



Abteilung III
C-89/2019

Urteil vom 13. Oktober 2020

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richterin Viktoria Helfenstein, Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

Parteien

A. _____, (Österreich),
vertreten durch Dr. Hans-Jörg Vogl, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch
(Verfügung vom 5. Dezember 2018).

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1957 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist österreichischer Staatsangehöriger und wohnt in Österreich. Er arbeitete von 1979 an als LKW-Chauffeur für verschiedene Transportunternehmen, wobei er in den Jahren 1992 bis 2000 und 2006 bis 2015 als Grenzgänger in der Schweiz tätig war und dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) leistete (IK-Auszug; IV-act. 13). Zuletzt arbeitete er ab 1. Januar 2015 bei der B._____ AG in (...), ehe er per 2. November 2015 von seinem Hausarzt zu 100 % krankgeschrieben wurde (letzter effektiver Arbeitstag: 31. Oktober 2015). Das Arbeitsverhältnis wurde von der Arbeitgeberin per 30. November 2015 gekündigt (IV-act. 14).

B.

B.a Nach einer Meldung zur Früherfassung durch die Krankentaggeldversicherung (IV-act. 1) meldete sich der Versicherte am 1. März 2016 wegen Rücken- und Kniebeschwerden bei der IV-Stelle des Kantons C._____ (nachfolgend: kantonale IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (IV-act. 3). Diese holte im Rahmen ihrer Abklärungen insbesondere den Fragebogen für Arbeitgebende (IV-act. 14) sowie Berichte behandelnder Ärzte ein (IV-act. 17, 22 und 23) und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (F-act. 1). Am 26. Juli 2016 übermittelte der österreichische Versicherungsträger ein Formulargutachten E 213 vom 21. Juli 2016 (IV-act. 21) und sprach dem Versicherten gestützt darauf eine österreichische Invaliditätspension seit 1. April 2016 zu (Bescheid vom 5. September 2016; IV-act. 26). Gestützt auf die Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 10. Oktober 2016 (IV-act. 30) wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) mit Verfügung vom 2. Dezember 2016 das Leistungsgesuch des Versicherten ab. Zur Begründung hielt sie fest, dass ihm gemäss den medizinischen Unterlagen die Ausübung der letzten Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr möglich sei, hingegen die Ausübung einer körperlich leichten, wechselbelasteten Tätigkeit zu 100 %. Daraus ergebe sich keine Erwerbseinbusse, weshalb der Invaliditätsgrad 0 % betrage (IV-act. 37). Eine dagegen vom Versicherten erhobene Beschwerde hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-7882/2016 vom 15. Mai 2017 auf Antrag der IVSTA insoweit gut, als es die Verfügung vom 2. Dezember 2016 aufhob und die Sache zur Vornahme

weiterer Abklärungen und Erlass einer neuen Verfügung an die IVSTA zurückwies (IV-act. 48).

B.b In der Folge holte die kantonale IV-Stelle Berichte beim behandelnden Spezialarzt (IV-act. 49) und beim Hausarzt (IV-act. 50) ein und gab am 11. September 2017 bei der D. _____ AG (D. _____) ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (IV-act. 55), das am 23. Januar 2018 erstattet wurde. Die Gutachter gelangten zum Schluss, dass der Versicherte weder in der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur noch in einer anderen leidensangepassten Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (IV-act. 60). Nach einer Stellungnahme des RAD vom 29. Januar 2018 (IV-act. 61) und Durchführung eines Einkommensvergleichs (IV-act. 62) stellte die kantonale IV-Stelle mit Vorbescheid vom 30. Januar 2018 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 65).

B.c Der Beschwerdeführer erhob dagegen am 7. März 2018 Einwände und reichte ein orthopädisches Privatgutachten von Dr. med. E. _____ vom 6. März 2018 ein (IV-act. 68). Dazu nahmen die D. _____-Gutachter am 14. Juni 2018 (IV-act. 72) und der RAD am 19. Juni 2018 (IV-act. 73) Stellung. Mit neuem Vorbescheid vom 20. Juni 2018 teilte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie an der Abweisung des Leistungsgehechs festhalte (IV-act. 74). Daraufhin reichte dieser mit Einwand vom 19. Juli 2018 ein weiteres orthopädisches Privatgutachten von Dr. med. F. _____ vom 12. Juli 2018 ein (IV-act. 77), wozu die D. _____-Gutachter am 29. Oktober 2018 (IV-act. 81) und der RAD am 22. November 2018 (IV-act. 85) Stellung nahmen. Nachdem dem Versicherten das rechtliche Gehör gewährt worden war (IV-act. 88), wies die IVSTA das Leistungsbegehren gestützt auf die Feststellungen der kantonalen IV-Stelle mit Verfügung vom 5. Dezember 2018 ab (IV-act. 91).

C.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 4. Januar 2019 (Postaufgabe) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragt, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihm basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % eine ganze Rente, beginnend 6 Monate nach Geltendmachung des Anspruchs (Anmeldung per 2. März 2016), in der gesetzlichen Höhe zu gewähren sei. Eventualiter sei ein Obergutachten in den Disziplinen Orthopädie/Unfallchirurgie, Neurologie und Innere Medizin sowie ein berufskundliches (Ober)Gutachter einzuholen.

D.

Der mit Zwischenverfügung vom 9. Januar 2019 beim Beschwerdeführer eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– (BVGer-act. 3) wurde am 16. Januar 2019 geleistet (BVGer-act. 5).

E.

Die Vorinstanz schliesst in ihrer Vernehmlassung vom 21. März 2019 unter Hinweis auf eine Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 19. März 2019 auf Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 7).

F.

In seiner Replik vom 9. Mai 2019 hält der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren fest. Zusätzlich beantragt er eventualiter die Durchführung einer Parteiverhandlung (BVGer-act. 10).

G.

Die Vorinstanz teilte mit Eingabe vom 3. Juni 2019 unter Hinweis auf ein Schreiben der kantonalen IV-Stelle vom 20. Mai 2019 mit, dass sie auf eine Stellungnahme zur Replik verzichte (BVGer-act. 12).

H.

Mit Instruktionsverfügung vom 5. Juni 2019 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 13).

I.

Auf Anfrage des Instruktionsrichters (Instruktionsverfügung vom 30. Juni 2020 [BVGer-act. 14]) teilte der Beschwerdeführer am 13. Juli 2020 insbesondere mit, dass er am Antrag auf Durchführung einer mündlichen Parteiverhandlung im Sinn von Artikel 6 Ziffer 1 EMRK festhalte (BVGer-act. 17).

J.

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 (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 5. Dezember 2018 erlassen hat. Diese Verfügung, mit der diese das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

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: 5. Dezember 2018) 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 Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und war in der Schweiz erwerbstätig. 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 (vgl. IK-Auszug [act. 13]), 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 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG 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 (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

5.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

5.4 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Ein Parteigutachten besitzt demgegenüber nicht den gleichen Rang wie ein vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3c; Urteil des BGer 8C_725/2017 vom 4. Mai 2018 E. 3.4).

6.

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

6.1 Gemäss den vorliegenden Berichten behandelnder Ärzte klagt der Beschwerdeführer seit einigen Jahren über Rückenbeschwerden, insbesondere im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Schmerzausstrahlung in das Gesäss und das linke Bein, die in den vorliegenden Akten erstmals im Jahr 2009 dokumentiert werden (MRT-Befund der LWS vom 12. Oktober 2009 [IV-act. 7 S. 2]). Nach einer Verschlimmerung der Beschwerden im Jahr 2013 wurden am 20. Juni 2013 eine weitere Magnetresonanztomographie (IV-act. 7 S. 3) und von 29. Juli bis 10. August 2013 im Landeskrankenhaus (...) stationär eine konservative Schmerztherapie durchgeführt (IV-act. 7 S. 4 f.). Im Rahmen einer weiteren Hospitalisation vom 21. bis 23. Januar 2014 im Bezirkskrankenhaus (...) wurde dem Beschwerdeführer zur Schmerztherapie mittels Periduralanästhesie (PDA) Kortison injiziert (Bericht vom 23. Januar 2014 [IV-act. 7 S. 15 f.]). Aufgrund einer Angina Pectoris-Symptomatik, einer Belastungsdyspnoe sowie zunehmender Schwäche wurde der Beschwerdeführer im Mai 2014 kardiologisch abgeklärt (IV-act. 24 S. 8). Nachdem der Beschwerdeführer von seinem Hausarzt, Dr. med. G._____, Facharzt für Innere Medizin, (...), per 2. November 2015 zu 100 % krankgeschrieben worden war (IV-act. 24 S. 14; F-act. 1 S. 2), wurden am 2. Dezember 2015 bildgebende Untersuchungen (MRT) der LWS und des linken Knies durchgeführt (IV-act. 7 S. 7 f.) und am 21. Dezember 2015 Röntgenbilder der HWS, der BWS, der LWS, des Beckens und beider Kniegelenke angefertigt (IV-act. 7 S. 12 f.).

6.2 Dr. med. G._____ hielt in seinem (schlecht lesbaren) Bericht vom 15. März 2016 zuhanden der kantonalen IV-Stelle fest, dass die Belastbarkeit der LWS und des linken Knies eingeschränkt sei. Dem Beschwerdeführer wäre noch die Ausübung einer sitzenden Tätigkeit an 2 Stunden pro Tag zumutbar (IV-act. 16).

6.3 Im Rahmen des Rentenprüfungsverfahrens in Österreich erstattete der Vertrauensarzt der Pensionsversicherungsanstalt H._____, Dr. med. I._____, am 21. Juli 2016 ein Formulargutachten E 213. Er diagnostizierte einen LWS-Schmerz mit Ausstrahlung in das linke Bein (kein peripher-neurologisches Defizit), Kniegelenksbeschwerden links bei Retropatellar-Arthrose mit Chondromalazie Grad III, Patella bipartita (Arthrose an der Rückseite der Kniescheibe sowie Fehlbildung der Kniescheibe), eine

Koronararteriosklerose ohne Indikation zur Intervention (2014), ausreichende Linksventrikelfunktion (EF 50-55 %), eine arterielle Hypertonie mit mässig hypertensiver Herzkrankheit und eine Adipositas. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit schloss er, dass dem Beschwerdeführer aktuell ständig leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten bei fallweise durchzuführenden Zwangshaltungen mit Ausnahme von exponierten Tätigkeiten noch zumutbar seien; für die restlichen Einschränkungen verwies er auf das Gesamtleistungskalkül und nannte im Leistungsbild folgende Einschränkungen: kein Klettern/Steigen, Absturzgefahr (IV-act. 21).

6.4 Der behandelnde Spezialarzt, Dr. J. _____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, (...), hielt in seinem Bericht vom 19. August 2016 die folgenden Diagnosen fest: Retropatellararthrose links und rechts (seit 12/2015), ausgeprägte Osteochondrose, Vakuumphänomen C6/C7, hypertrophe Uncovertebralarthrose C6/C7, massive Intervertebralgelenksarthrose C2 bis C5, Spondylose Th8 bis TH11, Osteochondrose L1 bis L3 Typ II, Diskus L4/L5 Kontakt zur Nervenwurzel L4 (nicht lesbar) extraforaminal, (nicht lesbar) seit 12/2015 und HLO seit 12/15). Es habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 26. Juli 2013 bis 25. August 2013 bestanden. Die Belastbarkeit sei eingeschränkt. Er hielt fest, dass der Beschwerdeführer seines Wissens derzeit arbeite. Im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils erachtete er rein sitzende, rein stehende und vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten nicht mehr ganztags, sondern nur noch im Umfang von 4 Stunden zumutbar. Wechselbelastende Tätigkeiten seien ganztags bzw. im Umfang von 6 Stunden zumutbar (IV-act. 22).

6.5 Der Hausarzt, Dr. med. G. _____, hielt in seinem undatierten Bericht (Eingang bei der kantonalen IV-Stelle am 14. September 2016) fest, dass der Beschwerdeführer an einer stenosierenden Osteochondrose der LWS (L4/L5) und an einer Gonarthrose links leide. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer sei er seit 2. November 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. Er leide an schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen, sei unfähig, Lasten zu heben, und könne nicht länger sitzen (IV-act. 24).

6.6 Der RAD-Arzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Chirurgie, kam in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2016 gestützt auf die Akten zum Schluss, der Beschwerdeführer leide an einem lumbovertebralen Schmerzsyndrom, an Osteochondrose, an Diskopathie, an Neuroforamenverengung sowie an degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS, der BWS und des linken Kniegelenks. Aufgrund der auch bildgebend fest-

gestellten Veränderungen seien die vorgetragenen Beschwerden hinreichend plausibel nachvollziehbar, wobei die Schmerzintensität an sich naturgemäss nicht objektiviert werden könne. Für die angestammte, rückenbelastende Tätigkeit als LKW-Chauffeur bestehe aus medizinischer Sicht seit 2. November 2015 keine Zumutbarkeit mehr. In einer optimal rücken- und knieentlastenden Tätigkeit (Wechselbelastung, Möglichkeit des frei zu wählenden Positionswechsels zwischen Stehen und Gehen, kurze Gehstrecken, kein Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, keine Tätigkeiten in kniender oder gebückter Position, keine Zwangshaltungen) sei von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 30).

6.7 Dr. med. J. _____ hielt in seinem Bericht vom 20. Juni 2017, in dem er die bereits früher genannten Diagnosen aufführte, fest, dass rein sitzende, rein stehende und vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten nicht mehr ganztags, sondern nur noch im Umfang von 4 Stunden zumutbar seien. Wechselbelastende Tätigkeiten seien ganztags bzw. im Umfang von 6 Stunden zumutbar (IV-act. 49).

6.8 Im bei der kantonale IV-Stelle am 29. Juni 2017 eingegangenen Bericht bestätigte Dr. med. G. _____ weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die angestammte Tätigkeit. Rein sitzende, wechselbelastende und vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten erachtete er im Umfang von 4 Stunden pro Tag bei einer Leistung von 50 % als zumutbar. Rein stehende Tätigkeiten seien noch an 2 Stunden pro Tag bei einer Leistung von 50 % möglich (IV-act. 50).

6.9 In Nachachtung des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts C-7882/2016 vom 15. Mai 2017 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der kantonalen IV-Stelle von Fachärzten der D. _____ in den Disziplinen Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie und Psychiatrie polydisziplinär begutachtet (IV-act. 60).

6.9.1 Im Gutachten vom 23. Januar 2018 wurde unter Berücksichtigung aller beteiligten Fachgebiete keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) gestellt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) nannten die Gutachter:

- Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei bekannten degenerativen Veränderungen ohne Hinweise auf radikuläre Defizitsymptomatik
- Patella bipartita loco typico und leichtgradige Retropatellararthrose links mit freier Funktion und ohne Reizzustand

- Epicondylitis humeri radialis rechts
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren (Übergewicht mit BMI 28.8 kg/m² und viszerale Fettverteilung, Nikotinabusus mit über 40 py, arterielle Hypertonie, anamnestisch Dyslipidämie)
- Morbus Dupuytren (4. Strahl beidseits)
- Arterielle Hypertonie mit hypertensiven Herzveränderungen
- leichte oberflächliche Wandveränderungen in den Koronararterien (15.05.2014)

6.9.2 Gegenüber den Gutachtern klagte der Beschwerdeführer über bewegungs- und belastungsunabhängige Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks. Zudem habe er Schmerzen in der unteren Lendenwirbelsäule, die über das Gesäss in das linke Bein bis zum Fussaussenrand ausstrahlten. Weiter habe er Schmerzen im rechten Ellbogen. Im Bereich der Halswirbelsäule habe er wiederkehrende, muskuläre Blockaden. Bei längerem Sitzen oder Abstützen auf den Armen komme es zu beidseitigen Kribbelparästhesien in den Fingern D4 und D5. Der Beschwerdeführer machte geltend, dass er seine angestammte Tätigkeit als LKW-Fahrer nicht mehr ausüben könne, da er aufgrund der Rückenschmerzen nicht mehr länger als eine halbe Stunde sitzen könne und Einschränkungen beim Lenken des Fahrzeuges habe. Ausserdem könne er wegen der Schmerzen im linken Bein die Kupplung nicht mehr kontrolliert betätigen. Er gab an, dass es für ihn keine Arbeit gebe, die er ausführen könnte.

6.9.3 Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung hielten die Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der orthopädischen Begutachtung das Untersuchungszimmer in einem fließenden, sicheren, koordinierten, leicht linkshinkenden Gangbild betreten habe. Bei lotgerichtetem Aufbau der Wirbelsäule habe sich eine regelrechte Schwingung der Brust- und Lendenwirbelsäule im seitlichen Bereich dargestellt. Es sei zu keinem Zeitpunkt die Einnahme einer Schmerzfehlhaltung festzustellen gewesen, der Beschwerdeführer sei die gesamte Zeit entspannt auf dem Untersuchungsstuhl gesessen. Bei der klinischen Untersuchung habe sich die Funktion der Lendenwirbelsäule als leichtgradig funktionseingeschränkt dargestellt. Im unteren Bereich habe sich keine Druckdolenz provozieren lassen. Radiologisch stellten sich die Lendenwirbelkörper regelrecht dar. Ferner habe sich eine diskrete ventrale und laterale spondylophytäre Ausziehung mit puncto maximum LWK 2/3 und LWK 3/4 gezeigt. Es bestehe eine leichtgradige Verschmälerung der Intervertebral-Fächer

und eine initiale Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule. Zusammengefasst stellten sich radiologisch keine dem Alter vorausseilenden Degenerationen im Bereich der Lendenwirbelsäule dar. Bei der Messung der Beinumfangs habe sich links keine signifikante Beinumfangsverminderung objektivieren lassen. Die Nervendehnungszeichen nach Lasègue und Bragard wie auch das umgekehrte Zeichen hätten sich nicht provozieren lassen. Kernspintomografisch hätte bis zum heutigen Zeitpunkt kein Hinweis auf einen komprimierenden Diskusprolaps oder eine Spinalkanalstenose nachgewiesen werden können. Das linke Kniegelenk habe sich in der klinischen Untersuchung, bis auf ein leichtes retropatellares Reiben und ein positives Zohlen-Bandi-Zeichen, unauffällig dargestellt. Radiologisch sei eine Patella bipartita und eine initial beginnende laterale Retropatellararthrose festgestellt worden. Klinische Zeichen einer Reizung oder Überwärmung hätten nicht vorgelegen. Das linkshinkende Gangbild könne nicht erklärt werden. Aus orthopädischer Sicht liege keine Gesundheitsstörung vor, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit oder einer leidensadaptierten Tätigkeit bewirke.

6.9.4 Bei der neurologischen Untersuchung sei der neurologische Status unauffällig gewesen. Es hätten sich keine Hinweise auf eine Radikulopathie, eine Plexusläsion oder eine andersartige Nervenschädigungen gefunden. Die angegebene Schmerzausstrahlung ins linke Bein entspreche nicht dem Verlauf eines Dermatoms. Die Schmerzausstrahlung entspreche einer sogenannten pseudoradikulären Ausbreitung. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt.

6.9.5 Kardiologisch könne das Vorliegen einer leichten hypertensiven Herzveränderung mit einer geringen linksventrikulären Hypertrophie bestätigt werden. Der Linksschenkelblock (eine Störung der Erregungsleitung) gebe Anlass zu einer Dyssynchronie mit aspektmässig gering eingeschränkter Pumpfunktion (Auswurffraktion 50 %). Die Erweiterung der Aorta ascendens passe zur Hypertonie. Aktuell sei der Blutdruck unter geringer Medikation gut eingestellt. Auch gemäss den Angaben des Beschwerdeführers seien die Blutdruckwerte in der letzten Zeit einwandfrei gewesen. Bei der aktuellen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer in kardial-kompensiertem Zustand mit unauffälliger peripherer Zirkulation präsentiert. Auch der normale pro-NT-BNP-Wert spreche klar gegen eine hypertoniebedingte latente oder gar manifeste Herzschwäche. Mithin gehe vom Blutdruck derzeit keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit aus.

6.9.6 Internistisch sei eine gewisse kardiovaskuläre Risikokonstellation festgestellt worden. Dabei seien die Faktoren aber weder einzeln noch in der Summe genommen massgeblich für die Arbeitsfähigkeit. Immerhin bestehe ein schwerer Nikotinabusus, welcher dringlich sistiert werden sollte. Eine Arbeitsunfähigkeit leite sich daraus, ebenso wenig wie aus dem leichten Übergewicht, aber nicht ab. Ein Diabetes mellitus liege nicht vor. Die aktuellen Laborwerte des Langzeitblutdruckes lägen im Normbereich. Die Cholesterinwerte seien kontrollbedürftig, je nach den Laborwerten sei eine medikamentöse Behandlung angezeigt.

6.9.7 Aus psychiatrischer Sicht sei keine Diagnose gestellt worden. Der Beschwerdeführer beschreibe keinen Zusammenhang zwischen seinen Schmerzen und seiner Psyche. Er merke jedoch, dass ihn die Schmerzen wütend machen würden. Zudem seien die Schmerzen internistisch und orthopädisch ausreichend begründbar. Auffallend sei sein geringer Zugang zu seinem Gefühlsleben, er beschreibe sich als «Stehaufmännchen» und trinke eher mal kurz eine Flasche Wein, statt sich sehr zu sorgen. Zwar sei der fehlende Gefühlsausdruck ein Risiko für die Entwicklung chronischer Schmerzen, jedoch seien die Kriterien für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt. Es bestehe kein Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und innerer Konflikte mit den Schmerzen.

6.9.8 In der polydisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und in einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei. Das Belastungs-/Ressourcenprofil wurde wie folgt definiert: körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg, überwiegend bis ständiges Sitzen, zeitweiliges Stehen und Gehen. Die bisherige Tätigkeit entspreche gemäss Anamnese diesem Belastungsprofil. Zum Verlauf führten die Gutachter aus, dass sich aus orthopädischer Sicht ein aufgehobenes Leistungsvermögen in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit retrospektiv nicht erkennen lasse. Sicherlich könnten Lumbalgien und Lumboischialgien temporär zu Arbeitsunfähigkeiten führen. Dies führe aber nicht zwangsläufig zu einem aufgehobenen Leistungsvermögen in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Chauffeur. Auch hätten die kardiovaskulären Diagnosen nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur geführt. Internistisch, neurologisch und psychiatrisch lägen ebenfalls keine Leiden vor, welche die bisherige Tätigkeit behindert hätten.

6.10 Im zuhanden des Beschwerdeführers erstellten Gutachten vom 6. März 2018 (IV-act. 68) diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, (...), eine Lumboischialgie links L5 bei Neuroforamen-Stenose L4/L5 links und L3L/L4 beidseits sowie ein Nackenschmerzen-Syndrom bei progredienter HWS-Degeneration sowie eine retropatellare Arthrose links. Dr. med. E. _____ hielt fest, dass in Folge der objektiv feststellbaren Befunde an der Wirbelsäule eine Funktionseinschränkung schweren Grades mit dementsprechenden Einschränkungen im Alltag und Berufsleben bestehe. Nervenwurzelkompressionen mit dementsprechenden Ausstrahlungen seien möglich, derzeit seien allerdings keine akuten Nervenwurzelkompressionszeichen feststellbar. Vermehrte axiale Belastungen der Wirbelsäule (wie zum Beispiel längerdauernde vornübergebeugte Haltung, grössere Rotationsbelastungen) könnten zu Schmerzen führen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei reduziert. Die ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule könnten zu Schwindelattacken führen. Rotationsbelastungen im Bereich der Halswirbelsäule könnten zu einschliessenden Schmerzen führen. Auch aufgrund der leichten Veränderungen im linken Kniegelenk könnten bei erhöhtem Anpressdruck der Kniescheiben, wie dies beim Knien, in Hockstellung oder beim Treppensteigen der Fall sei, Schmerzen auftreten. Der Beschwerdeführer sei aus orthopädischer Sicht nur noch in der Lage, leichte Arbeiten zu verrichten. Arbeiten ausschliesslich im Sitzen seien nicht möglich. Am günstigsten wäre eine Tätigkeit, bei der sich Gehen, Stehen und Sitzen häufig und zu ungefähr gleichen Zeiten abwechseln. Dieser Haltungswechsel müsse nicht geblockt in 10-minütiger Dauer erfolgen, sondern könne auch während der Stunde durch häufiges Aufstehen erfolgen. Folgende Verrichtungen müssten vermieden werden:

- Häufiges Heben und Tragen von Lasten von 10 kg bzw. 5 kg
- Arbeiten mit Zwangsstellung des Oberkörpers oder des Kopfes in einer Vorneigung von mehr als 45° ohne Abstützmöglichkeiten
- Arbeiten, bei denen über einen längeren Zeitraum eine Hohlkreuzstellung eingenommen werden muss (z.B. mehr als 15 Minuten dauernde Arbeiten über Kopf)
- Arbeiten mit ruckartigen Bewegungen des Kopfes (Achtung: als Kraftfahrer essentiell)
- Arbeiten, bei denen der Kopf mehr als 45° zur Seite gedreht oder nach hinten geneigt werden muss, ohne dabei den Oberkörper mitbewegen zu können

- Arbeiten, bei denen es zu verstärkten Drehbewegungen der Wirbelsäule kommt (Seitdrehung des Oberkörpers mehr als 30° bei feststehendem Unterkörper)
- Arbeiten, die mit häufigem Bücken verbunden sind (mindestens 1-mal Bücken unter Tischniveau pro Minute)
- Arbeiten, bei denen es durch Schwindel zu einer Eigen- oder Fremdgefährdung kommen könnte
- Arbeiten auf Leitern und Gerüsten
- Tätigkeiten auf einem Laufbrett
- Arbeiten, bei denen die Kniegelenke immer wieder gebeugt und gestreckt werden müssen, insbesondere unter Gewichtsbelastungen (Betätigung von schwergängigen Hebeln, Pedalen)
- Arbeiten, die mit häufigem Treppensteigen verbunden sind
- Arbeiten dauernd im Knien, in Hockstellung

6.11 Dr. med. F. _____, Facharzt für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, (...), nannte in seinem zuhanden des Beschwerdeführers erstellten Gutachten vom 12. Juli 2018 (IV-act. 77) die folgenden Diagnosen:

- Chronisch therapieresistentes degeneratives Lumbalsyndrom bei
 - Osteochondrosen zwischen L1 und S1, überwiegend Typ II nach Modic
 - Diskopathien L1/2, L3/4, L4/5 und L5/S1
 - Intervertebralgelenksarthrosen L4/5
 - Neuroforaminostenosen L3 bis L5 beidseits, mit absoluten Stenosen L3/4 und L4/5 links
 - Keilwirbelbildungen L1 und L2 Typ I nach Genant
- Chronisch therapieresistentes degeneratives Zervikalsyndrom bei
 - schwerer Osteochondrose C6/7
 - Spondylosen C4/5, C5/6 und C6/7
 - hyperthrophen Uncarthrosen C6/7 links>rechts und C5/6 rechts

- schweren Intervertebralgelenksarthrosen C2 bis C3 links und C4 bis C6 rechts
- Streckfehlstellung der Halswirbelsäule
- Chronisch therapieresistentes degeneratives Thorakalsyndrom bei
 - linkskonvex skoliotischer Fehlhaltung
 - ankylosierenden Spondylosen T8 bis T12 rechts
 - Keilwirbelbildungen T7 und T8
- Retropatellararthrose Knie beidseits links stärker als rechts bei
 - Chondromalazie Grad 3 an der Patellarrückfläche links
 - klinisch pathologischem Patellagleitverhalten links>rechts
- Zustand nach Achillessehnenruptur rechts 10/2006
- Dupuytren'sche Kontraktur 4. Strahl Hand beidseits
- Arterielle Hypertonie mit Cor hypertonicum und Linksschenkelblock
- Koronarsklerose
- Nikotinabusus
- Adipositas

Dr. med. F. _____ hielt zusammenfassend fest, dass sowohl an der ganzen Wirbelsäule als auch an beiden Kniegelenken (linksbetont) strukturelle Schäden vorlägen, die mit einer klinischen Schmerzsymptomatik, einer deutlichen Funktionseinbusse, mit Bewegungseinschränkungen und mit einer gestörten Gebrauchsfähigkeit und Einsetzbarkeit des Bewegungsapparates korrelierten und durch negative Wechselwirkung zu einer potenzierten Einschränkung der funktionellen Gesamtkapazität führen müssten. Aufgrund der bestehenden qualitativen und quantitativen Leistungseinschränkungen bestehe keine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als LKW-Fahrer. Das langdauernde Sitzen in gleichförmiger Körperposition, das notwendige Heben und Tragen, das Einnehmen von Zwangspositionen, Oberkörper- und Halswirbelsäulenrotationen, das Überwinden von Hindernissen, Vibration, die überwiegend gebeugte Kniegelenksstellung oder die fehlende Möglichkeiten zu Pausen und Entspannung seien auf-

grund der vorliegenden Erkrankungen am Bewegungsapparat nicht zumutbar. Die eingeschränkte Koordinationsfähigkeit des Halses und des Rumpfes mit eingeschränkter Dreh- und Neigefähigkeit, einschliessenden Schmerzattacken und dann auch ohne Vorwarnung einsetzenden Gefühlsstörungen am linken Bein könnten für die Teilnahme am Strassenverkehr mit einem LKW ein erhebliches Risikopotential bergen. Dem Beschwerdeführer seien lediglich sehr leichte Tätigkeiten, ohne körperliche Belastung, mit der Möglichkeit zum frei wählbaren Wechsel der Körperposition zwischen stehen, gehen und sitzen, der Möglichkeit zu häufigen Pausen, ohne Zwangspositionen, ohne Oberkörperrotation oder -neigung, ohne Heben und Tragen von Lasten über 3 kg, ohne Lärm, Vibrationen, inhalatorische Belastungen, Kälte oder Nässe, ohne forcierte Armbelastungen, keine Nacht- oder Schichtarbeit, ohne Notwendigkeit zur Oberkörpervorbeugung, keine Knie- oder Hockstellung, keine exponierten Arbeiten mit Verletzungsgefahr und höchstens in normalem Arbeitstempo zumutbar.

7.

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer sowohl in der angestammten Tätigkeit als LKW-Chauffeur als auch in Verweistätigkeiten nach wie vor zu 100 % arbeitsfähig ist und damit keine anspruchsbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt bzw. ob sie den in medizinischer Hinsicht erheblichen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat.

7.1 Die Vorinstanz stützt sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der D. _____ vom 23. Januar 2018 ab, wonach für die bisherige und jede angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe. Dieses Gutachten wurde im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt. Es handelt sich somit um ein externes Administrativgutachten und nicht, wie der Beschwerdeführer anzunehmen scheint, um eine versicherungsinterne medizinische Beurteilung. Das Gutachten beruht auf orthopädischen, internistischen, kardiologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der relevanten medizinischen Vorakten abgegeben. Des Weiteren erfolgte eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Insoweit ist das Gutachten der D. _____ mit Blick auf die formalen Anforderungen der Rechtsprechung an ein Gutachten nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer bestreitet jedoch den materiellen Beweiswert des Gutachtens. Im Folgenden ist daher auf die Kritik des Beschwerdeführers einzugehen und zu klären, ob das Gutachten inhaltlich zu überzeugen vermag.

7.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei nicht nachvollziehbar, dass im Gutachten der D._____ eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als LKW-Chauffeur attestiert worden sei.

7.2.1 Die Experten der D._____ kamen im interdisziplinären Konsens zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in der Lage sei, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg, überwiegend bis ständigem Sitzen, zeitweiligem Stehen und Gehen durchzuführen. Sie gingen davon aus, dass die bisherige Tätigkeit als LKW-Chauffeur gemäss Anamnese diesem Belastungsprofil entspreche, weshalb diesbezüglich die Arbeitsfähigkeit 100 % betrage. Sie hielten weiter fest, dass sich aus der pseudoradikulären Schmerzsymptomatik und den altersentsprechenden degenerativen Befunden an der Lendenwirbelsäule lediglich eine Einschränkung der körperlichen Arbeitsschwere, jedoch keine Einschränkung für eine überwiegend sitzende Tätigkeit als LKW-Chauffeur ableiten liesse.

7.2.2 Die Tätigkeit als LKW-Chauffeur entspricht grundsätzlich einer körperlich schweren Tätigkeit (vgl. BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.3.1; vgl. auch Urteil des BVGer C-3412/2016 vom 12. Oktober 2018 E. 6.2.1), da ein Berufsfahrer bei Gütertransporten neben der Beförderung der Ladung auch für das Be- und Entladen der Waren, für die Wagenpflege und für die Behebung kleinerer Mängel am Fahrzeug verantwortlich ist. Für die Ausübung dieses Berufs ist daher eine gute Gesundheit und körperliche Fitness vorausgesetzt (vgl. www.berufsberatung.ch; Berufsbild Berufsfahrer/-fahrerin [Gütertransport, Personentransport]). Zudem erfordert das Fahren eines LKWs ein längeres Sitzen mit wiederholtem Krafteinsatz des linken Beines beim Kuppeln, sofern kein Automatikgetriebe vorliegt (vgl. Urteil des BGer 8C_61/2009 vom 25. März 2009 E. 3). In diesem Sinn hat auch der RAD-Arzt K._____ in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2016 die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als rückenbelastend eingestuft und diesbezüglich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

7.2.3 Die Schlussfolgerung der Gutachter der D._____, dass die letzte Tätigkeit des Beschwerdeführers als LKW-Chauffeur entgegen der dargelegten gerichtlichen Praxis nicht körperlich schwer, sondern lediglich leicht bis mittelschwer gewesen sei, überzeugt aus den folgenden Gründen nicht. Zunächst haben es die Gutachter unterlassen, ein detailliertes Tätigkeitsprofil der letzten Arbeitsstelle zu erheben, und sie konnten sich auch nicht auf ein derartiges Profil aus den Akten stützen, zumal der letzte Arbeitgeber

nur eine rudimentäre und unvollständige Stellenbeschreibung eingereicht hat (IV-act. 14 S. 6). Den Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der Begutachtung lässt sich nicht entnehmen, dass er bei seiner letzten Tätigkeit keine schweren körperlichen Arbeiten hat verrichten müssen. So gab er an, dass er als Chauffeur auch für das Beladen und Entladen des LKWs zuständig gewesen sei, oft mit der Hilfe eines Staplerfahrers. Mitunter habe er die Ladung aber auch von Hand abladen müssen. Zudem habe er die Ladung kontrollieren und Lastwagenketten montieren müssen. Mitunter sei es also körperlich auch schwere Arbeit gewesen. Die letzte Stelle ab 2015 sei etwas leichter gewesen, da er Überseecontainer zwischen europäischen Häfen transportiert habe (S. 25 und 33 Gutachten). An einer anderen Stelle gab er an, dass er bei seiner letzten Arbeitsstelle jeweils frühmorgens habe aufstehen, den Wagen mit Waren beladen und diese unter Zeitdruck in verschiedene Länder ausliefern müssen. Es sei Frischware gewesen, weswegen man nicht viele Pausen habe machen dürfen (S. 54 Gutachten). Zwar gibt es Hinweise darauf, dass die letzte Arbeitsstelle körperlich weniger anstrengend war als frühere Anstellungen, mangels eines detaillierten Stellenbeschriebs und angesichts der zum Teil etwas widersprüchlichen Angaben des Beschwerdeführers kann die Frage nach dem Belastungsniveau der letzten Arbeitsstelle jedoch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beantwortet werden. Dazu kommt, dass bei Rückenbeschwerden in der Regel wechselbelastende Tätigkeiten günstig sind (vgl. Wegleitung der Swiss Insurance Medicine zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit, 2013, S. 16), die Gutachter im vorliegenden Fall aber auch eine überwiegend sitzende Tätigkeit (in einer rückenergonomisch eher ungünstigen Arbeitshaltung und bei der aufgrund des Zeitdrucks nur wenig Pausen und damit kaum Wechselbelastung möglich sind) als zumutbar erachtet haben, ohne dies jedoch näher zu begründen.

7.2.4 Insgesamt bestehen konkrete Zweifel an der Einschätzung der Gutachter der D. _____, wonach der Beschwerdeführer in angestammten Tätigkeit als LKW-Chauffeur in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. Bezüglich des Profils der letzten Arbeitsstelle besteht weiterer Abklärungsbedarf.

7.2.5 In diesem Zusammenhang ist der Beschwerdeführer, der sich bei seiner Argumentation hauptsächlich auf die nicht mehr vorhandene Zumutbarkeit der Ausübung der Tätigkeit als LKW-Chauffeur beruft, darauf zu weisen, dass die schweizerische Invalidenversicherung nicht Berufsunfäh-

higkeit, sondern Erwerbsunfähigkeit versichert (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 337/01 vom 16. September 2002 E. 6.2). Für den Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung ist mit anderen Worten nicht die Berufsunfähigkeit ausschlaggebend, sondern die gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Abs. 1 IVG), verstanden als das Unvermögen, auf dem gesamten für den Versicherten in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (Urteil des BGer 8C_253/2017 vom 29. Juni 2017 E. 4.3.1). Für die Ermittlung des Invaliditätsgrades ist die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer den Behinderungen angepassten Tätigkeit massgebend, ungeachtet dessen, ob es sich dabei um die bisherige oder aber um eine Verweisungstätigkeit handelt.

7.3 Weiter ist auf die Kritik des Beschwerdeführers am orthopädischen (Teil-)Gutachten der D._____ einzugehen. Insbesondere ist zu prüfen, ob die beiden nachträglich erstellten orthopädischen Privatgutachten von Dr. med. E._____ vom 6. März 2018 und von Dr. med. F._____ vom 12. Juli 2018 das Gutachten der D._____, sollte ihm materiell an sich Beweiswert zukommen, derart zu erschüttern vermögen, dass nicht darauf abgestellt werden kann (siehe oben E. 5.7).

7.3.1 Der Privatgutachter Dr. med. E._____ geht anders als die Experten der D._____ von einer schwergradigen Funktionsstörung der Wirbelsäule mit entsprechenden Einschränkungen im Beruf und Alltagsleben aus. Er bemängelt, dass im Gutachten der D._____ nicht auf die im MRT von 2015 beschriebene absolute Neuroforamenstenose L4/L5 links eingegangen worden sei, die mit dem vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerz im linken Bein korreliere. Er kritisiert auch, dass im Gutachten der D._____ die Problematik im Bereich der Halswirbelsäule nicht erwähnt worden sei. Der Beschwerdeführer habe über Nackenschmerzen geklagt, die sich mit den im Röntgen der HWS von 2015 gezeigten deutlichen Abnutzungserscheinungen erklären liessen.

7.3.2 Das Privatgutachten von Dr. med. F._____ weicht sowohl in diagnostischer Hinsicht als auch bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils von der Einschätzung der Gutachter der D._____ ab. Der Privatgutachter hat neben einem Lumbalsyndrom und Retropatellararthrosen auch ein Zervikalsyndrom und ein Thorakalsyndrom diagnostiziert und beschrieb im Gegensatz zu den Gutachtern der D._____ erhebliche Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule. Er hielt im Wesentlichen fest, dass die angefertigte Bildgebung

eindrücklich spezifische Pathologien an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule zeige. Dazu korreliere klar und eindeutig das klinische Beschwerdebild mit dauerhafter Schmerzsymptomatik, Bewegungseinschränkung und Wurzelreizeichen. Die bisherigen objektiven und subjektiven Pathologien an der Wirbelsäule hätten im Rahmen der Untersuchung objektiviert und bestätigt werden können. Es bestünden chronifizierte therapieresistente dauerhafte lumbale, thorakale und zervikale Rückenschmerzen (VAS bei Belastung 5 bis 6, VAS im Durchschnitt der letzten 4 Wochen 3 bis 4, VAS unter Berufsbelastung im Durchschnitt 8) mit episodenhafter Schmerzexazerbation über mehrere Tage durch schon geringe körperliche Belastung (Gehen über 30 Minuten, Autofahrten über 60 Minuten, schnelles Gehen, längeres Stehen, Einnahme von Zwangspositionen, Heben und Tragen von Lasten ab 5 Kilogramm, unvorsichtige oder unkoordinierte Wirbelsäulenbewegungen wie Oberkörperrotation, Vorbeuge, Rückneige, Seitneige; Oswestry Disability Index 53%) und bei Wetterwechseln. Der Beschwerdeführer leide auch an einer intermittierenden radikulären Schmerzausstrahlung und an radikulären Sensibilitätsstörungen im linken Bein an der Aussenseite des Ober- und Unterschenkels bis zu den Zehen. Das führe zur Notwendigkeit von häufigen Wechseln der Körperposition und zum Einplanen längerer bis langer Pausen unter leichter Belastung (bedarfsweise auch orale Schmerzmitteleinnahme und dauerhaftes physiotherapeutische Eigenübungsprogramm). Es bestünden Bewegungsschmerzen an Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule bei Rotation, Inklination, Reklination und Seitneigung jeweils etwa ab der Hälfte des möglichen vollen Bewegungsumfanges. Am Gutachten der D. _____ kritisiert Dr. med. F. _____ insbesondere, dass die thorakale und zervikale Wirbelsäule und die an ihr vorliegenden objektiven und subjektiven Befunde keinerlei Würdigung erfahren hätten. Zudem hätten die Gutachter der D. _____ ihre Begründung einer vollen Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen darauf beschränkt, dass keine radikuläre Beteiligung, insbesondere kein komprimierender Diskusprolaps oder eine Spinalkanalstenose habe nachgewiesen werden können.

7.3.3 Die beiden nachträglich erstellten Privatgutachten wurden den Experten der D. _____ zur Stellungnahme vorgelegt.

7.3.3.1 In ihrer Stellungnahme vom 14. Juni 2020 hielten die Gutachter der D. _____ im Wesentlichen fest, dass die Einschätzung von Dr. med. E. _____ in Widerspruch zu den klinischen Befunden stehe, die nur leichte Funktionseinschränkungen des Achsenorgans ohne neurologische

Defizite ergeben hätten. Die absolute Foramenstenose L4/L5 sei eine radiologische Diagnose ohne klinische Relevanz und ohne funktionelle Auswirkungen. Somit wirke sie sich nicht reduzierend auf die Arbeitsfähigkeit aus.

7.3.3.2 Die D. _____-Gutachter hielten am 29. Oktober 2018 fest, dass im Gutachten von Dr. med. F. _____ neue Diagnosen generiert würden, die bisher in der Aktenzusammenfassung seit dem Jahr 2009 nicht in Erscheinung getreten seien und bisher auch therapeutisch keine Bedeutung besessen hätten. Gemeint seien die Diagnosen des chronisch therapieresistenten degenerativen Zervikalsyndroms und des chronisch therapieresistenten degenerativen Thorakalsyndroms. Auch zum Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung vom 23. Januar 2018 hätten diese Syndrome weder anamnestisch, noch klinisch Bedeutung gehabt. In keinem der vorliegenden Gutachten werde von einer solchen Symptomatik berichtet, die die oben genannten Diagnosen rechtfertigen würden. Aufgrund der im Gutachten von Dr. med. F. _____ skizzierten erheblichen Beschwerden würden erhebliche Zweifel aufkommen, ob es sich hierbei um die gleiche Person handle. Dem stünden in der Gesamtbeurteilung des Gutachtens vom 23. Januar 2018 keine wesentlichen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus gegenüber. Auch werde eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme der therapeutischen Hilfen festgestellt. Eine Therapiefrequenz mit maximal einmal wöchentlicher Behandlung sei bei der geschilderten Beschwerdesymptomatik als sehr gering einzustufen, so dass im Umkehrschluss kein hoher Leidensdruck unterstellt werden könne. Die Einschätzung des Gutachters Dr. med. F. _____, der sowohl eine quantitative und qualitative Leistungseinschränkung bewerte, könne nicht nachvollzogen werden.

7.3.4 Im Hinblick auf die Beurteilung des Schweregrads der Schädigungen an der Wirbelsäule und der geltend gemachten Schmerzausstrahlung in das linke Bein ergeben sich insbesondere aus dem Gutachten von Dr. med. F. _____, das auf einer ausführlichen Anamnese und einer eingehenden klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers basiert und in Kenntnis der wesentlichen Vorakten inklusive der MRT-Befunde der LWS und des linken Knies vom 2. Dezember 2015 sowie der Röntgenbefunde der BWS vom 21. Dezember 2015 erging, relevante Widersprüche zum Gutachten der D. _____.

Der orthopädische Experte der D._____ hat im Rahmen seiner klinischen Untersuchung vom 26. Oktober 2017 eine Exploration der Halswirbelsäule sowie der Brust- und Lendenwirbelsäule mit entsprechenden Bewegungsprüfungen vorgenommen und hat dabei keine relevanten klinisch-pathologischen Befunde – insbesondere kein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom – erhoben. Die Beweglichkeit der HWS beschrieb er als nicht eingeschränkt, obwohl sich bei der Bewegungsprüfung bei der Seitneigung beidseits (25°) eine leichte Einschränkung ergab (Norm: 30-40°). Bei der Beweglichkeit der BWS und der LWS beschrieb er in der Seitneigung und Rotation eine leichtgradige Einschränkung. Diese Aussage ist ebenfalls ungenau, zumal sich in der Bewegungsprüfung doch lediglich bei der Seitneigung beidseits eine Einschränkung (20° statt 30°-40°) zeigte, die Rotation war dagegen normal. Die von Dr. med. F._____ rund neun Monate später durchgeführte Bewegungsprüfung ergab grössere Einschränkungen. So beschrieb dieser zusätzlich zur eingeschränkten Seitneigung (20° anstatt 30°-40°) auch eine leichte Einschränkung in der Rotation der Halswirbelsäule (beidseits 55° anstatt 60°). Zudem erhob er einen Fingerkuppen-Boden-Abstand von 35 cm, was deutlich pathologisch sei. Im Gutachter der D._____ wird ein Abstand von 18 cm erwähnt. Der vom Experten der D._____ erhobene orthopädisch-klinische Befund enthält somit in Bezug auf die Bewegungsprüfung Ungenauigkeiten, das heisst Abweichungen zwischen dem klinisch erhobenen Befund und der Befundbeschreibung. Zudem werden im Privatgutachten von Dr. med. F._____ zum Teil abweichende klinische Befunde erhoben.

7.3.5 Der vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzausstrahlung in das linke Bein haben die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bemessen. Sie begründen dies damit, dass keine radikuläre Symptomatik bestehe, die Messung der Beinumfangs links keine signifikante Umfangsverminderung zeige und sich die Nervendehnungszeichen nach Lasegue und das umgekehrte Zeichen nach Lasegue nicht provozieren liessen. Der neurologische Gutachter hielt hierzu anlässlich seiner Untersuchung vom 7. November 2017 zudem fest, dass die beklagte Schmerzausstrahlung nicht dem Verlauf eines Dermatoms entspreche und keine radikuläre Schmerzausstrahlung vorliege. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Gesamtbeurteilung hielten die D._____-Gutachter fest, dass die Schmerzausstrahlung einer pseudoradikulären Ausbreitung entspreche. Weil eine lumbale Symptomatik, je nach Ausprägung und Schweregrad, die Arbeitsfähigkeit auch ohne radikuläre Beteiligung einschränken kann (Urteil des BGer 9C_822/2017 vom 19. Februar 2017 E. 4.2; Urteil 9C_870/2010 vom 24. Januar 2011 E. 4.3), greift diese Beurteilung der

D._____ zu kurz. Dr. med. F._____ führte in seinem Gutachten unter Hinweis auf Fachliteratur aus, dass das pseudoradikuläre Lumbalsyndrom durch Veränderungen der knöchernen Strukturen ausgelöst werde, bei denen der Schmerzreiz über die nervösen Rezeptoren des Periosts, der Bänder und der Gelenkkapseln und der Muskulatur weitergeleitet würden. Es komme in der Folge zu einer Schmerzausstrahlung, die hier allerdings nicht wie das radikuläre Lumbalsyndrom eine dermatombezogene Ausbreitung besitze. Die Experten der D._____ haben sich weder in ihrem Gutachten noch in den ergänzenden Stellungnahmen näher mit der pseudoradikulären Schmerzausstrahlung und deren möglich Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, namentlich auf die Fähigkeit die Kuppelung eines LKW zu betätigen, auseinandergesetzt. Nicht beachtet haben sie dabei auch die Unfallgefahr mit einer Selbst- und Fremdgefährdung, da bei zunehmenden Schmerzen die Kuppelung nicht mehr richtig betätigt werden kann. Dazu kommt, dass die Oberschenkelumfänge, auf die sich die Gutachter der D._____ berufen haben, in den beiden Gutachten deutlich voneinander abweichen, was weitere Zweifel aufkommen lässt. Im D._____ -Gutachten wurden 20 cm oberhalb des Knies 51 cm (rechts) und 50.5 cm (links) und 10 cm oberhalb des Knies (42 cm rechts) und 41.5 cm (links) gemessen. Dr. med. F._____ mass dagegen 20 cm oberhalb des Knies Umfänge von 57 cm (rechts) und 54 cm (links) sowie 10 cm oberhalb des Knies von 46 cm (rechts) und 44 cm (links).

7.3.5.1 Weiter fehlt es im Gutachten der D._____ an einer Auseinandersetzung des Gangbildes, obwohl diesbezüglich auffällt, dass der Beschwerdeführer zur orthopädischen Untersuchung, die zuerst durchgeführt wurde (vgl. IV-act. 59), noch mit einem fließenden, sicheren und koordinierten leicht linkshinkenden Gangbild, dann aber zur zweiten Untersuchung durch den Internisten einen Stock tiefer, mit unsicherem, hinkenden Gang erschienen sei. Trotz angegebenem Dauerschmerz im Rücken fehlt es dem Gutachten zudem an einer detaillierten Schmerzanamnese. Sie haben sich auch nicht genügend mit dem Verhalten des Beschwerdeführers während den Untersuchungen auseinandergesetzt. Diesbezüglich fällt auf, dass er während der orthopädischen Untersuchung noch entspannt auf dem Holzstuhl gesessen und keine Schmerzfehlhaltung eingenommen, dann aber während der internistischen Untersuchung die Sitzposition oft leicht geändert habe. Der psychiatrische Experte der D._____ beschrieb ihn sogar als psychomotorisch unruhig aufgrund seiner Schmerzen (S. 55 Gutachten). Eine eingehendere Auseinandersetzung mit den Schmerzen wäre erforderlich gewesen, zumal sich auch aus der Anamnese Hinweise auf leistungsbehindernde Schmerzen ergeben. So wird ersichtlich, dass

der Beschwerdeführer für seinen Tagesablauf einen erhöhten Zeitbedarf benötigt (S. 23 Gutachten) und ihn unter anderem die Schmerzen davon abhalten, einem Hobby (Restauration eines Oldtimers) nachzugehen (S. 16 Gutachten).

7.3.5.2 Schliesslich sind die Gutachter der D. _____ nicht auf die vorliegenden radiologischen Befunde vom 21. Dezember 2015 (IV-act. 7 S. 12 f.) der HWS (ausgeprägte Osteochondrose mit Vakuumphänomen bei C6/7, mässige Spondylose C5/6 und C7/Th1 sowie weniger ausgeprägt C4/5, hypertrophe Uncarthrose C6/7 links ausgeprägter als rechts und diskret C5/6 rechts, massive IVG-Arthrose auf den Seitenaufnahmen von C2 bis C5 links und rechts bei C4/S und nachfolgend C5/6) und der BWS (ankylosierende Spondylose rechts lateral Th8 bis Th11 und sonst deutlich weniger ausgeprägte diskrete Spondylosis deformans thoracalis mit p.m. bei Th11/12, geringe Spondylose Th12 bis 13 und 14/5) eingegangen. Auch wenn die Gutachter der D. _____ in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 14. Juni 2018 zu Recht darauf hingewiesen haben, dass radiologische Befunde für sich alleine keinen Schluss auf eine Funktionseinschränkung zulassen, sind derartige radiologischen Befunde im Zusammenhang mit der Anamnese und dem klinischen Befund zu diskutieren. Das Gutachten der D. _____ ist damit auch in dieser Hinsicht unvollständig.

7.3.6 Insgesamt erweist sich die orthopädische Beurteilung der D. _____ als zu oberflächlich und ungenau, insbesondere aber als lückenhaft in der Befunderhebung und unvollständig in der versicherungsmedizinischen Diskussion, so dass auf diese nicht abgestellt werden kann. Zudem werden die bestehenden Widersprüche zum Privatgutachten von Dr. med. F. _____ mit der ergänzenden Stellungnahme der Gutachter der D. _____ vom 29. Oktober 2018 nicht aufgelöst, zumal sich die Gutachter der D. _____ mit dem Gutachten von Dr. med. F. _____ nicht hinreichend auseinandergesetzt haben. Es bestehen damit zusätzliche konkrete Zweifel an der medizinischen Einschätzung der D. _____ und dem festgelegten Zumutbarkeitsprofil am Gutachten der D. _____. Es kann aber auch nicht auf die beiden Privatgutachten von Dr. med. E. _____ und Dr. med. F. _____ abgestellt werden, insbesondere sind diese für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu rudimentär. Aufgrund der widersprüchlichen fachärztlichen Einschätzungen lässt sich der orthopädische Gesundheitsschaden und dessen funktionelle Auswirkungen und damit auch die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verrichtungsleistung weder gestützt auf das Gutachten der D. _____ noch auf die

übrigen medizinischen Akten verlässlich beurteilen. Bei derart ungeklärten Widersprüchen sind weitere Abklärungen erforderlich.

7.4 Des Weiteren vermag das Gutachten der D. _____ auch in kardiologischer, internistischer und psychiatrischer Hinsicht nicht vollends zu überzeugen.

7.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten wird der Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und innerer Konflikte mit den Schmerzen verneint. Obwohl der psychiatrische Experte den fehlenden Gefühlsausdruck als Risiko für eine Entwicklung chronischer Schmerzen bezeichnet und keine detaillierte Schmerzanamnese erhoben wurde, hat er das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung verneint. Dabei ist er weder auf die klassifikatorischen Kriterien eingegangen noch hat er seine Einschätzung näher begründet. Zudem fehlt es an einer eingehenderen Auseinandersetzung mit dem Trinkverhalten des Beschwerdeführers, was gerade im Zusammenhang mit einer Tätigkeit als LKW-Chauffeur erforderlich wäre. So gab der Beschwerdeführer doch an, er trinke täglich Alkohol (zwei bis drei Flaschen Bier) und wenn es ihm nicht so gut gehe, trinke er eine Flasche Wein und gehe dann schlafen.

7.4.2 Der internistische wie auch der kardiologische Experte gingen davon aus, dass der BNP-Wert im Normbereich liege, obwohl die Laboranalyse einen erhöhten BNP-Wert von 266 pg/ml (Referenzwert < 210 pg/ml) ergab. Gemäss Laborbericht könnte bei Werten von < 125 pg/ml Herzfunktionsstörungen mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die gutachterlichen Aussagen, dass der BNP-Wert im Normbereich liege, was eine Herzschwäche ausschliesse, und dass der normale BNP-Wert klar gegen eine hypertoniebedingte latente oder gar manifeste Herzschwäche spreche, sind daher mit dieser Begründung nicht schlüssig nachvollziehbar.

8.

Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2018 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob, gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

8.1 Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn wie vorliegend die orthopädische Begutachtung unvollständig ist und auch Fragen im Zusammenhang mit einer allfälligen Schmerzstörung und mit der Prüfung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz einer allfälligen Alkoholabhängigkeit in einem strukturierten Beweisverfahren in Nachachtung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch völlig ungeklärt sind (vgl. Urteil des BGer 9C_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteil des BVGer C-1444/2015 vom 17. Oktober 2017 E. 8.14). Eine Rückweisung ist vorliegend umso mehr gerechtfertigt, als die Vorinstanz zusätzlich beruflich-erwerbliche Abklärungen für die Festlegung des Profils der letzten Arbeitsstelle zu treffen hat. Ein Endentscheid könnte daher allein mit der Einholung eines Gerichtsgutachtens ohne die Ergebnisse der weiteren Abklärungen jedenfalls nicht herbeigeführt werden (vgl. Urteile des BVGer C-4516/2019 vom 31. Juli 2020 E. 7.1 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 6). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1). Bei dieser Ausgangslage, bei welcher sich zwei nicht beweismässige Gutachten gegenüberstehen, die sich in wesentlichen Aspekten widersprechen, wäre es nicht zielführend, ein Obergutachten einzuholen (vgl. Urteil des BGer 8C_371 vom 7. September 2020 vom E. 4.6.2). Der entsprechende Eventualantrag des Beschwerdeführers ist daher abzuweisen.

8.2 Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde (insbesondere degenerative Veränderungen im Bereich von Wirbelsäule und Knie) und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Rheumatologie, Orthopädie, Neurologie, Kardiologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281] und der allfälligen Auswirkungen eines Abhängigkeitssyndroms

im Lichte der zwischenzeitlich mit BGE 145 V 215 angepassten Rechtsprechung) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVer C-4537/2017 E. 8).

8.3 Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Angesichts der vorgebrachten Befangenheitsvorwürfe, auf die bei diesem Verfahrensausgang nicht weiter einzugehen ist, erscheint es angezeigt, das D. _____ als Begutachtungsstelle auszuschliessen.

9.

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 5. Dezember 2018 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

10.

Der Beschwerdeführer stellte, wie in der Eingabe vom 13. Juli 2020 präzisiert wurde, mit Replik vom 9. Mai 2019 den Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Parteiverhandlung gemäss Art. 6 EMRK.

10.1 Von einer ausdrücklich beantragten öffentlichen Verhandlung kann dann abgesehen werden, wenn der Antrag der Partei als schikanös erscheint oder auf eine Verzögerungstaktik schliessen lässt und damit dem Grundsatz der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens zuwiderläuft oder sogar rechtsmissbräuchlich ist. Gleiches gilt, wenn sich ohne öffentliche Verhandlung mit hinreichender Zuverlässigkeit erkennen lässt, dass eine

Beschwerde offensichtlich unbegründet oder unzulässig ist. Als weiteres Motiv für die Verweigerung einer beantragten öffentlichen Verhandlung fällt die hohe Technizität der zur Diskussion stehenden Materie in Betracht, was etwa auf rein rechnerische, versicherungsmathematische oder buchhalterische Probleme zutrifft, wogegen andere dem Sozialversicherungsrecht inhärente Fragestellungen materiell- oder verfahrensrechtlicher Natur wie die Würdigung medizinischer Gutachten in der Regel nicht darunterfallen. Schliesslich kann das kantonale Gericht von einer öffentlichen Verhandlung absehen, wenn es auch ohne eine solche aufgrund der Akten zum Schluss gelangt, dass dem materiellen Rechtsbegehren der bezüglich der Verhandlung antragstellenden Partei zu entsprechen ist (BGE 136 I 279 E. 1 mit Hinweis auf BGE 122 V 47 E. 3b/ee und 3b/ff.; Urteile des BGer 8C_64/2017 vom 27. April 2017 E. 3.2 [mit Hinweis auf BGE 136 I 279 E. 1 und 122 V 47 E. 3b] und 8C_338/2016 vom 21. November 2016 E. 1.2).

10.2 Nachdem das Bundesverwaltungsgericht im Hauptentscheid die Beschwerde gutheisst, indem es die Sache zu weiteren erwerblichen Abklärungen und anschliessender Einholung eines für die invalidenversicherungsrechtlichen Belange umfassenden versicherungsexternen polydisziplinären Gutachtens an die Vorinstanz zurückweist, erübrigt sich die Durchführung der beantragten öffentlichen Parteiverhandlung gemäss Art. 6 EMRK. Eine solche vermöchte am vorliegenden Verfahrensausgang nichts zu ändern. Unter diesen Umständen ist auf die beantragte öffentliche Verhandlung zu verzichten (vgl. Urteile des BVGer C-5626/2017 vom 16. Juli 2019 E. 9 und C-6646/2016 vom 20. März 2019 E. 6).

11.

11.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

11.2 Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang 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. Der Rechtsvertreter hat für das Erstellen von drei Schriftsätzen Kosten von EUR 3'283.99, EUR 3'283.99 und EUR 2'628.10 geltend gemacht. Diese Kosten hat er nicht anhand seines effektiven, detailliert ausgewiesenen Zeitaufwands, sondern anhand eines österreichischen Anwaltstarifs bestimmt. Darauf kann nicht abgestellt werden, weshalb die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (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 sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.– gerechtfertigt.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 5. Dezember 2018 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen des medizinischen Sachverhalts im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben; Beilage: Doppel der Eingabe des Beschwerdeführers vom 13. Juli 2020)
- 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, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtschrift 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: