



Abteilung III
C-4875/2018

Urteil vom 22. Mai 2019

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiber Roland Hochreutener.

Parteien

A._____, (Deutschland),
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 2. Juli 2018.

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1954 geborene deutsche Staatsangehörige A. _____ (*nachfolgend*: Versicherter oder Beschwerdeführer) wohnt in (...)/DE, war unter anderem als Projektmanager in der Schweiz erwerbstätig und entrichtete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der IV-Stelle gemäss Aktenverzeichnis und -nummerierung vom 11.10.2018; *nachfolgend*: act.] 12 - 16).

B.

B.a Nach durchgeführter Früherfassung meldete sich der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 28. Februar 2012 (Eingang: 29. Februar 2012) bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (*nachfolgend*: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und zog insbesondere einen Arbeitgeberbericht und die Akten der Krankentaggeldversicherung bei (act. 16, 19 - 22).

B.b Am 3. Juli 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die beruflichen Massnahmen abgeschlossen würden, da er sich gemäss Besprechung vom 31. Mai 2012 nicht in der Lage sehe, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken (act. 67).

B.c Mit Vorbescheid vom 9. August 2012 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, im Wesentlichen mit der Begründung, laut den ihr zur Verfügung stehenden Unterlagen bestehe in der angestammten Tätigkeit als Wirtschaftsingenieur wie auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Dementsprechend bestehe kein Rentenanspruch (Invaliditätsgrad: 0 %; act. 44).

B.d Mit Verfügung vom 19. Juli 2013 bestätigte die IV-Stelle den Vorbescheid mit der Begründung, sie habe die vom Versicherten mit dessen Einwänden eingereichten ärztlichen Unterlagen ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Prüfung unterbreitet. Die Beurteilung durch den RAD habe ergeben, dass er weiterhin in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (act. 108).

B.e Die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde hiess der Vizepräsident des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 19. Februar 2015 (IV 2013/382) teilweise gut, indem er die Streitsache

zur Durchführung weiterer Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückwies (act. 130).

B.f Mit Schreiben vom 19. Mai 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie eine polydisziplinäre Abklärung (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychiatrie, Orthopädie und Psychiatrie) als notwendig einstufte. Die Wahl der Gutachterstelle erfolge nach dem Zufallsprinzip. Gleichzeitig gab sie dem Versicherten Gelegenheit, sich bis zum 29. Mai 2015 zur vorgesehenen Begutachtung vernehmen zu lassen und Zusatzfragen zum beigelegten Fragebogen einzureichen (act. 152).

B.g Mit Zwischenverfügung vom 30. September 2015 hielt die IV-Stelle an der vorgesehenen Begutachtung fest und verneinte gleichzeitig die vom Versicherten eingewendete Reiseunfähigkeit (act. 204).

B.h Nachdem die IV-Stelle einen Auftrag zur Begutachtung an die estimed AG gestützt auf einen Einwand des Versicherten annulliert hatte (act. 216, 234, 241, 243), beauftragte sie mit Schreiben vom 4. April 2016 die H._____ mit der Durchführung der polydisziplinären Begutachtung (act. 252). Am 7. April 2017 erstatteten die Gutachter des H._____ ihr Gutachten (act. 308). In ihrer Konsensbeurteilung kamen sie zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie in jedweder vergleichbaren oder auch anderen, körperlich leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht als dauerhaft limitiert anzusehen sei (act. 308, S. 56).

B.i Mit Eingabe vom 30. November 2017 nahm der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, zum H._____ -Gutachten Stellung und machte unter Hinweis auf die von ihm nachgereichten Arztberichte und Gutachten eine Einschränkung von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit geltend (act. 348).

B.j Mit Vorbescheid vom 30. Januar 2018 stellte die nunmehr zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht mit der Begründung, in Übereinstimmung mit den Schlussfolgerungen ihres RAD sei das polydisziplinäre Gutachten als vollumfänglich beweiskräftig einzustufen. Danach sei der Versicherte weder in seiner angestammten Tätigkeit noch in einer anderen, körperlich leichten, wechselbelastenden und überwiegend sitzend ausge-

übten Tätigkeit als dauerhaft limitiert anzusehen. Die vom Versicherten zusätzlich vorgelegten medizinischen Berichte vermöchten an dieser Einschätzung nichts zu ändern (act. 358).

B.k Mit Eingabe vom 13. April 2018 erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, gegen diesen Vorbescheid Einwand mit den Anträgen, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten; eventualiter seien weitere Abklärungen durchzuführen. Darüber hinaus liess er weitere Arztberichte ins Recht legen (act. 364 - 368).

B.I Nach Einholung weiterer Berichte ihres RAD wies die IVSTA den Einwand mit Verfügung vom 2. Juli 2018 ab. Zur ergänzenden Begründung hob sie insbesondere hervor, ihr medizinischer Dienst sei nach Würdigung sämtlicher Akten zum Schluss gekommen, dass auf das beweiswertige H. _____-Gutachten abgestellt werden könne. Die vom Versicherten zusätzlich vorgelegten medizinischen Berichte vermöchten daran nichts zu ändern. Die angeführten psychischen Beschwerden respektive die reaktive depressive Störung seien nur von begrenzter Dauer gewesen; bei der Begutachtung sei angesichts der erhobenen Befunde bereits von einer partiellen Remission auszugehen gewesen, und es habe lediglich eine zeitlich beschränkte Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Er verfüge zudem über genügend Ressourcen, um seine Resterwerbsfähigkeit zu verwerten (act. 375).

C.

Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 18. August 2018 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung vom 2. Juli 2018 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Vorinstanz. Zur Begründung bringt er insbesondere vor, laut dem von ihm veranlassten arbeitsmedizinischen Gutachten vom 18. Februar 2018 sei er sowohl bezogen auf seinen bisherigen Beruf als auch bezogen eine angepasste Verweistätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu 50 % arbeitsunfähig. Diese Einschätzung werde denn auch die eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte bestätigt. Die Vorinstanz habe überdies zu Unrecht nicht berücksichtigt, dass er seine Restarbeitsfähigkeit altersbedingt nicht mehr verwerten könne. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sei ihm zudem ein angemessener leidensbedingter Abzug zu gewähren (Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.] 1 samt Beilagen).

D.

Am 11. September 2018 ging der vom Beschwerdeführer geforderte Kostenvorschuss von Fr. 800.- (Zwischenverfügung vom 30. August 2018; BVGer act. 3) bei der Gerichtskasse ein (BVGer act. 4).

E.

Mit Vernehmlassung vom 12. November 2018 stellt die Vorinstanz den Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Zur ergänzenden Begründung führt sie aus, der Beschwerdeführer bringe gegen das H. _____-Gutachten keine stichhaltigen Einwände vor, welche dessen Beweiswert zu schmälern vermöchten. Die im Abklärungs- und Einwandverfahren eingereichten medizinischen Berichte enthielten Angaben zu bereits bekannten Beschwerden, welche bereits vollumfänglich im H. _____-Gutachten gewürdigt worden seien. Die vom Beschwerdeführer nachgereichten medizinischen Berichte vermöchten den Beweiswert des H. _____-Gutachtens nicht zu schmälern. Auch retrospektiv sei keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit dokumentiert, und es gäbe keine Anhaltspunkte für eine länger als ein Jahr dauernde Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsaufgabe sei stets aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt. Mangels anspruchsbegründender Invalidität stelle sich die Frage der Verwertung der Restarbeitsfähigkeit gar nicht (BVGer act. 6).

F.

Mit Replik vom 6. Dezember 2018 hält der Beschwerdeführer – unter Verweis auf weitere im Beschwerdeverfahren nachgereichte Arztberichte – an seinen bisherigen Anträgen fest und führt zur Begründung ergänzend aus, entgegen der Argumentation der Vorinstanz habe er seine bisherigen Arbeitsstellen nicht aus wirtschaftlichen, sondern vielmehr aus gesundheitlichen Gründen aufgeben müssen. Das H. _____-Gutachten sei nicht von unabhängigen Gutachtern, sondern auftragsbezogen verfasst worden. Es stehe auch im Widerspruch zu den Schlussfolgerungen der behandelnden Ärzte. Ferner sei auch die Aussage der IVSTA, dass er laut arbeitsmedizinischem Privatgutachten reisefähig sei, wahrheitswidrig (BVGer act. 9 samt Beilagen).

G.

Unter Verweis auf eine erneute Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 11. Januar 2019 hält die Vorinstanz mit Duplik vom 14. Januar 2019 an ihren bisherigen Anträgen fest, im Wesentlichen mit der Begründung, laut der Prüfung durch ihren ärztlichen Dienst resultierten aus den

neu eingereichten Unterlagen keine neuen klinischen Aspekte oder Diagnosen, welche zu einer von der bisherigen Argumentation abweichenden Betrachtungsweise Anlass geben würden (BVGer act. 11 samt Beilage).

H.

Mit Zwischenverfügung vom 18. Januar 2019 schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel – vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen – per 28. Januar 2019 ab (BVGer act. 12).

I.

Mit Eingabe vom 31. Januar 2019 liess der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht eine unaufgeforderte Stellungnahme zukommen (BVGer act. 13), welche der Vorinstanz unter Hinweis auf den abgeschlossenen Schriftenwechsel zur Kenntnisnahme übermittelt wurde (Verfügung vom 6. Februar 2019; BVGer act. 14).

J.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Beschwerdeführer den ihm auferlegten Kostenvorschuss fristgerecht überwiesen hat (BVGer act. 4), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. a ATSG).

2.

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Zunächst sind im Folgenden die gesetzlichen Grundlagen sowie massgebenden Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen.

2.1 Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des FZA (SR 0.142.112.681) und der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; bzw. bis 31. März 2012 Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 mit Hinweisen; BASILE CARDINAUX, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteile des BVGer C-2816/2014 vom 12. Februar 2016 E. 2.1 und C-5263/2014 vom 6. Juli 2016 E. 2, je mit Hinweisen).

2.2 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; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7.3).

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

2.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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).

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU/EFTA und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

2.4

2.4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2).

2.4.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

2.4.3 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs

zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil des BGer 8C_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.2).

2.4.4 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden, Gutachten externer Spezialärzte (so genannte Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des BGer 8C_362/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 4; 8C_325/2015 vom 21. Juli 2015 E. 4.4).

2.5 Stehen psychische Erkrankungen, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) zur Diskussion, sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und

Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose nach einem anerkannten medizinischen Klassifikationssystem (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1; 130 V 396 E. 5.3.3 und 6.3). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2; vgl. dazu auch JÖRG JEGER, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter vom 13. Juli 2015, Rz. 30 ff.; THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.; DIES., Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden, in: Jusletter 15. Januar 2018).

2.6 Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Expertisen verlieren ihren Beweiswert auch mit Rücksicht auf die in BGE 137 V 210 erläuterten Korrektive nicht. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8; 137 V 210 E. 6). Allerdings ist dem Umstand, dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, unter Umständen bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen. In dieser speziellen Übergangssituation lässt sich die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vergleichen (dazu BGE 135 V 465 E. 4). In solchen Fällen genügen schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (verwaltungsexternen) ärztlichen Feststellungen, um eine (neue) Begutachtung anzuordnen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2; SVR 2015 IV Nr. 26 [8C_616/2014] E. 5.3.1, 2013 IV Nr. 6 [9C_148/2012] E. 1.4).

In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen-gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

2.7 In einem EU-Staat wohnhafte Versicherte können aus dem FZA keinen (unbedingten) Anspruch ableiten, in der Schweiz begutachtet zu werden; eine Entscheidung kann grundsätzlich auf im Wohnsitzstaat verfertigte ärztliche Berichte abgestützt werden. Gleichzeitig besteht keine Regel, wonach abschliessend auf im Wohnsitzstaat ausgefertigte ärztliche Berichte abzustellen wäre. Da sich der Leistungsanspruch nach dem materiellen Recht des Vertragsstaats bestimmt, leitet sich auch aus dem einzelstaatlichen Recht ab, welche Fragen der ärztlichen Klärung bedürfen, welche Anforderungen an den Nachweis des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts gestellt werden und mit welchen Mitteln dieser Nachweis geführt wird (Urteil des BGer 9C_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.4). Es ist mithin nicht von vornherein unzulässig, einzig auf im Wohnsitzstaat des Versicherten erstellte ärztliche Berichte abzustellen (Urteile des BGer 9C_818/2013 vom 24. Februar 2014 E. 4.1.2 und 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 5.1).

3.

Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist.

3.1 Im Hinblick auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2018 liegen insbesondere die folgenden medizinischen Stellungnahmen und Arztberichte vor:

- Dr. med. B._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, zertifizierter Gutachter der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, diagnostizierte mit Privatgutachten vom 6. Juni 2012 aus neurologischer Sicht eine Cervicobrachialgie (ICD-10 M 53.1), eine Radikulopathie C 6 links (ICD-10 M 54.2) mit intermittierender Irritation bei degenerativen HWS-Veränderungen der Bandscheiben C 6/7, ein Carpaltunnelsyndrom links (ICD-10 G 56.0) sowie eine (derzeit remittierte) rezidivierende Lumboischialgie. Ferner führte er aus, es hätten sich bei der

vorliegenden neurologischen Begutachtung Hinweise dafür ergeben, dass die anhaltenden und erheblich ausgeprägten orthopädischen und neurologischen Gesundheitsstörungen durch seelische Faktoren mitgestaltet und diese das berufliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers zusätzlich mindern würden. Für seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei sein berufliches Leistungsvermögen nicht unter 50 % gemindert. In den Gebieten der speziellen Schmerztherapie und Psychopharmakologie bestünden noch Behandlungsmöglichkeiten. Da der Auftrag auf die neurologische Begutachtung beschränkt gewesen sei, seien die psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigungen unberücksichtigt geblieben. Es sei indes der Eindruck entstanden, dass diese das berufliche Leistungsvermögen mehr vermindern könnten als die orthopädisch-neurologischen Beeinträchtigungen (act. 33, S. 16 - 19).

- PD Dr. med. C. _____ kam in einem (von der Taggeldversicherung in Auftrag gegebenen) Bericht über die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 16. Juli 2012 zum Schluss, dass die vom Versicherten geschilderten Beschwerden im cervikalen Rückenbereich mit Ausstrahlungen in den linken Arm durch die bildgebenden Verfahren abgestützt seien. Aus der klinischen und palpatorischen Untersuchung resultiere eine starke Einschränkung im Bereich der Brustwirbelsäule. Bei anhaltender Positionseinnahme führe dies zu einer verstärkten muskulären Belastung des Nackens und verursache Schmerzen. Für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei ihm eine Arbeit im Umfang von ca. 6 h pro Tag, unter Einhaltung einer Pause von 0.5 h pro Tag, zumutbar (act. 367).
- Dr. med. D. _____, RAD-Arzt und Facharzt für Chirurgie, führte mit Stellungnahme vom 18. Juli 2012 aus, er könne die vom behandelnden Arzt Dr. med. E. _____ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehen. Spätestens ab dem 20. März 2012, dem Tag nach der Kontrolluntersuchung durch Dr. med. E. _____, welche keine neurologischen Defizite ergeben habe, bestehe aus seiner Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. 41),
- Mit Bericht vom 2. April 2013 führte Dr. med. E. _____ aus, der Beschwerdeführer sei in der Zeit vom 8. Oktober 2010 bis 17. März 2013 in seiner angestammten Tätigkeit als Wirtschaftsingenieur zu 30 % arbeitsunfähig gewesen (act. 88).

- Mit Stellungnahme vom 7. Mai 2013 kam Dr. med. D. _____ zum Schluss, dass die zusätzlich eingereichten medizinischen Unterlagen aus seiner Sicht die bisherige Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht in Frage zu stellen vermöchten (act. 95).
- Mit Stellungnahme vom 12. Juni 2013 hielt Dr. med. D. _____ an seiner bisherigen Beurteilung fest und fügte insbesondere hinzu, dass sich aus den bisherigen Akten keine Hinweise für eine relevante psychiatrische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergeben würden (act. 102).
- In einem weiteren Bericht vom 4. Mai 2015 hielt Dr. med. E. _____ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mediale Gonarthrose beidseits, einen Bandscheibenprolaps C 5/6 mit Wurzelreizung C 6 links, eine Sprunggelenksarthrose rechts, einen Bandscheibenvorfall der Lendenwirbelsäule (LWK 2/3) und eine Bandscheibenprotrusion (L 3/4/5) fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei demgegenüber die Epicondylitis radialis beidseits. Als weiterhin bestehende Einschränkungen seien die anhaltenden Schmerzen, Dysästhesien und die Schwäche im linken Arm sowie Belastungsschmerzen in beiden Kniegelenken festzuhalten. Die Schreibtischarbeit sei erschwert, und es bestünden ein Anlaufschmerz sowie Schmerzen bei Gehstrecken von mehr als 50 - 100 m. Es sei lediglich noch eine Arbeit im Umfang von 2 - 3 Stunden täglich, im Wechsel zwischen Stehen und Sitzen, ohne längeres Gehen und Stehen, zumutbar. Die bestehenden Einschränkungen könnten voraussichtlich durch einen endoprothetischen Ersatz beider Kniegelenke sowie durch eine stationäre Rehabilitationsmassnahme bezüglich der Bandscheibenerkrankung im Bereich der HWS und LWS vermindert werden (act. 145, S. 1 - 9).
- Dr. med. F. _____, Oberarzt am Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland, diagnostizierte mit Bericht vom 8. Juni 2015 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.1); überdies hielt er eine seit dem 11. Februar 2015 bestehende Arbeitsunfähigkeit fest (act. 167).
- In einem Bericht vom 11. Juni 2015 führte Dr. med. E. _____ aus, der Beschwerdeführer stehe derzeit wegen einer akuten Lumboischialgie bei ihm in Behandlung und könne aufgrund einer erheblichen Schmerzsymptomatik derzeit keine mehr als 1 Stunde dauernden Reisen durchführen (act. 173, S. 6).

- Der Psychiater Dr. med. G. _____ bestätigte mit Bericht vom 3. August 2015 die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und führte ergänzend aus, in der gegenwärtigen Lage sei dem Beschwerdeführer die Konfrontation in einer Untersuchungssituation nicht zumutbar (act. 188, S. 2).
- Mit polydisziplinärem Gutachten (Fachbereiche Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Neuropsychologie) vom 7. April 2017 hielten die Experten des H. _____ als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine zervikale Bewegungseinschränkung bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule sowie eine medialbetonte Gonarthrose rechts, ohne namhafte Funktionseinschränkung, fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie ein sensibles Defektsyndrom nach Wurzelkompression C 6 links, eine Adipositas Grad I, eine arterielle Hypertonie, eine Persönlichkeitsakzentuierung mit im Vordergrund stehenden narzistischen und anankastischen Anteilen (ICD-10 Z 3.1 [recte: Z 73.1]) und eine teilremittierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) an. Ferner führten sie aus, dass zwischen den jeweiligen Diagnosen keine Wechselwirkungen bestünden. Es sei eine ambulante psychiatrische Behandlung bis zum Erreichen einer Vollremission zu empfehlen. Es hätten sich keine Hinweise für eine namhafte Incompliance, Diskrepanzen oder Inkonsistenzen ergeben. Anamnestisch bestünden eine Selbständigkeit, Selbstversorgung sowie eine soziale Integration und Aktivität. Unter Berücksichtigung aller Teilgutachten, der dabei erhobenen Anamnesen und Befunde sowie der Aktdaten kämen sie zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten sowie in jeder anderen, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht als dauerhaft limitiert anzusehen sei. In orthopädischer Hinsicht ergebe sich eine dauerhafte medizinisch-theoretische Limitation mit einem Ausschluss von körperlich schwerer Arbeit und von Tätigkeiten mit häufigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule (H. _____-Gutachten, S. 55 - 66; act. 308).
- Mit Stellungnahme vom 3. Mai 2017 kam RAD-Arzt Dr. med. I. _____ zum Schluss, dass auf das Ergebnis des H. _____-Gutachtens abgestellt werden könne. Es sei dementsprechend nicht von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. 315).

- In einem Kurzzustest vom 18. Juli 2017 hielt Dr. med. E. _____ fest, beim Beschwerdeführer bestünden ein Bandscheibenvorfall der HWS mit Nervenkompression sowie ein rezidivierendes chronisches Schmerzsyndrom. Entgegen der Argumentation der H. _____-Gutachter könne vorliegend nicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Wirtschaftsingenieur ausgegangen werden (act. 336).

- Dr. med. E. _____ hob mit Bericht vom 31. Juli 2017 überdies hervor, dass entgegen der Schlussfolgerung im H. _____-Gutachten für den bisherigen Beruf als Wirtschaftsingenieur keine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe. Es läge ein Bandscheibenvorfall der HWS mit Kompression der Nerven vor. Der Beschwerdeführer leide an andauernden Schmerzen im linken Arm und etwas weniger auch im rechten Arm. Vom Gutachter werde der Schmerz im Bereich der Cervico brachiale bezogen auf eine Schmerzskala (mit den Bereichen 0 – 10) mit den Werten 8 bis 9 beschrieben. Es würden laufend physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt, und der Beschwerdeführer müsse häufig Antiphlogistika (Ibuprofen) einnehmen. Auch im Bereich der LWS bestehe ein Bandscheibenvorfall, welcher insbesondere bei längerem Sitzen oder Stehen zu einer Beschwerdeverstärkung führe. Überdies bestünden an den Kniegelenken rezidivierende Gelenkergüsse bei einer Arthrose 4. Grades. Aufgrund dieser Einschränkungen sei eine Tätigkeit von 100 % selbst in einem vorwiegend sitzenden Beruf wie jenem des Wirtschaftsingenieurs nicht zumutbar. Er halte eine maximale Arbeitsbelastung von 50 % für angemessen (act. 337).

- Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemein-, Betriebs-, Sport- und Umweltmedizin, erstattete am 4. Oktober 2017 ein vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebenes Aktengutachten. Darin kam er zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer in seiner bisherigen wie auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt lediglich noch eine 50%ige Einsatzfähigkeit zugemutet werden könne. Zur Begründung führte er aus, dass die bestehenden Bandscheibenschädigungen an der LWS und HWS mit sensomotorischen Begleiterscheinungen zu einer deutlichen Einschränkung bei der beruflich erforderlichen Bildschirmtätigkeit führen würden. Auch die nachgewiesene Abnützung beider Kniegelenke stelle eine merkliche Beeinträchtigung am Arbeitseinsatz dar. Das Ausmass der privaten Aktivitäten scheine im H. _____-Gutachten nicht tief genug ausgelotet und in seiner Bedeutung gewichtet worden zu sein. Die von Dr.

med. F._____ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mit Durchschlafstörung sei laut Angaben des Beschwerdeführers bis heute vorhanden. Diese werde mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch die hinzugekommene chronische Schmerzsituation negativ „getriggert“; umgekehrt wirke sich Depression auch negativ auf die Schmerzstörung aus. Dies wirke sich auf das Erwerbsleben dahingehend aus, dass sich der Beschwerdeführer nur schwer in sein berufliches Umfeld einzugliedern vermöge und mit deutlichen Problemen bei der Umsetzung seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu kämpfen habe. Mit einer relevanten Verbesserung der gesundheitlichen Situation mit signifikanter Verbesserung der beruflichen Einsatzmöglichkeiten sei nicht mehr zu rechnen (act. 338).

- Dr. med. K._____, Oberarzt an der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen, führte mit Bericht vom 31. August 2017 aus, beim Beschwerdeführer bestehe ein multisegmentales spondylogenes Schmerzsyndrom, wobei die HWS und die LWS massive degenerative Veränderungen aufzeigten. Hauptbefund im Bereich der HWS sei sicherlich die Stenose mit vollständig aufgebrauchtem Liquorsaum auf der Höhe C 6/7. Gleiches gelte für die Lendenwirbelsäule; auch hier zeigten sich multisegmentale degenerative Veränderungen mit Punctum-Maximum L 4/5. Er halte es derzeit für unrealistisch, dass der Beschwerdeführer zu 100 % seine berufliche Tätigkeit ausüben könne. Längeres Sitzen oder Stehen sei sicher nicht mehr tolerabel. Er gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer für eine tägliche Arbeitsbelastung für leichte, rückenadaptierte Tätigkeiten im Umfang von 4 - 5 Stunden einsetzbar sei (act. 339).
- RAD-Arzt Dr. med. L._____, FMH Allgemeine Medizin, kam mit Stellungnahme vom 12. Dezember 2017 zum Schluss, dass die im Anschluss an die H._____-Begutachtung eingereichten Arztberichte und Gutachten die gutachterlichen Schlussfolgerungen in Bezug auf die Leistungsfähigkeit nicht in Frage zu stellen vermöchten. Zur Begründung wies er darauf hin, dass das arbeitsmedizinische Gutachten von Dr. med. J._____ aus Sicht des RAD aufgrund der fehlenden persönlichen Untersuchung nicht massgebend sei. Die von Dr. med. K._____ attestierte Leistungsfähigkeit von 4 bis 5 Stunden für leichte und rückenadaptierte Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar, denn die Hypästhesie im Dermatome C 6 sei im H._____-Gutachten erhoben worden, und aufgrund des sonst normalen klinischen Befundes an

den Extremitäten sei die Einschränkung nicht nachvollziehbar (act. 355).

- RAD-Arzt Dr. med. M. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter Gutachter SIM, kam mit Stellungnahme vom 22. Januar 2018 zum Schluss, dass derzeit nur noch eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit im Vordergrund stehenden narzistischen und anankastischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) bestünden. Eine wahnhaft Symptomatik liege nicht vor, und es bestehe auch keine Störung im Bereich der Schmerzproblematik. Es lägen keine Anhaltspunkte für die Annahme vor, dass depressive Episode länger als ein Jahr gedauert habe. Im Zeitpunkt der Begutachtung vom 13. Dezember 2016 habe keine depressive Symptomatik mehr bestanden, so dass auch keine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht attestiert werden könne (act. 357).
- Dr. med. M. _____ führte in einer weiteren Stellungnahme vom 30. Mai 2018 aus, entgegen der Argumentation der Rechtsvertreterin könne für die Zeit von 2015 bis Ende Juni 2017 nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit auf eine volle Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Dass der Beschwerdeführer die Medikamenteneinnahme gestoppt und auch die Psychotherapie abgebrochen habe, lasse vielmehr auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes schliessen. Aufgrund der Akten und des Gutachtens lasse sich für die fragliche Zeit nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit auf eine Arbeitsunfähigkeit irgendwelchen Ausmasses schliessen (act. 372).
- Mit ergänzender Stellungnahme vom 17. Juni 2018 hielt RAD-Arzt Dr. med. L. _____ nach erneuter Prüfung des Gutachtens von Dr. med. J. _____ an seiner Schlussfolgerung fest, dass dem Beschwerdeführer aufgrund des H. _____-Gutachtens eine körperlich leichte Arbeit in Wechselhaltung als Wirtschaftsingenieur auch mit Reisetätigkeit vollzeitig zumutbar sei. Zur Begründung führte er aus, aufgrund der Beschreibung im Gutachten handle es sich beim Beruf des Wirtschaftsingenieurs um eine körperlich leichte Tätigkeit in Wechselhaltung, verbunden mit einer Reisetätigkeit. Die Feststellung, dass der Beschwerdeführer maximal eine Gehstrecke von 100 m bewältigen könne und danach zwingend eine Pause einzulegen habe, stütze sich ausschliesslich auf die subjektiven Angaben. Ferner bestehe eine Bandscheibenschädigung der HWS mit sensomotorischer Beteiligung,

Störung der Feinmotorik und Faustschlusschwäche; es fehle diesbezüglich allerdings an einem objektiven somatischen Befund. Ein radikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom der Beine sei nicht dokumentiert, und die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei normal erhalten. In Bezug auf die beidseitige Gonarthrose werde einzig eine aufgehobene Hocke beschrieben. Die maximale Flexion der Kniegelenke sei im Rahmen der angestammten Tätigkeit ohne Weiteres vermeidbar. Die Schlafstörung sei durch eine angepasste Medikation unter Vermeidung von Nebenwirkungen zumutbar behandelbar, und die Hypertonie sei kein limitierendes Leiden. Schliesslich sei der anerkannte Grad der Behinderung von 50 % in der Schweiz nicht massgebend (act. 374).

3.2

Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob die eingeholten Gutachten und Arztberichte eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben.

3.2.1 Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung werden vorliegend nicht geltend gemacht und sind zudem weder aus dem H. _____-Gutachten noch aus den weiteren Akten ersichtlich, so dass kein Ausschlussgrund vorliegt und von der Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens nicht abgesehen werden darf (vgl. dazu H. _____-Gutachten, S. 49 und 54).

3.2.2 Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Nach der neuen Rechtsprechung haben sich die Gutachter an der Umschreibung der Diagnose in den medizinischen Klassifikationssystemen zu orientieren. Überdies haben sie dem diagnoseinhärenten Schweregrad vermehrt Rechnung zu tragen. Weil die Verwaltung und die Gerichte für diese Feststellungen nicht kompetent sind, müssen die Sachverständigen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender sie nachvollziehen können (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und 2.2).

Vorliegend fehlt es im erwähnten Gutachten mehrheitlich an einer exakten Festlegung der Diagnosen nach Massgabe eines anerkannten medizinischen Klassifikationssystems (ICD-10, DSM-IV oder andere anerkannte Klassifikation; vgl. dazu BGE 130 V 396 E. 5.3.3 und 6; Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 2.2 und 9C_822/2014 vom

29. Oktober 2015 E. 4.2). Aus orthopädischer Sicht werden diesbezüglich lediglich in pauschaler Weise die zervikale Bewegungseinschränkung bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule sowie eine medialbetonte Gonarthrose rechts, ohne namhafte Funktionseinschränkung, festgehalten. Über die Klassifikation der Gonarthrose (vgl. dazu ICD-10: M.17.0 - M 17.9) und der degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit zervikaler Bewegungseinschränkung (vgl. dazu ICD-10 M 47.00 - 47.03) ist dem H._____ -Gutachten nichts zu entnehmen (vgl. dazu Gutachten, S. 31 und S. 55; act. 308). Lediglich die psychiatrischen Diagnosen wurden unter Hinweis auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit im Vordergrund stehenden narzistischen und anankastischen Anteilen (ICD-10 Z 3.1 [recte: Z 73.1]) und eine teilremittierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) nach der ICD-10-Kodierung klassifiziert (H._____ -Gutachten, S. 38).

Bezüglich der psychiatrischen Diagnosen fällt zudem auf, dass der psychiatrische Gutachter med. pract. Jörg Polak die sowohl von Dr. med. F._____ als auch von Dr. med. G._____ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, welche mit seit der Scheidung im Jahr 1999 immer wieder auftretenden depressiven Verstimmungen begründet worden ist (act. 167 und 188, S. 2), verneint mit dem pauschalen Vermerk, der Beschwerdeführer habe „im Rahmen der hiesigen Untersuchung keine früheren depressiven Phasen erwähnt“ (Gutachten, S. 40; act. 308/42). Die abweichende psychiatrische Diagnose erweist sich unter diesem Aspekt als nicht plausibel und damit als nicht nachvollziehbar begründet.

Daraus folgt, dass ein wesentlicher Teil der Diagnosen nicht schlüssig und detailliert begründet ist. Diesbezüglich erweist sich das H._____ -Gutachten als unvollständig.

3.2.3 Die Kategorie „funktioneller Schweregrad“ beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidsbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). In dieser Kategorie sind die Komplexe der „Gesundheitsschädigung“, der „Persönlichkeit“ und des „sozialen Kontextes“ zu unterscheiden.

3.2.3.1 Mit Bezug auf den Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu nennen.

Nicht in jeder Hinsicht umfassend geklärt wurde vorliegend von den Gutachtern die Frage, in welcher Ausprägung die diagnoserelevanten Befunde bestehen. Dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist nach der neuesten Rechtsprechung vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108; 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Diesem Kriterium kommt erhebliche Bedeutung zu (MICHAEL E. MEIER, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter 11. Juli 2016, S. 21 Rz. 109 mit zahlreichen Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung).

Dem Gutachten ist namentlich keine eigentliche Verbindung zwischen den erhobenen Befunden und deren Ausprägung und diesen Diagnosen zu entnehmen. In Bezug auf die psychiatrische Beurteilung werden zwar die ICD-10-Codierungen für die Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z 3.1 [*recte*: Z 73.1]) und die teilremittierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) festgehalten. Diesbezüglich geht der psychiatrische Gutachter allerdings davon aus, dass die Depression lediglich teilweise remittiert sei, so dass noch von einer leichtgradigen psychischen Beeinträchtigung, allerdings *ohne erhebliche* Auswirkung auf die Alltags- und Arbeitsfähigkeit, auszugehen sei (act. 308, S. 36 f. und S. 59). Mit Blick auf diese Ausführungen kann der psychiatrischen Diagnose nicht von vornherein jeglicher Einfluss auf die Leistungsfähigkeit abgesprochen werden, zumal rechtprechungsgemäss auch der Einfluss von leicht- bis mittelgradigen Depressionen auf die verfügbaren Ressourcen zu würdigen ist (vgl. dazu nachfolgende E. 3.2.4; BGE 143 V 418 E. 8.1). Insoweit wird der diagnose-inhärente Schweregrad der Depression zu wenig klar erläutert. Insbesondere wird nicht schlüssig begründet, weshalb die teilremittierte Depression im Zeitpunkt der Begutachtung als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wird. Der psychiatrische Gutachter führt zudem auch nicht klar aus, inwiefern sich die Depression beim Beschwerdeführer zumindest noch ressourcenhemmend auswirken könnte.

Aus orthopädischer Sicht fällt sodann auf, dass die von Dr. med. E._____ mit Bericht vom 4. Mai 2015 diagnostizierte Arthrose des rechten Sprunggelenks (act. 145, S. 5) nicht aufgeführt worden und damit auch in ihrer Ausprägung ungeklärt geblieben ist (vgl. dazu H._____ -Gutachten, S. 53; act. 308/54; vgl. dazu auch EFL-Bericht vom 16. Juni 2012, S. 2 und 5; act. 367/2 und 367/5). Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang dieses Leiden eine Leistungsbeeinträchtigung zur Folge hat, wird im Gutachten nicht ausgeführt. Immerhin hat der Beschwerdeführer diesbezüglich geltend gemacht, dass er die (zwar nicht täglich, aber immer wieder

auftretenden, mit einem Hinken verbundenen) Schmerzen in seinem Sprunggelenk auf der Schmerzskala mit 6 bis 7 bewerte (H._____ -Gutachten, S. 27; act. 308/26).

Insgesamt lassen sich dem H._____ -Gutachten keine in jeder Hinsicht zuverlässigen Aussagen zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ableiten. In dieser Hinsicht fehlt es demnach an einer schlüssigen Begründung (vgl. dazu z.B. Urteil des BGer 8C_198/2018 vom 19. Oktober 2018 E. 3.4.1).

3.2.3.2 Aus dem Gutachten geht sodann hervor, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Begutachtung weder eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung noch eine Schmerztherapie in Anspruch genommen hat. Er beschränkte sich im Zeitpunkt der Begutachtung auf die Einnahme des Schmerzmittels Ibuflam (1 bis 2 Tabletten à 600 mg ca. dreimal pro Woche; Gutachten, S. 27; act. 308/26). Die fehlende Inanspruchnahme von psychiatrischen respektive psychotherapeutischen und schmerzlindernden Therapien ist zwar als Indiz dafür zu werten, dass die Beschwerden kein erheblich leistungsminderndes Ausmass erreicht haben. Dieser Verzicht ist mithin insoweit relevant, als der Verlauf und der Ausgang der Therapien weiterhin wichtige Schweregradindikatoren bleiben (BGE 143 V 409 E. 4.4 und 4.5.2). Der Verzicht auf konsequente und systematische Therapien rechtfertigt für sich allein jedoch noch nicht den Schluss auf eine fehlende Invalidisierung.

3.2.3.3 In Bezug auf den Aspekt der Komorbiditäten fordert die neue Rechtsprechung eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Unter dem Aspekt der Komorbiditäten ist vorab darauf hinzuweisen, dass Beschwerden als Begleiterkrankungen nur dann als rechtlich relevant eingestuft werden können, wenn ihnen eine eigenständige, invalidisierende Bedeutung zukommt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Eine blosser Z-Diagnose kann demnach von vornherein keine Komorbidität darstellen (Urteil des BGer 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1; SVR 2011 IV Nr. 17 [9C_98/2010] E. 2.2.2 und SVR 2012 IV [9C_1040/2010] Nr. 1 E. 3.4.2.1), Sie ist indes allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen. Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt allerdings grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Selbst wenn die Annahme des psychiatrischen

Gutachters zutreffen sollte, dass die teilremittierte mittelgradige Depression für sich allein keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, so schliesst dies nicht aus, dass diese zusammen mit anderen Befunden, wie insbesondere der Schmerzproblematik, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (BGE 143 V 418 E. 5.1 und 8.1).

Vorliegend haben die Gutachter nicht abschliessend geklärt, inwiefern zwischen den somatischen und den psychiatrischen Diagnosen Wechselwirkungen bestehen (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-1582/2016 vom 11. September 2017 E. 4.2.4). Die pauschale Antwort der Gutachter, es bestünden zwischen den verschiedenen erhobenen Diagnosen in Bezug auf ihre funktionellen Auswirkungen keine Wechselwirkung (Gutachten, S. 56; act. 308/59), wird in keiner Weise begründet und ist demnach nicht nachvollziehbar.

3.2.4 Was den Komplex Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) anbelangt, hat der psychiatrische Gutachter beim Beschwerdeführer eine Persönlichkeitsakzentuierung mit im Vordergrund stehenden narzistischen und anankastischen Anteilen (ICD-10: Z73.1) diagnostiziert. Eine Auseinandersetzung darüber, inwiefern dieser Persönlichkeit ressourcenhemmende Wirkung zukommt, wurde von den Gutachtern des H. _____ nicht vorgenommen. Damit ist nicht abschliessend geklärt, ob der Beschwerdeführer noch über die erforderlichen Ressourcen verfügt, um trotz der noch nicht remittierten Depression und der erheblichen Schmerzproblematik eine volle Leistung zu erbringen. Die mit BGE 143 V 418 begründete neue Praxis erfordert zwingend auch eine Prüfung der Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang einer Diagnose für sich allein oder aber auch im Verbund mit anderen Krankheitsbildern eine ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Damit fehlt es vorliegend an einer nachvollziehbaren Begründung für die angenommene Leistungsfähigkeit. Es liegt insbesondere keine nachvollziehbare und verlässliche medizinische Grundlage zur Beurteilung der Auswirkungen des Schmerzzustandes auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vor. Nach der mit dem genannten Grundsatzentscheid begründeten Rechtsprechung ist dem „diagnoseinhärenten“ Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 141 V 281 E. 2.1). Die Diagnose dient nach dieser Rechtsprechung nicht nur der gesicherten Feststellung des Krankheitsbildes, sondern ist darüber hinaus auch Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen (BGE 141 V 281 E. 2.1.2 S. 286 f.).

3.2.5 Mit Blick auf den „sozialen Kontext“ sollen rechtsprechungsgemäss nicht nur belastende, sondern auch positive Lebensumstände berücksichtigt werden (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1). In dieser Hinsicht geht aus dem H._____-Gutachten hervor, dass der geschiedene Beschwerdeführer im Haus seiner Mutter lebt, eine Fernbeziehung mit einer in Bayreuth wohnenden Partnerin pflegt und auch mit seinem erwachsenen Sohn noch in Kontakt steht (H._____-Gutachten, S. 17 und 36; act. 308/16 und 308/38) Der Aspekt des sozialen Kontextes wurde im Gutachten zwar nicht ausführlich, im Ergebnis aber doch hinreichend abgeklärt. Ein sozialer Rückzug kann vorliegend ausgeschlossen werden, und es ist davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer aus seinem sozialen Umfeld auf einige mobilisierbare Ressourcen zurückgreifen kann.

3.2.6 Bei der Konsistenzprüfung geht es schliesslich um die Beurteilung der Frage, ob die geltend gemachten Einschränkungen im beruflichen Bereich mit den privaten Aktivitäten im Einklang stehen oder ob sich aus diesem Vergleich Widersprüche oder Unstimmigkeiten ergeben. Dem H._____-Gutachten sind diesbezüglich keine Diskrepanzen zu entnehmen. Im Gegenteil haben die Gutachter Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation ausdrücklich verneint (Gutachten, S. 54; act. 308/53) und auch keine Hinweise für eine Incompliance festgestellt (Gutachten, S. 58; act. 308/58).

3.3 Aus dem vorstehen Dargelegten folgt, dass das H._____-Gutachten keine schlüssige Beurteilung im Lichte aller massgeblichen Indikatoren erlaubt. Es liegen folglich keine beweiskräftigen medizinischen Angaben vor, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erlauben würden.

3.4 Die festgestellten Mängel werden zudem auch nicht durch die Stellungnahmen des RAD kompensiert, zumal sich diese im Wesentlichen auf eine Wiedergabe der Schlussfolgerungen im H._____-Gutachten beschränken (vgl. dazu Stellungnahme Dr. med. I._____- vom 3. Mai 2017, act. 315; Stellungnahme Dr. med. L._____- vom 12. Dezember 2017, act. 355; Stellungnahme von Dr. med. M._____- vom 22. Januar 2018; act. 357; Stellungnahme von Dr. med. L._____- vom 24. April 2018, act. 370; Stellungnahme von Dr. med. M._____- vom 31. Mai 2018, act. 372; Stellungnahme von Dr. med. L._____- vom 17. Juni 2018, act. 374).

3.5 Schliesslich gilt es zu beachten, dass sich weder im H._____-Gutachten noch in den versicherungsinternen Stellungnahmen des RAD eine

hinreichend fundierte Auseinandersetzung mit den abweichenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der behandelnden Ärzte und Spezialisten findet. Zwar darf ein Administrativgutachten nicht bereits deshalb in Frage gestellt und zum Anlass für weitere Abklärungen genommen werden, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Anders verhält es sich dagegen in Fällen, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil behandelnde Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des BGer 8C_733 vom 29. März 2018 E. 4.3.3; 8C_362/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 4).

Im vorliegenden Fall hat nicht nur der behandelnde Arzt erhebliche Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit attestiert (vgl. dazu Berichte von Dr. med. E. _____ vom 4. Mai 2015 [Arbeitstätigkeit von 2 - 3 Stunden täglich, im Wechsel zwischen Stehen und Sitzen], und vom 31. Juli 2017 [maximale Arbeitsbelastung von 50 %], act. 145, S. 9). Vielmehr hat bereits die im Juli 2012 durchgeführte EFL ergeben, dass als Folge der starken Beschwerden im Hals- und Brustwirbelbereich lediglich eine Arbeitsfähigkeit von rund 6 h pro Tag, unter Einhaltung einer Pause von 0.5 h pro Tag, zumutbar sei (Bericht vom 16. Juli 2012; act. 367, S. 5). Hinzu kommt, dass auch Dr. med. K. _____, Oberarzt an der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen, mit Bericht vom 31. August 2017 eine tägliche Arbeitsbelastung für leichte, rückenadaptierte Tätigkeiten im Umfang von nur 4 bis 5 Stunden als möglich und zumutbar bewertet hat (act. 339, S. 2). Damit im Einklang steht die Schlussfolgerung im Privatgutachten von Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemein-, Betriebs-, Sport- und Umweltmedizin, vom 4. Oktober 2017, wonach dem Beschwerdeführer in seiner bisherigen wie auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt lediglich noch eine 50%ige Einsatzfähigkeit zugemutet werden könne (act. 338, S. 7 ff. und S. 12). Mit dem blossen Hinweis auf die aktuelle Anamnese zur körperlichen Aktivität im Alltag und die gute spontane Mobilität „im hiesigen klinischen Eindruck“ (H. _____-Gutachten, S. 62; act. 308/61) lassen sich die bestehenden erheblichen Diskrepanzen vorliegend nicht plausibel erklären.

Eine ausführliche und kritische Auseinandersetzung mit den abweichenden Leistungsbeurteilungen wäre im konkreten Fall zwingend geboten gewesen (vgl. zu diesem Erfordernis GABRIELA RIEMER-KAFKA [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 25 und S. 57). Die Auseinandersetzung mit Berichten und Expertisen, welche von den der Verfü-

gung zugrunde gelegten internen Stellungnahmen und dem Gutachten abweichen, ist deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (vgl. Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352).

3.6 Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass das Versorgungsamt der Region Oberpfalz beim Beschwerdeführer mit Beschluss vom 18. August 2011 einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 festgehalten hat (act. 80/12 - 15). Die Bezeichnungen „Grad der Behinderung“ in Deutschland und „Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit“ in der Schweiz sind indes nicht vergleichbar. Der GdB gemäss den Bestimmungen im Sinne des IX. SGB (bzw. gemäss dem deutschen Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft vom 26. August 1986 [BGBl I S. 1421, 1550; SchwbG] als dessen Rechtsvorgänger) ist – anders als der Invaliditätsgrad in der schweizerischen Invalidenversicherung, der sich, wie erwähnt, aus der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit und der damit einhergehenden finanziellen Erwerbseinbusse herleitet – nicht oder nur sehr bedingt ein wirtschaftlicher Begriff (vgl. Urteil des BVGer C-7767/2007 vom 11. Dezember 2009 E. 6.6 m.H.). Daher können hieraus keine verlässlichen Schlussfolgerungen in Bezug auf die Einschränkung der Leistungsfähigkeit respektive die Erwerbsunfähigkeit gezogen werden.

3.7 Insgesamt fehlt es nach dem Gesagten sowohl im H. _____-Gutachten wie auch in den Stellungnahmen des RAD an einer nachvollziehbaren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie insbesondere auch an einer die bestehenden Diskrepanzen ausräumenden Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Ärzte und Spezialisten, den Privatgutachten, dem Ergebnis der EFL, sowie insbesondere auch an einer die Wechselwirkungen zwischen somatischen, psychischen und schmerzbedingten Beschwerden berücksichtigenden Gesamtbetrachtung. Dass die Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens für die psychiatrischen Diagnosen nicht rechtsgenügend beachtet worden sind, ist insoweit nachvollziehbar, als die entsprechende, mit den Urteilen 8C_841/2016 und 8C_130/2017 vom 30. November 2017 begründete neue bundesgerichtliche Praxis (publiziert in BGE 143 V 408 und 143 V 418) zum Zeitpunkt der Erstellung des H. _____-Gutachtens vom 7. April 2017 noch keine Geltung hatte.

4.

4.1 In Bezug auf die erwerblichen Verhältnisse geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer am 25. Juli 2016 bei der esmo AG einen vom 1. August 2016 bis 31. Juli 2018 befristeten Arbeitsvertrag als „Manager After Sales & Service“ unterzeichnet hat (act. 275). Dieses Arbeitsverhältnis wurde von Seiten der Arbeitgeberin bereits am 2. November 2016, noch während der laufenden Probezeit, mit Wirkung per 16. November 2016 gekündigt (act. 295). Die Ursachen der Auflösung dieses Arbeitsverhältnisses wurden von der Vorinstanz offenbar nicht abgeklärt.

4.2 Aus tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten können sich allerdings gegebenenfalls wertvolle Hinweise für die Beurteilung der Frage ergeben, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten des Versicherten noch in Frage kommen respektive zumutbar sind (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_119/2008 vom 22. September 2008 E. 6.2). Darüber hinaus lassen sich aus den Angaben des Arbeitgebers zum Stellenbeschrieb, zur Erfüllung der Aufgabenbereiche sowie zum Kündigungsgrund häufig Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit und/oder Persönlichkeit der versicherten Person gewinnen.

Aufgrund dieser Ausgangslage wäre die Vorinstanz in Nachachtung ihrer Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) gehalten gewesen, von der letzten Arbeitgeberin (esmo AG) detaillierte schriftliche Auskünfte zum Arbeitsverhältnis (Aufgabenbereiche, Qualifikation der Leistung etc.) und zum Kündigungsgrund einzuverlangen. Im Rahmen ihrer erneuten Prüfung wird die Vorinstanz demnach auch die erwerblichen Verhältnisse der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu klären haben.

5.

5.1 Zusammengefasst folgt aus dem Gesagten, dass die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und sie den rechtserheblichen Sachverhalt unvollständig festgestellt hat. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben. 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 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 die Vorinstanz – wie vorliegend in Bezug auf die psychiatrischen Diagnosen – den Leistungsanspruch noch nicht nach der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung geprüft hat und die massgeblichen Fragen im Zusammenhang mit erhöhten Anforderungen an die Diagnosestellung und dem strukturierten Beweisverfahren in Nachachtung dieser neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch ungeklärt sind (vgl. Urteil des BGer 9C_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteile des BVGer C-4329/2014 vom 11. Januar 2017 E. 10.2, C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 E. 7 und C-4265/2014 vom 21. Januar 2016 E. 7). Die Beurteilung des Leistungsanspruchs muss sich für alle Fachbereiche auf eine aktuelle Aktenlage stützen, weshalb die Vorinstanz nach Aktualisierung der medizinischen Akten bei bisher nicht mit der Beurteilung des Beschwerdeführers befassten medizinischen Fachpersonen in der Schweiz ein interdisziplinäres MEDAS-Gutachten einzuholen haben wird. Darüber hinaus wird die Vorinstanz bei der letzten Arbeitgeberin (esmo AG) detaillierte Angaben zum Stellenbeschrieb, zur Erfüllung der Aufgabenbereiche, zur Qualifikation der Leistung sowie zum Kündigungsgrund einzuholen haben.

5.2 Nach Vorliegen einer beweiskräftigen medizinischen Beurteilungsgrundlage wird die Vorinstanz – mit Blick auf die absehbare Pensionierung des Beschwerdeführers – zudem die Frage der Verwertung der Restarbeitsfähigkeit zu prüfen haben. Erst wenn aufgrund einer beweiskräftigen Expertise verlässlich feststeht, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang dem Beschwerdeführer spezifisch umschriebene Verweistätigkeiten noch möglich und zumutbar sind, kann zu dieser Frage abschliessend Stellung bezogen werden. Dies gilt auch bei fortgeschrittenem Alter der versicherten Person und nurmehr relativ kurzer Aktivitätsdauer (statt vieler: Urteile des BGer 9C_183/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 5.2.1; 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 [SVR 2017 IV Nr. 85] E. 3.3.1; 9C_536/2015 vom 21. März 2016 E. 4.2; 9C_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 4.1.2).

5.3 Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Angesichts der multiplen Beeinträchtigungen ist erneut eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz durchzuführen; dabei sind insbesondere auch für den Fachbereich der Psychiatrie sämtliche Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens zu beachten (BGE 143

V 418 E. 6 ff.; vgl. auch Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVerfG C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3).

Aufgrund der zur Diskussion stehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen drängt sich ein interdisziplinäres Gutachten insbesondere unter Einbezug der im H. _____-Gutachten bereits berücksichtigten Fachbereiche (Innere Medizin, Orthopädie bzw. Orthopädische Chirurgie, Psychiatrie, Neurologie und Neuropsychologie) auf. Ob daneben noch Spezialisten aus weiteren Fachgebieten beizuziehen sind, wird dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter überlassen.

5.4 Im Rahmen der erneuten Begutachtung in der Schweiz ist die neue Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem zu ermitteln und sind dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

5.5 Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 2. Juli 2018 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen und zur Neubeurteilung im Sinne von Ziff. 5.1 - 5.4 der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

6.

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihm der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

(Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die Verfügung vom 2. Juli 2018 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne von Ziff. 5.1 - 5.4 der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

2.

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

3.

Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Roland Hochreutener

(Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen).

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: