



## Urteil vom 17. Mai 2017

---

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),  
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,  
Richterin Michela Bürki Moreni,  
Gerichtsschreiberin Simona Risi.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Marco Albrecht, Advokat,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch;  
Verfügung der IVSTA vom 14. Juli 2014.

**Sachverhalt:****A.**

A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter/Beschwerdeführer), geboren am (...) 1958, kroatischer Staatsangehöriger, wohnhaft in Deutschland, war seit 1994 mit Unterbrüchen in der Schweiz erwerbstätig, zuletzt von März 2001 bis Ende November 2006 als LKW-Fahrer. Ab dem 17. Februar 2006 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% zufolge Krankheit attestiert. Am 12. März 2007 meldete sich der Versicherte zum Bezug einer Invalidenrente an. Mit Verfügung vom 4. Juni 2008 sprach die IVSTA ihm für die Zeit vom 1. Februar 2007 bis zum 31. Januar 2008 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100% eine befristete, ganze ordentliche Rente zu. Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-4530/2008 vom 25. Oktober 2010 ab (Vorakten [im Folgenden: IV-act.] 2, 8, 43, 79).

**B.**

Mit Eingabe vom 31. Juli 2008 hatte der Versicherte die IV-Stelle des Kantons B. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: IV-Stelle) sinngemäss um Revision der Verfügung ersucht (IV-act. 44). Mit Vorbescheid vom 3. Februar 2011 teilte die Vorinstanz ihm mit, er habe ab Juli 2008 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 54% Anspruch auf eine halbe Rente (IV-act. 85). Dagegen liess der Versicherte Einwände erheben und ein neues polydisziplinäres Gutachten beantragen (IV-act. 90). Diesem Antrag gab die IV-Stelle statt. Am 16. Juli 2011 erstattete Dr. C. \_\_\_\_\_ (Fachärztin FMH für Innere Medizin, spez. Rheumaerkrankungen) ein rheumatologisches Gutachten (IV-act. 103). Am 20. Juli 2011 erging ein psychiatrisches Gutachten durch Dr. D. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) (IV-act. 105). Mit Verfügung vom 24. Oktober 2011 wies die IVSTA den Anspruch auf eine Rente ab, da dem Versicherten gestützt auf die Gutachten eine adaptierte Tätigkeit im Umfang von 80% zumutbar sei und aus dem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 38% resultiere (IV-act. 114). Eine gegen diese Verfügung am 2. Dezember 2011 erhobene Beschwerde hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil B-5633/2011 vom 15. August 2012 insofern gut, als der vorinstanzliche Entscheid aufgehoben und die Sache zur Einholung eines orthopädischen Gutachtens und neuem Entscheid über den Leistungsanspruch an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde (IV-act. 132).

**C.**

Am 29. November 2012 beauftragte die IV-Stelle Dr. E. \_\_\_\_\_ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

FMH) mit der Erstellung eines orthopädischen Gutachtens (IV-act. 140), welches am 20. Juni 2013 erstattet wurde (IV-act. 156).

Zur weiteren Dokumentation des Gesundheitszustands holte die IV-Stelle am 30. September 2013 beim Kreiskrankenhaus F.\_\_\_\_\_ (Klinik für Psychiatrie) medizinische Berichte vom 25. Mai 2012, 30. Juli 2012 und 4. Dezember 2012 ein (IV-act. 160 und 161). Zudem wurden Berichte des Kreiskrankenhauses G.\_\_\_\_\_ (Klinik für Wirbelsäulenchirurgie) vom 5. August 2013 und 9. Oktober 2013, des Zentrums Radiologie H.\_\_\_\_\_ vom 21. August 2013, von I.\_\_\_\_\_ (Orthopäde) vom 7. Februar 2013, 22. Mai 2013 und 20. September 2013, von Dr. J.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 14. Mai 2013 und 9. Juli 2013, von K.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Urologie) vom 21. Mai 2013 und von Dr. L.\_\_\_\_\_ (Tagesklinik Weil am Rhein) vom 1. Juli 2013 eingeholt (IV-act. 164).

Am 8. November 2013 wurde der Versicherte durch Dr. M.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst [RAD]) untersucht (IV-act. 165).

#### **D.**

Mit Vorbescheid vom 13. Januar 2014 (IV-act. 169) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass ihm die bisherige Tätigkeit als LKW-Fahrer gemäss den nach dem Urteil vom 15. August 2012 vorgenommenen psychiatrischen und orthopädischen Abklärungen nicht mehr zumutbar sei. Indes sei ihm gestützt auf die medizinische Beurteilung eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 80% zumutbar. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 22%, weshalb kein Rentenanspruch bestehe und das Leistungsbegehren abgewiesen werde.

#### **E.**

Hiergegen liess der Versicherte durch seinen vormaligen Rechtsvertreter am 12. Februar 2014 Einwand erheben und beantragte Einsicht in die Akten sowie Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverbeiständung (IV-act. 170/172). Am 17. Februar 2014 reichte er einen Bericht von Prof. Dr. N.\_\_\_\_\_ (Chefarzt Klinik für Wirbelsäulenchirurgie, Kreiskrankenhaus G.\_\_\_\_\_ ) vom 9. Oktober 2013 zu den Akten (IV-act. 172/173; bereits als IV-act. 164/3 f. vorhanden). Die Akteneinsicht wurde am 31. März 2014 durch die IV-Stelle gewährt (IV-act. 175). Am 13. Mai 2014 wurde das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung gutgeheissen.

**F.**

Mit Verfügung vom 14. Juli 2014 wies die IVSTA das Leistungsbegehren unter Feststellung eines Invaliditätsgrades von 22% erneut ab (IV-act. 182).

**G.**

Dagegen gelangte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 11. September 2014 an das Bundesverwaltungsgericht und beantragte, die vorinstanzliche Verfügung sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass ihm zumindest eine halbe Rente zustehe; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neuurteilung an die IVSTA zurückzuweisen (act. im Beschwerdeverfahren [im Folgenden: B-act.] 1). In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Zum Beweis seiner Vorbringen legte er folgende Dokumente ins Recht: Ärztliche Berichte und Schreiben von Prof. Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 5. August 2013 (vgl. bereits IV-act. 164/1 f.), von Dr. O. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin; Kardiologie) vom 29. Juli 2014, und von I. \_\_\_\_\_ (Orthopäde) vom 4. August 2014; Bescheid des Landratsamts G. \_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2013, mit dem ein „Grad der Behinderung“ von 50 ab dem 18. Mai 2013 festgestellt wird; Schwerbehindertenausweis vom Juli 2013; Verfügungen des Jobcenter des Landkreises G. \_\_\_\_\_ vom 13. September 2012, 2. September 2013 und 11. März 2014 betreffend den Zuspruch von Geldleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts.

**H.**

Mit Verfügung vom 24. September 2014 (B-act. 2) wurde die IVSTA zur Einreichung einer Vernehmlassung eingeladen. In ihrer Stellungnahme vom 24. Oktober 2014 beantragte sie die Abweisung der Beschwerde (B-act. 3). Zur Begründung verwies sie auf eine Stellungnahme der IV-Stelle vom 20. Oktober 2014.

**I.**

Mit Verfügung vom 30. Oktober 2014 (B-act. 4) setzte das Bundesverwaltungsgericht dem Beschwerdeführer Frist an, um gemäss dem Formular „Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege“ weitere Angaben zu seinen wirtschaftlichen Verhältnissen zu machen. Dieser Aufforderung kam er mit Eingabe vom 1. Dezember 2014 (B-act. 5) nach und reichte ausserdem eine Bescheinigung von Dr. P. \_\_\_\_\_ (Onkologe) vom 19. November 2014 zu den Akten.

**J.**

Mit Zwischenverfügung vom 16. Dezember 2014 (B-act. 6) hiess das Bundesverwaltungsgericht das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gestützt auf Art. 65 Abs. 1 und 2 VwVG gut und ernannte den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers für das vorliegende Verfahren als unentgeltlichen Rechtsbeistand. Gleichzeitig setzte es dem Beschwerdeführer Frist zur Einreichung einer Replik an. Eine solche ging jedoch nicht ein.

**K.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

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

**1.1** Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

**1.2** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gestützt auf Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG findet dieses Gesetz in Sozialversicherungssachen jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1] anwendbar ist, was gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG für die Invalidenversicherung (Art. 1a–26<sup>bis</sup> und 28–70) zutrifft, soweit das IVG nicht ausdrücklich davon abweicht.

**1.3** Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2014 (IV-act. 182) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an

deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

**1.4** Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Gericht die Gesetzmässigkeit von Verwaltungsverfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Verfügungserlasses (hier: 14. Juli 2014) gegeben war.

**1.4.1** Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Verweis auf BGE 121 V 366 Erw. 1b). Ausnahmsweise kann das Gericht aus prozessökonomischen Gründen auch die Verhältnisse nach Erlass der Verfügung in die richterliche Beurteilung miteinbeziehen und zu deren Rechtswirkungen über den Verfügungszeitpunkt hinaus verbindlich Stellung beziehen, mithin den das Prozessthema bildenden Streitgegenstand in zeitlicher Hinsicht ausdehnen. Eine solche Ausdehnung des richterlichen Beurteilungszeitraums ist indessen nur zulässig, wenn der nach Erlass der Verfügung eingetretene, zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache ab jenem Zeitpunkt führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt ist und die Verfahrensrechte der Parteien, insbesondere deren Anspruch auf rechtliches Gehör, respektiert worden sind (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweisen).

**1.4.2** Die mit der Beschwerde eingereichten Berichte von Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2014 und von I. \_\_\_\_\_ vom 4. August 2014 entstanden erst nach der angefochtenen Verfügung. Sie sind im vorliegenden Verfahren jedoch insoweit von Belang, als sie Tatsachen darstellen, die sich auch auf den Zeitraum vor Abschluss des vorinstanzlichen Verfahrens beziehen, mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 und nachfolgend E. 4.2.3).

**1.4.3** Gemäss der mit Eingabe vom 1. Dezember 2014 beigebrachten Bescheinigung von Dr. P. \_\_\_\_\_ vom 19. November 2014 wurde beim Beschwerdeführer nach Erlass der angefochtenen Verfügung im September 2014 ein Adenokarzinom der Lunge diagnostiziert; die onkologische Behandlung begann am 4. November 2014. Grundsätzlich ist im vorliegenden Beschwerdeentscheid alleine auf den Sachverhalt im Verfügungszeitpunkt abzustellen. Indes ist die angefochtene Verfügung aus den nachfolgend darzustellenden Gründen (vgl. E. 4.4 ff.) aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die

durch den Beschwerdeführer eingereichten neuen medizinischen Berichte wird die IVSTA bei der Wiederaufnahme des Revisionsverfahrens und der Erstellung des aktuellen medizinischen Sachverhalts zu berücksichtigen haben.

**1.4.4** Streitig und zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente gegeben sind. In Frage steht insbesondere, ob die IVSTA gestützt auf die bis zum Verfügungszeitpunkt vorliegende medizinische Dokumentation des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zu Recht davon ausgegangen ist, dass dem Beschwerdeführer die Aufnahme einer der Behinderung angepassten Tätigkeit im Umfang von 80% zuzumuten war, wodurch sich im Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 22% ergibt, der keinen Anspruch auf eine Rente begründet.

Der Beschwerdeführer meldete sich nach vorgängiger befristeter Zusprechung einer ganzen Rente erneut zum Leistungsbezug an. Bei dieser Sachlage beurteilt sich die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (statt vieler vgl. BGE 133 V 108 E. 5.3).

## **2.**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft im vorliegenden Verfahren 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).

## **3.**

Der Beschwerdeführer moniert in formeller Hinsicht eine Verletzung der Begründungspflicht (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 29 VwVG) durch die Vorinstanz. Seine Rüge stützt er darauf, dass unklar sei, auf welche medizinische Beurteilung sich die Feststellung in der angefochtenen Verfügung beziehe, wonach ihm eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 80% zumutbar sei. Zudem habe die Vorinstanz sich weder mit dem Einwand vom 17. Dezember 2014 gegen den Vorbescheid noch mit dem Bescheid des Landratsamts G. \_\_\_\_\_ über die Neufeststellung nach dem deutschen Sozialgesetzbuch, 9. Buch (SGB IX) (vgl. B-act. 1, Beilage 6)

auseinandergesetzt. Es sei mithin nicht nachvollziehbar, welche Überlegungen der Verfügung vom 14. Juli 2014 zugrunde liegen würden.

**3.1** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV). Dieses dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Zum Gehörsanspruch gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 135 I 279 E. 2.3, 135 II 286 E. 5.1, 132 V 368 E. 3.1 mit Hinweisen).

**3.2** Wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen). Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist im Verfahren über die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung verletzt, falls sich die Entscheidungsgründe der Behörde weder aus dem Vorbescheid noch aus der Verfügung oder deren Anhängen ergeben (vgl. BVGE 2010/35 E. 4.2). Eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs kann nach der Rechtsprechung als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (vgl. etwa BGE 127 V 431 E. 3d/aa; 126 I 68 E. 2). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs jedoch dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der

Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1; 116 V 182 E. 3d).

**3.3** Die IV-Stelle respektive die IVSTA führten sowohl im Vorbescheid vom 13. Januar 2014 als auch in der angefochtenen Verfügung aus, der Anspruch auf Invalidenrente sei aufgrund des Urteils des Bundesgerichts (recte: Bundesverwaltungsgerichts) vom 15. August 2012 erneut geprüft worden. Im Rahmen dieser Abklärungen sei der Beschwerdeführer psychiatrisch und orthopädisch untersucht worden. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass ihm die bisherige Tätigkeit als LKW-Fahrer weiterhin nicht mehr zumutbar sei. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm aufgrund der medizinischen Beurteilung im Umfang von 80% zumutbar. Das Invalideneinkommen wurde durch Einkommensvergleich gemäss dem aufgerechneten Lohn für Hilfsarbeiten im Jahr 2010 ermittelt (IV-act. 169 und 182). Damit nimmt die Vorinstanz zwar Bezug auf die seit dem 15. August 2012 in Auftrag gegebenen psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen und Berichte, legt jedoch nicht die Gründe dar, aus denen sie auf eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80% schliesst und welche weiteren Berichte sie dabei allenfalls berücksichtigte.

**3.4** Indes stellte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer am 31. März 2014 die gesamten Akten (IV-act. 1-175) in Kopie zu und gewährte ihm eine Frist von 30 Tagen ab Erhalt zur allfälligen ergänzenden Begründung des Einwands (IV-act. 175). Diese verstrich ungenutzt. Mit der Kenntnis der Akten war für den Beschwerdeführer nachvollziehbar, dass sich die Vorinstanz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insbesondere auf die orthopädische Untersuchung respektive das Gutachten vom 20. Juni 2013 von Dr. E. \_\_\_\_\_ (IV-act. 156), die Untersuchung durch den RAD vom 8. November 2013 respektive den entsprechenden Bericht vom 15. November 2013 (IV-act. 165) sowie die Stellungnahme des RAD vom 9. Dezember 2013 abstützte (vgl. insb. IV-act. 167). Demnach geht die Vorinstanz davon aus, dass aufgrund der orthopädischen Begutachtung seit Juni 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 100% für eine gut angepasste Tätigkeit gegeben ist und die psychiatrische Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 80% in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit ergeben habe (vgl. IV-act. 167 S. 4). Durch die Einsicht in die Akten wurde dem Beschwerdeführer mithin ermöglicht, den Vorbescheid und die im Wesentlichen gleichlautende angefochtene Verfügung zu verstehen und sachgerechte Einwände dagegen vorzubringen. Soweit eine Gehörsverletzung anzunehmen ist,

kann diese als geheilt erkannt werden. Die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers in diesem Zusammenhang erweisen sich als unbegründet.

#### **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. 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.

**4.1** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird auf eine Neuanmeldung nur dann eingetreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 i.V.m. Abs. 3 IVV [SR 831.201]; BGE 130 V 71 E. 2.2). Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 [9C\_904/2009] E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 [I 822/06] E. 2.1; Urteil BGer 9C\_157/2011 vom 17. Juni 2011 E. 2).

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind

ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f.).

Bei der Prüfung der Neuanmeldung, auf die eingetreten wurde, gilt der Untersuchungsgrundsatz (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, m.H.) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3; 124 V 90 E. 4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil BGer 8C\_616/2013 vom 28. Januar 2014 E. 2.1 m.H.).

**4.2** Mit einer befristeten Rente zugunsten der Entscheidung vom 4. Juni 2008 (IV-act. 43) führte die IVSTA aus, der Versicherte sei seit dem 16. Februar 2006 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt gewesen. Nach Ablauf der einjährigen Wartezeit habe keine zumutbare Erwerbstätigkeit bestanden; zu diesem Zeitpunkt habe ein Invaliditätsgrad von 100% vorgelegen. In der Folge sei es zu einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitsschadens gekommen. Spätestens seit Oktober 2007 sei ihm wieder eine angepasste körperlich leichte Tätigkeit zumutbar, wobei diese mit ganztägiger Präsenz und einer aus psychischen Gründen um 20% reduzierten Leistung ausgeübt werden könne; im Einkommensvergleich ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 32%. Der Versicherte habe daher ab Februar 2007 Anspruch auf eine befristete ganze Rente bis Ende Januar 2008. Ab Februar 2008 bestehe kein Rentenanspruch mehr.

**4.3** Aufgrund des Dargelegten ist nachfolgend zu prüfen, ob – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Urteil BGer

9C\_157/2011 E. 3) – zwischen dem 4. Juni 2008 und dem 14. Juli 2014 eine anspruchserhebliche Veränderung insoweit eingetreten ist, als nach der Zusprache der lediglich befristeten Rente und damit bereits eingetretener Verbesserung für den Zeitraum von Februar 2008 bis zum Verfügungszeitpunkt Juni 2008 wieder eine rentenbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes erfolgte. Dabei steht insbesondere in Frage, ob die IVSTA zu Recht auf die vorliegenden ärztlichen Gutachten und Berichte abgestellt hat und letztere damit keine relevante Verschlechterung ausweisen.

**4.4** Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stützte sich die IVSTA im Wesentlichen auf Berichte Prof. Dr. Q.\_\_\_\_\_ vom 18. April 2007 (IV-act. 13), Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 27. Juni 2007 (IV-act. 15-16) und ein polidisciplinäres Gutachten (Orthopädie, Psychiatrie, Innere Medizin) der Dres. R.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_\_ (ABI Basel) vom 21. Februar 2008 (IV-act. 27).

Demnach wurden zusammengefasst folgende Diagnosen gestellt:

*Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:*

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit wahrscheinlich pseudoradikulärer Symptomatik bei Status nach Fazettengelenks-Dener-  
vierung, ausgiebiger Foraminotomie und Wurzeldekompression L5/S1  
(26. März 2007), degenerative Veränderungen der unteren Wirbelsäule,  
v.a. Segment L5/S1 mit Verdacht auf leichte Instabilität
- leichte depressive Episode

*Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:*

- Schmerzverarbeitungsstörung
- metabolisches Syndrom mit Adipositas (BMI 35.7 kg/m<sup>2</sup>)
- erhöhter HbA1c-Wert
- arterielle Hypertonie
- Dyslipidämie
- Hypothyreose

**4.5** Bei der aktuellen Beurteilung stützt sich die Vorinstanz vornehmlich auf das orthopädische Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 20. Juni 2013, die

psychiatrische Untersuchung durch Dr. M. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD) vom 8. November 2013 respektive dessen Bericht vom 15. November 2013, und eine Stellungnahme von Dr. U. \_\_\_\_\_ (Arzt für allgemeine Medizin FMH, RAD) vom 9. Dezember 2013.

**4.5.1** Dr. E. \_\_\_\_\_ erhob die durch den Beschwerdeführer seit 2006 erlebten und aktuellen Beschwerden sowie eine biographische Anamnese (Familienanamnese, Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, Unfälle, Operationen, Systemanamnese, aktuelle soziale Situation), eine Berufs- und Arbeitsanamnese und den Tagesablauf des Beschwerdeführers (IV-act. 156/1; 55-66). Zudem führte er eine körperliche Untersuchung (inkl. Abschlussbesprechung) durch (IV-act. 156/66-82). Des Weiteren machte er Anmerkungen aus orthopädischer Sicht zu verschiedenen durch andere Mediziner veranlassten und interpretierten bildgebenden Dokumenten (MRT, Röntgenaufnahmen, MRI und Funktionsaufnahmen der Lendenwirbelsäule und des Thorax) (IV-act. 156/82-86).

In Kenntnis der durch die IV-Stelle zur Verfügung gestellten, durch den Beschwerdeführer beigebrachten und zusätzlich nachträglich eingeholten Arztberichte (vgl. IV-act 156/7-55) sowie gestützt auf die körperliche Untersuchung und das Gespräch mit dem Beschwerdeführer stellte Dr. E. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen betreffend die Bewegungsorgane mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1.
  - Chronisch therapieresistente Lumboischialgie links (ICD-10: M54.4) mit sensiblen und motorischen Störungen am linken Bein im Versorgungsbereich der Dermatome L5 und S1 (ICD-10: G54.4) und pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung (ICD-10: M54.5) mit Angabe von Parästhesien am linken Fuss
  - Postlaminektomie-Syndrom L5/S1 links (ICD-10: M96.1) und „narbige Umscheidung der Nervenwurzeln L5 und S1 links“
  - Facettensyndrom lumbosakral (ICD-10: M47.27)
  - Muskuläre Dysbalancen (ICD-10: M62.99); Verkürzung der ischio-cruralen Muskulatur an der Oberschenkelrückseite bds. Spondylosis deformans betont im Segment L5/S1 (ICD-10: M47.99) mit Osteochondrose im selben Segment (ICD-10: M42.96)

2.

- Dorsolumbalgie (ICD-10: M54.5) bei teilfixiertem Hohlrundrücken (ICD-10: M40.25) und Spondylosis deformans (ICD-10: M47.99) sowie Osteochondrose (ICD-10: M42.19) in mehreren Bereichen der BWS (Brustwirbelsäule)

Zur vorausgegangenen Entwicklung führte er aus: Status nach Lumboischialgie links (Dezember 2000); Radikulopathie S1 links (April 2006); Hospitalisierung wegen eines Wurzelreizsystems ohne neurologisches Korrelat (Juli 2006); unklarer Lumbalgie mit bewegungsabhängigen Schmerzen einschliesslich des ISG (Iliosakralgelenk) und der Lendenwirbelsäule, u.a. bei Hüftgelenkbewegungen (Januar 2007); mehreren schmerztherapeutischen Infiltrationsbehandlungen (2006-2007); operativem Eingriff mit Facettendenervierung, ausgiebiger Foraminotomie und Wurzeldekompression sowie Einlegen einer freien Fettplastik wegen eines intraforaminalen Wurzelkompressionssyndroms L5 (ICD-10: M42.95) bei hypertropher Spondylarthrose (ICD-10: M47.86), leichter Vorschub des 5. LWK gegenüber dem Kreuzbein und dem 4. LWK (26. März 2007).

Als Befunde ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete er folgende Diagnosen:

3. Vergrößerung der Grosszehengrundgelenke bds. bei beginnender Arthrose (ICD-10: M19.97)
4. Beginnende Daumensattelgelenksarthrose links (ICD-10: M18.9)
5. Status nach Teilruptur des Aussenbandes am rechten Sprunggelenk am 31. August 2004 (ICD-10: S93.40RZ)

Im Hinblick auf leidensbedingte funktionelle Defizite und Ressourcen führte Dr. E. \_\_\_\_\_ insbesondere aus, hinsichtlich der Defizite des Beschwerdeführers sei während der Anamneseerhebung eine leidensbewusste Darstellung der Beschwerden betreffend die untere Lendenwirbelsäule und die Beckenrückseite aufgefallen. Ansonsten hätten sich aus orthopädischer Sicht keine Anzeichen für eine psychosomatische Überlagerung oder Aggravation beziehungsweise Simulation ergeben. Die körperliche Untersuchung habe eine im Wesentlichen einwandfreie Funktion der Arme in Bezug auf Form und Funktion gezeigt. An den Beinen sei die Gelenkbeweglichkeit in allen Ebenen und Richtungen altersphysiologisch. Auch hier habe sich eine sehr gute Muskelentwicklung bei guter Konturierung gezeigt; dennoch sei ein Kraftdefizit für die Muskeln der Hüftgelenksbeugung

vorgeführt worden. Da die auffällig schwankende Kraftleistungsentwicklung sowohl jene Muskeln betroffen habe, die von den Nervenwurzeln L5 und S1 nicht versorgt würden als auch diejenigen, die von diesen Nervenwurzeln versorgt würden, sei von einer ausgeprägten Selbstlimitierung auszugehen. Gegen eine echte motorische Leistungsschwäche würden sowohl die Konturierung der Einzelmuskeln und die Kraftleistung in den Maximalspitzen als auch die objektiv gemessenen Umfangsmasse und die Verteilung der vorgeführten Defizite sprechen. Im Rahmen der Untersuchung habe sich eine beidseitige Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur an der Oberschenkelrückseite gezeigt. Der Proband habe zum Teil heftige Schmerzen im Verlauf des linken Beines, des Gesässes und der LWS (Lendenwirbelsäule) angegeben. Auffälligerweise sei dagegen der Bragard'sche Handgriff (Kontrolluntersuchung bezogen auf die Ischiasnervdehnung) beidseitig negativ gewesen. Bei jetziger Langsitzprüfung habe der Finger-Fersensohlen-Abstand bei maximal möglicher Rumpfvorbeugung fast halb so gross wie der Finger-Bodenabstand im Stehen gemessen werden können; dies spreche ebenfalls gegen eine tatsächliche Ischiasnervreizung beziehungsweise eine Nervenwurzeinklemmung. Darüber hinaus sei aufgefallen, dass weder beim Rumpfvorbeugen noch bei der Wiederaufrichtung in die aufrechte Standphase ein Klettergriff eingesetzt worden sei. Die tiefe Hocke und der Kniestand hätten in völlig befriedigendem Umfang erreicht werden können; zum Wiederaufrichten in den Stand habe er allerdings Stützgriffe benutzt beziehungsweise sich an Möbelstücken festgehalten. Belastungsabhängige Schmerzen seien insbesondere bei der Rumpfrotation und Seitneigung sowie bei lokalem Druck und im 3-Phasen-Test in der Bauchlage in Projektion auf den Lenden-Kreuzbein-Übergang und die linke Kreuzdarmbeinfuge genannt worden. Klopfschmerzen hätten insbesondere an der Dornfortsatzreihe des Lenden-Kreuzbein-Übergangs und an der linken Kreuzdarmbeinfuge ausgelöst werden können. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer sowohl im Sitzen als auch in der Rückenlage Stauch- und Zugschmerzen mit deutlicher Ausprägung in Projektion auf die untere Lendenwirbelsäule angegeben. Dem habe auch die Entwicklung von Schmerzen am Lenden-Kreuzbein-Übergang im Zusammenhang mit dem Anheben der Arme nach vorn beziehungsweise zur Seite gegen den Widerstand des Untersuchers entsprochen (IV-act. 156/88 ff.). Hinsichtlich der Ressourcen merkte Dr. E. \_\_\_\_\_ an, es müsse eine Reduzierung des Körpergewichts effektiv um mindestens 20 Kilogramm angestrebt werden. Arbeiten ausschliesslich im Stehen, Gehen oder Sitzen seien zu vermeiden. Am geeignetsten seien Tätigkeiten mit der Möglichkeit, die Körperhaltung nach eigenem Bedürfnis zu wechseln. Zusätzlich seien bei Arbeiten im Sitzen die Bereitstellung eines ergonomisch

ausgewogenen Mobiliars und eine entsprechende Anordnung der Arbeitsmaterialien vorauszusetzen. Im Bürobereich wie auch bei leichten Montagearbeiten sei der Wechsel zwischen Tätigkeiten an einem Tisch mit üblicher Arbeitshöhe einerseits und einem Steharbeitsplatz alternativ hilfreich (IV-act. 156/91 f.).

Insgesamt schloss Dr. E. \_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer könne als LKW-Fahrer nicht mehr eingesetzt werden, da damit nicht nur das Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten verbunden wäre, sondern zusätzlich auch durch Fahrzeugbewegungen, beispielsweise auf unebenem Gelände, zusätzliche Erschütterungen mit Stauchungen in der Längsachse der Lendenwirbelsäule sowie schwingende und rotierende Bewegungen in der Zone ausgelöst werden könnten. Bei dieser Einschätzung werde es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bleiben (IV-act. 156/92 und 156/95). Betreffend die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei von den genannten leidensbedingten funktionellen Defiziten auszugehen, solange die (beispielsweise seitens der behandelnden orthopädischen Ärzte) vorgeschlagene versteifende Operation nicht durchgeführt werde. Unter Berücksichtigung aller Faktoren könne der Versicherte in absehbarer Zukunft zwar manchmal – bis etwa ein Drittel der Arbeitszeit – sehr leichte Gewichte bis maximal 5 Kilogramm aus der Tischhöhe bis etwa zur Kopfhöhe anheben; sogenannte leichte Gewichte bis etwa 9 Kilogramm sollte er aber nur selten heben und bewegen. Das Aufheben solcher Gegenstände aus der Fussbodenhöhe sei nach Möglichkeit zu unterlassen beziehungsweise allenfalls selten, ein- bis maximal zweimal pro Stunde zumutbar. Das Herumtragen derartiger Gegenstände dicht am Körper sollte sich auf 30 bis maximal 60 Sekunden bis zu fünfmal pro Stunde begrenzen. Stauchungen der Wirbelsäule in der Längsachse, beispielsweise durch häufiges Herabsteigen von Leitern beziehungsweise auf Treppen, seien nach Möglichkeit ebenfalls zu vermeiden, wobei insgesamt das Besteigen von Leitern auch aus Sicherheitsgründen ungeeignet beziehungsweise risikoreich sei. Sprünge aus grösserer Höhe seien unzulässig. Rotationsbewegungen im Rumpfbereich seien einzuschränken. Während sehr leichte Gegenstände vereinzelt auch bis in Kopfhöhe bewegt werden könnten, sollten leichte Gegenstände bis 9 Kilogramm nach Möglichkeit nicht über Brusthöhe angehoben und bewegt werden. Die genannten Einschränkungen würden auch für das Hantieren mit Werkzeugen in vergleichbarer Weise gelten. Arbeiten über der Kopfhöhe seien insgesamt für die LWS stark belastend, weil dabei in zunehmendem Mass eine Hohlkreuzhaltung eingenommen werde und die kleinen Wirbelgelenke verstärkt beansprucht würden. Ebenso ungünstig seien Arbeiten in dauerhafter

Rumpfvorbeugehaltung von mehr als 20-30 Grad beziehungsweise Rumpfverdrehung und -seitneigung ebenfalls um etwa je 20 Grad. Dagegen könne der Versicherte Wegstrecken von 500 bis mindestens 2000 Meter mehrmals täglich in ebenem Gelände und bei guten Lichtverhältnissen zu Fuss zurücklegen. Die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln sei ihm zusätzlich möglich. Vermieden werden müssten dagegen Tätigkeiten in längerfristig hockender oder kniender Position sowie Arbeiten mit ungehindertem Einfluss von Nässe und Kälte auf die Lendenwirbelsäule. Sonstige massgebliche Beeinträchtigungen im Bereich der Bewegungsorgane seien nicht festgestellt worden. Der Beschwerdeführer könne mit beiden Händen arbeiten und weise keine Beeinträchtigungen hinsichtlich des Gehörs und des Sehvermögens auf. Bezüglich der geistigen und psychischen Ressourcen werde auf die Vorbegutachtungen verwiesen. Insgesamt könne der Versicherte vollschichtig Aufsichtstätigkeiten ausführen und dabei leichtgängige Hebel und Schalter beziehungsweise Tasten und Knöpfe bedienen; hierbei wie auch beispielsweise bei einer Tätigkeit als Pförtner mit dem Aufgabenbereich von Personenkontrollen und Auskunftserteilung sollten die genannten Voraussetzungen des bedarfsweisen Haltungswechsels gewährleistet sein. In zeitlicher Hinsicht müsse unter Berücksichtigung des Gesamtverlaufs davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer in der Vergangenheit über längere Zeiträume auch unter optimal leidensangepassten Arbeitsbedingungen eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 20% bei ausschliesslich somatischer Beurteilung bestanden habe. Die ausreichend umfangreiche körperliche Befundung durch Dr. C. \_\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 103) belege aber, dass unter Berücksichtigung der Funktionsstörungen im Bereich der Bewegungsorgane seit Juni 2011 in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% unter den genannten Voraussetzungen bestehe (IV-act. 156/92-98).

**4.5.2** Auf Veranlassung der IV-Stelle untersuchte Dr. M. \_\_\_\_\_ (RAD) den Beschwerdeführer am 8. November 2013. Unter Berücksichtigung der bestehenden und der durch den Beschwerdeführer beigebrachten Arztberichte (von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai und vom 9. Juli 2013) sowie der drei stationären Aufenthalte des Beschwerdeführers (vom 28. März bis 25. Mai 2012; vom 18. Juni bis 31. Juli 2012; vom 8. Oktober bis 6. Dezember 2012 [IV-act. 161]) nahm er eine Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands seit der Begutachtung durch Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 2011 vor (IV-act. 165). Dazu erhob er die aktuelle Lebenssituation, die Beschwerden, den Tagesablauf, die Biographie und Krankengeschichte des Beschwerdeführers. Zum psychopathologischen Befund führte er insbeson-

dere aus, in der Untersuchungssituation nehme der Beschwerdeführer etwas zurückhaltend, aber lächelnd Kontakt auf und wirke prima vista nicht depressiv. Zu Beginn des Gesprächs im Untersuchungsraum verziehe er das Gesicht, wie wenn er Schmerzen habe, im weiteren Gesprächsverlauf sei dies nicht mehr beobachtbar. Er vermeide zu Beginn den Blickkontakt, wie wenn er leiden würde beziehungsweise um seine Depression zu betonen; im weiteren Gesprächsverlauf werde er zugänglich und nehme offen Blickkontakt auf. Bewusstsein/Orientierung und Aufmerksamkeit/Konzentration/Gedächtnis seien gegeben beziehungsweise nicht beeinträchtigt; Ich-Störungen oder Wahrnehmungsstörungen/Sinnestäuschungen seien nicht vorhanden. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer weit-schweifig, den Faden verlierend, schwierig zu strukturieren. Im inhaltlichen Denken bestehe eine Einengung auf die finanziellen Probleme, das aktuelle Rentenverfahren und die nach seiner Darstellung voreingenommene Untersuchung durch Dr. D.\_\_\_\_\_. Die Stimmung wirke zu Beginn gereizt, missmutig; als er Zutrauen finde, nicht depressiv, er könne auch freudige Emotionen zeigen, er zeige zum Schluss ein Aufbrausen, als der Referent den Namen von Dr. D.\_\_\_\_\_ erwähne, er werde laut und beschimpfe Dr. D.\_\_\_\_\_. Er sei jedoch, was für Bewusstseinsnähe spreche, schliesslich recht schnell beruhigbar. Fast beiläufig erwähne er den Tod seiner Mutter im August des letzten Jahres, wirke dabei nicht depressiv, obwohl die Mutter ihm wichtig gewesen sei. Es bestehe eine normale Affektbreite und Affizierbarkeit. Die Psychomotorik sei lebhaft, nicht manisch gesteigert. Es bestehe kein Hinweis für Fremdgefährdung. 2011 habe er Suizidgedanken gehabt, vor einem Jahr (2012) Suizidgedanken mit -plänen. Letztmals habe er im Mai Suizidgedanken gehabt, seither gehe es ihm besser. Bei der Schilderung der Schmerzen sei ein Leidensdruck spürbar, der Beschwerdeführer werde auch lakrimös. Er klage, dass er sein Selbstvertrauen verloren und in niemanden Vertrauen habe. Er habe Angst vor einem Wutausbruch beziehungsweise vor Kontrollverlust. Zwangsgedanken/-handlungen seien nicht vorhanden. Es bestehe Angst vor der (wirbelversteifenden) Operation beziehungsweise deren Folgen. Der Beschwerdeführer äussere, dass er sich sozial zurückgezogen habe, seine anamnestischen Angaben zeigten jedoch eine allenfalls leicht reduzierte soziale Partizipation. Er klage über Schlafstörungen, im Widerspruch dazu erwache er aber ohne Wecker zwischen fünf und sechs Uhr.

Zur funktionellen Leistungsfähigkeit führte Dr. M.\_\_\_\_\_ aus, die Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben und die Wegefähigkeiten seien nicht beeinträchtigt. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit

zu Dritten/Selbstbehauptungsfähigkeit und die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten seien allesamt leichtgradig reduziert. Es bestehe der Verdacht auf Aggravation durch die schmerzverzerrte Mimik zu Beginn und Verdeutlichungstendenzen; überdies bestehe der Verdacht, dass der Beschwerdeführer bewusstseinsnahe seine Äusserungen so auswähle, dass er krank beziehungsweise kranker erscheine.

Als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete Dr. M. \_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Dazu fügte er an, die Diagnosen seien in Einklang mit dem Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ erhoben worden. Die von Dr. J. \_\_\_\_\_ und der psychiatrischen Klinik F. \_\_\_\_\_ postulierte Dysthymie (ICD-10: F34.1) habe aus den von Dr. D. \_\_\_\_\_ erwähnten Gründen (vgl. IV-act. 105/7) auch heute nicht gestellt werden können. Es bleibe fraglich, ob die von der psychiatrischen Klinik gestellte Diagnose einer schweren depressiven Störung vorgelegen habe; der berichtete Verlauf und der Befund würden nicht dafür sprechen.

Zusammenfassend schloss Dr. M. \_\_\_\_\_, aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der reduzierten Kontaktfähigkeit und der Gedankeneinengung auf Existenzsorgen sowie das Rentenverfahren eine Arbeitsunfähigkeit von 20% in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 165/8 f.). Der Medikamentenspiegel zeige eine ungenügende medikamentöse Compliance. Eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei jedoch kaum zu erwarten (IV-act. 167/4).

**4.5.3** Dr. U. \_\_\_\_\_ (Arzt für allgemeine Medizin FMH, RAD) nahm am 9. Dezember 2013 zum Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ und dem Bericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ Stellung und schloss daraus, seit Juni 2011 sei somatisch eine Arbeitsfähigkeit von 100% in einer gut angepassten Tätigkeit gegeben. Aus der psychiatrischen Untersuchung ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 80% in der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit, nach Eignung und Neigung des Versicherten (IV-act. 167/4).

**4.6** Auf Beschwerdeebene werden vornehmlich Einwände gegen das Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ vorgebracht.

**4.6.1** Der Beschwerdeführer moniert, der Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ stehe in diametralem Widerspruch zu einer Reihe anderer medizinischer Beurteilungen. So habe Prof. Dr. N. \_\_\_\_\_ am 5. August 2013 festgestellt, er sehe eine Indikation zur Operation, allerdings nicht mit der Perspektive, den Patienten wieder arbeitsfähig zu machen (vgl. IV-act. 164/1 f. und B-act. 1, Beilage 3). Dr. I. \_\_\_\_\_ habe am 4. August 2014 festgehalten, die permanenten und in der Intensität immer wieder wechselnden lumbalen Rückenbeschwerden mit wechselnder Ausstrahlung in beide Beine würden weiterhin bestehen; Arbeitsfähigkeit bestehe nach wie vor nicht, insbesondere nicht im bisherigen Beruf. Für andere Tätigkeiten sei er in der aktuellen Situation ebenfalls hochgradig eingeschränkt und damit arbeitsunfähig (vgl. B-act. 1, Beilage 4). Dr. O. \_\_\_\_\_ habe schliesslich am 29. Juli 2014 erklärt, es bestehe eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit von 70% aufgrund des langanhaltenden Rückenleidens, der Depression und den anderen bekannten Erkrankungen (vgl. B-act. 1, Beilage 5). Die im Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ vorgenommene Beurteilung werde durch die verschiedenen aktuelleren Befunde in ihren Grundfesten erschüttert. Zudem sei im Gutachten kein Befund von Dr. I. \_\_\_\_\_ berücksichtigt worden, was für eine umfassende Beurteilung jedoch elementar gewesen wäre.

**4.6.2** Im Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 40 des Bundesgesetzes vom 4. Dezember 1947 über den Bundeszivilprozess [BZP, SR 273] i.V.m. Art. 19 VwVG). Dies bedeutet, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizi-

nischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweismwürdigung aufzustellen. So weicht der Richter bei Gutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Verwaltung und der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Expertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäußerungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 f. m.w.H.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353).

Zum Beweiswert von zwecks Rentenrevision erstellten Gutachten ist folgendes festzuhalten: Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung dieses vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – hier dem medizinischen Gutachten zu entnehmenden – Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkung ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung, sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352) mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung

nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung im Gesundheitszustand eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2012 IV Nr. 18 E. 4.2, 9C\_418/2010).

**4.6.3** Das Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ erfüllt grundsätzlich sämtliche Anforderungen, die an den Beweiswert gestellt werden. Es erweist sich aus orthopädischer Sicht als umfassend, beruht auf einer ausführlichen Anamnese und Untersuchung des Beschwerdeführers und berücksichtigt sämtliche Vorakten. Im Bericht vom 20. Juni 2013 werden unter Bezugnahme auf frühere Arztberichte und teilweise kritischer Würdigung derselben (vgl. IV-act. 156/100 f.) nachvollziehbare Diagnosen gestellt und ausführlich die Tätigkeiten beschrieben, die dem Beschwerdeführer in jenem Zeitpunkt noch möglich waren.

Indes wird die Schlüssigkeit des Gutachtens durch die vom Beschwerdeführer angeführten medizinischen Berichte in Frage gestellt.

**4.6.3.1** Der Bericht von Prof. Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 5. August 2013 (IV-act. 164/1 f.), der sich auf durch Dr. E. \_\_\_\_\_ ebenfalls gestellte Diagnosen (Postlaminektomie-Syndrom L5/S1, Adipositas permagna, Depression, Zustand nach Blasen tumor 01/2011 mit Operation) und zusätzlich auf eine Instabilität L5/S1 abstützt, bezieht sich insbesondere auf Rückenschmerzen und Schmerzen, welche ins linke Bein ausstrahlen. Es bestehe ein massivster Druckschmerz L5/S1, links betont. Im tief lumbalen Bereich sei eine grosse Narbe, die Reklination sei maximal schmerzhaft, die Neigung nach links führe zu Schmerzen im linken Bein. Diese seien segmental nicht 100% zuzuordnen, entsprächen aber am ehesten S1. Fersen- und Zehenstand seien möglich, es bestehe keine Minderung der groben Kraft für alle anderen Muskelfunktionen an den Beinen und keine Seitendifferenz der Muskeleigenreflexe. ASR (Achillessehnenreflex) und TPR (Tibialis-posterior-Reflex) seien beidseitig schwach auslösbar, PSR (Patellarsehnenreflex) sei beidseitig mittellebhaft auslösbar. Es bestehe keine wesentliche Missempfindung an den Füßen, die Fusspulse seien sicher tastbar. Kein Laségue und kein Bragard. Eine Röntgen/Funktionsaufnahme der Lendenwirbelsäule in Re- und Inklination zeige im Gegensatz zu den Aufnahmen im Liegen vom Februar 2013 eine eindeutige Gefügestabilität mit Wirbelgleiten L5/S1, was die Beschwerden erkläre. Prinzipiell bestehe eine OP-Indikation, allerdings nicht mit der Perspektive, den Patienten wieder arbeitsfähig zu machen.

**4.6.3.2** Dr. V. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Radiologie und Neuroradiologie, Zentrum Radiologie G. \_\_\_\_\_; IV-act. 164/4) führte am 21. August 2013 eine Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule durch und führte zum Befund insbesondere Folgendes aus: „Keine Befundänderung im Vergleich zu Juni 2010. Unverändert kein Anhalt für eine Gefügestörung/Instabilität. Status nach linksseitiger Hemilaminektomie LWK5/SWK1. Mässiggradige angrenzende Facettengelenksarthrosen. Unverändert geringe Bandscheibenprotrusion in LWK5/SWK1 ohne Bedrängung der Nervenwurzeln. (...) Unverändert geringe Chondrose im LWK 4/5 mit minimaler Bandscheibenprotrusion und geringer Facettengelenksarthrose. Sonst altersentsprechende Veränderungen der LWS. Neu abgrenzbare Osteochondrose mit Knochenmarködem ventral in BWK11 über der Grundplatte“.

**4.6.3.3** Am 9. Oktober 2013 (IV-act. 164/3 f.) berichtete Prof. N. \_\_\_\_\_, das jetzt durchgeführte MRT bestätige schon im Liegen den vermuteten Befund. Es bestehe eine deutliche Verwölbung der Restbandscheibe, erstgradiges Wirbelgleiten, nur noch ein Facettengelenk sei vorhanden, die Bandscheibe L5/S1 sei zerstört. Bei L4/5 bestehe eine deutliche Minderung des Wassergehaltes der Bandscheibe, die in der Höhe aber noch erhalten sei; dort würden keine destabilisierenden Folgen eines Eingriffes bestehen. Die OP-Indikation sei klar, allerdings erst nach dem definitiven Abschluss des Rentenverfahrens, Einstellen des Rauchens und Abnehmen von zumindest 5kg als Zeichen des guten Willens.

**4.6.3.4** I. \_\_\_\_\_ stellte seit dem 7. Februar 2013 mehrmals, zuletzt am 4. August 2014 die Diagnosen Instabilität der LWS L5/S1 (ICD-10: M53.26G), Zustand nach Foraminektomie-OP/Dekompression der LWS L5/S1 im März 2007 (ICD-10: M51.9G; Z98.8G), chronisches LWS-Syndrom (ICD-10: M53.99G). Zudem berichtete er, die permanenten und in der Intensität immer wieder wechselnden lumbalen Rückenbeschwerden mit wechselnder Ausstrahlung in beide Beine würden weiterhin bestehen. Eine Operationsindikation sei seitens Prof. N. \_\_\_\_\_ bereits anlässlich der letzten Untersuchung im Herbst gestellt worden. Arbeitsfähigkeit bestehe nach wie vor nicht, insbesondere nicht in seinem bisherigen Beruf. Auch für andere Tätigkeiten sei er in der jetzigen Situation hochgradig eingeschränkt, das heisst weiterhin arbeitsunfähig. Durch die Operation könnte sicher eine Stabilisierung und Verbesserung der Situation erreicht werden, so dass der Patient später für leichtere Tätigkeiten wieder arbeitsfähig wäre.

**4.6.3.5** Die erwähnten Berichte lagen – bis auf den neuesten Bericht von I. \_\_\_\_\_ – vor Erlass der angefochtenen Verfügung im Recht. Sie scheinen hinsichtlich der im Raum stehenden, durch Dr. E. \_\_\_\_\_ nicht diagnostizierten Instabilität der LWS widersprüchlich und sind geeignet, erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens jedenfalls im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu wecken. Dennoch wurden sie durch die Vorinstanz weder Dr. E. \_\_\_\_\_ noch dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt noch – soweit ersichtlich – bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Den Einwänden des Beschwerdeführers gegen das Gutachten ist daher zuzustimmen.

**4.7** Überdies fehlt es der vorinstanzlichen Beurteilung an einer Darstellung der Entwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Juli 2008. Da sich der vorliegend massgebliche Prüfungszeitraum von der Neuanmeldung vom 31. Juli 2008 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung erstreckt, bedarf eine vollständige und richtige Sachverhaltsfeststellung einer Auseinandersetzung mit der Entwicklung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit über die gesamte Zeitspanne, unter Berücksichtigung sämtlicher dafür wesentlichen gesundheitlichen Einschränkungen.

Der Beschwerdeführer wendet daher zu Recht ein, der angefochtenen Verfügung fehle es an einer gesamtheitlichen Betrachtung der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Faktoren. Das orthopädische Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 20. Juni 2013 und die psychiatrische Einschätzung durch Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2015 allein bieten keine genügende Grundlage, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit abschliessend zu beurteilen. Der vorinstanzliche Entscheid beruht folglich auf einem ungenügend erstellten Sachverhalt.

**4.8** Nach dem Gesagten ist nicht rechtsgenügend erstellt und kann nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) beurteilt werden, ob dem Beschwerdeführer im Verfügungszeitpunkt die Aufnahme einer der Behinderung angepassten Tätigkeit im Umfang von 80% zuzumuten war.

Im September 2014 wurde beim Beschwerdeführer ein Adenokarzinom der Lunge diagnostiziert. Bei der aktuellen Aktenlage ist unklar, wie die verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers in orthopädischer, onkologischer und psychiatrisch-psychologischer Hin-

sicht zusammenwirken. Angesichts der verschiedenartigen gesundheitlichen Einschränkungen hat – wie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt – eine umfassende Abklärung und Neubeurteilung zu erfolgen. Diese ist durch die Vorinstanz vorzunehmen. Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte zwar nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Verwaltung zurückweisen. So drängt es sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA im Lichte der dargelegten Rechtsprechung ausnahmsweise möglich. Zu beachten sind insbesondere die Ausführungen des Bundesgerichts, wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (BGE 137 V 210 E. 4.2). Hier liegen zwar vom Bundesverwaltungsgericht zu würdigende Administrativgutachten im Recht. Diese sind jedoch hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustands und der Wechselwirkung der verschiedenen Erkrankungen zu präzisieren und zu ergänzen. Im Weiteren ist der Sachverhalt auch bezüglich der onkologischen Erkrankung und deren Auswirkungen neu zu beurteilen. Daher ist die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

**4.9** Die Beschwerde ist somit insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass eines neuen Entscheids an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

## **5.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

**5.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Par-

tei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**5.2** Der obsiegende und vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens (vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- gerechtfertigt (inkl. Auslagen, exkl. Mehrwertsteuer [vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer vom 12. Juni 2009 (SR 641.20) sowie Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE]).

(Dispositiv: nächste Seite)

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 14. Juli 2014 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Vornahme ergänzender Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten auferlegt.

**3.**

Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Viktoria Helfenstein

Simona Risi

**Rechtsmittelbelehrung:**

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