten und Gutachten ist auch eine Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers zu entnehmen. Das Gutachten vom 9. September 2015 und der Austrittsbericht der Rehaklinik vom 4. Februar 2016 beinhalten überdies übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). Insgesamt ist von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt auszugehen, der es dem RAD erlaubte, auch ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers eine Beurteilung vorzunehmen.

7.4 Die Einschätzung des RAD bezüglich Arbeitsfähigkeit sowie bezüglich des Zumutbarkeitsprofils steht im Einklang mit der Beurteilung des Gutachters sowie der Fachärzte der Rehabilitationsklinik. Eine abweichende ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit liegt dagegen nicht vor. Den im Gutachten vom 9. September 2015, im Bericht von Prof. Dr. med. D. _____ vom 9. September 2015 sowie im Austrittsbericht vom 4. Februar 2016 beschriebenen Funktions- bzw. Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule und der verminderten Belastbarkeit wurde bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bzw. bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils angemessen Rechnung getragen, indem körperlich mittelschwere und schwere Verrichtungen und auch überwiegend stehende Tätigkeiten als ungeeignet betrachtet werden. Es sind keine objektiven Gesichtspunkte ersichtlich, die der RAD-Arzt ausser Acht gelassen hätte. Den vorliegenden Berichten der behandelnden Fachärzte lassen sich keine weitergehenden Einschränkungen entnehmen. So haben Dr. med. B. _____ und Prof. Dr. med. D. _____ ausdrücklich festgehalten, dass keine sensomotorischen Ausfälle bzw. neurologischen Defizite bestehen, die bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen wären. Im Übrigen beklagt sich der Beschwerdeführer auch nicht über neurologische Ausfälle. Auch macht er nicht geltend, sein Gesundheitszustand hätte sich seit Februar 2016 verschlechtert. In seiner Beschwerde vom 8. August 2016 hält er vielmehr fest, dass im Vergleich zum Vorjahr eine leichte Besserungstendenz bestehe, weshalb er die Klage vor dem Deutschen Sozialgericht gegen die Deutsche Rentenanstalt am 8. Juli 2016 zurückgezogen habe.

7.5 Es ist nicht ersichtlich, dass die Arbeit als IT-Service Manager, die laut den Angaben des Beschwerdeführers überwiegend sitzend ohne Heben und Tragen von schweren Lasten ausgeführt wird, dem festgelegten Zumutbarkeitsprofil widerspricht. So sind mit der Arbeit als IT-Service Manager auch kein häufiges Bücken, keine ständige vornübergebeugte Zwangshaltungen und keine Überkopfarbeiten verbunden, die im Austrittsbericht vom 4. Februar 2016 als ungeeignet bezeichnet wurden. Im entsprechenden Fragebogen gab denn auch die letzte Arbeitgeberin des Beschwerdeführers an, dass es sich bei der vom Beschwerdeführer ausgeübten Tätigkeit um eine körperlich leichte Arbeit gehandelt habe (IVSTA-act. 29). Das Tätigkeitsprofil der bisherigen Tätigkeit als IT-Service Manager entspricht damit jenem einer angepassten Tätigkeit. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, wonach er maximal zu 50 % arbeitsfähig sei, ist nicht geeignet, Zweifel an der Einschätzung des RAD zu erwecken, zumal keine ärztlichen Berichte vorliegen, die diese Selbsteinschätzung untermauern könnten.

7.6 Insgesamt ist damit die Einschätzung des RAD der durch das Rückenleiden verursachten funktionellen Einschränkungen und der daraus gezogenen Schlussfolgerung, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit, die einer dem Rückenleiden angepassten Tätigkeit entspricht, in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, nachvollziehbar und schlüssig. Angesichts des Umstandes, dass die Berichte der behandelnden und begutachtenden Fachärzte betreffend Diagnosen und Gesundheitsbeeinträchtigung hinreichend klar und nicht widersprüchlich sind, schmälert das Fehlen der einschlägigen Facharztqualifikation des RAD-Arztes den Beweiswert seiner Beurteilung nicht (vgl. Urteil des BGer 9C_635/2015 vom 16. Oktober 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.2). Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d).

7.7 Ferner vermag die Tatsache, dass im Austrittsbericht vom 4. Februar 2016 die diplomierte Psychologin K._____ eine leichte depressive Episode ohne Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers festgestellt hat, keine Notwendigkeit weiterer Abklärungen aufzuzeigen. Mangels (fach-)ärztlicher Qualifikation kann dieser Einschätzung kein Beweiswert beigemessen werden, womit sich auch die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens erübrigt (vgl. BGE 143 V 409 E.

4.5.3; Urteil des BGer 8C_341/2018 vom 13. August 2018 E. 6.2). Der Beschwerdeführer macht keine psychiatrischen Probleme geltend und auch aus den Akten ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen einer psychiatrischen Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses (vgl. Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.2).

7.8 Die Vorinstanz ist aufgrund des Gesagten für den vorliegend einzig bis zum Verfügungserlass zu beurteilenden Zeitraum zu Recht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als IT-Service Manager ausgegangen. Damit durfte sie ohne Durchführung eines Einkommensvergleichs das Vorliegen einer anspruchsbegründenden Invalidität verneinen. Die angefochtene Verfügung vom 14. Juli 2016 ist damit nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

8.

8.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

8.2 Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

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:

Christoph Rohrer

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 (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: