

BVGer C-1136/2015 vom 28. September 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1136_2015

FR: TAF C-1136/2015 du 28 septembre 2016

IT: TAF C-1136/2015 del 28 settembre 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Die am 20. Februar 2015 bei der mazedonischen Post aufgegeben, in englischer Sprache verfasste Beschwerde vom 17. Februar 2015 erfolgte frist- und formgerecht (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG, Art. 60 ATSG, Art. 32 und Art. 38 Abs. 1 des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit vom 9. Dezember 1999 [SR 0.831.109.520.1]; nachfolgend auch: Abkommen Schweiz-Mazedonien; vgl. auch E. 3.1 nachstehend). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde vom 17. Februar 2015 einzutreten.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.] Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

E. 2.2

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

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist mazedonischer Staatsangehöriger und war in der Schweiz wohnhaft und erwerbstätig. Aktuell lebt er in Mazedonien. Damit gelangt das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit vom 9. Dezember 1999 zur Anwendung. Namentlich sind mazedonische

Staatsangehörige grundsätzlich in ihren Rechte und Pflichten aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften den Schweizerischen Staatsangehörigen gleichgestellt (Art. 4 Ziff. 1 Abkommen Schweiz-Mazedonien). Im Übrigen richtet sich der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung nach schweizerischem Recht (Art. 1b und 6 IVG).

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 8. Januar 2015 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.1

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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

E. 4.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung), soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen. Im vorliegenden Fall sieht Art. 5

Ziff. 2 des Abkommens Schweiz-Mazedonien keine abweichende Regelung vor. Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 4.3

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 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).

E. 4.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGER 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 5.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn damit glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV [SR 831.201]). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht einer neuen Prüfung so lange entgegen, als der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Damit soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3). Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung dieser Eintretensvoraussetzung über einen gewissen Spielraum. So wird sie namentlich berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt und an die Glaubhaftmachung dementsprechend mehr oder weniger hohe Anforderungen stellen (Urteil des BGER 8C_531/2013 vom 10. Juni 2014 E. 4.1.2).

E. 5.2

Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung. Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, d.h. bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanmeldung. Für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung ist somit der Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, resp. die Aktenlage bei Erlass dieser Verfügung massgeblich (Urteil des BGER 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1 m.H. auf BGE 130 V 64 E. 5.2.5).

E. 5.3

Die versicherte Person hat mit der Neuanschuldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft zu machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil 8C_244/2016 E. 2.2 m.H.).

E. 6

Die letzte umfassende materielle Prüfung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers erfolgte mit der rentenabweisenden Verfügung vom 6. Mai 2014. Umstritten und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer glaubhaft gemacht hat, dass sich der Sachverhalt zwischen dem 6. Mai 2014 und dem 8. Januar 2015, dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung, rentenrelevant verändert hat.

E. 6.1

Der für die Verfügung vom 6. Mai 2014 massgebliche Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ergibt sich aus dem interdisziplinären Gutachten vom 6. Januar 2014 (act. 140) und präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 6.1.1

Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.1/F 33.2); chronische Beschwerden der gesamten rechten unteren Extremität (ICD-10 M 79.60/T 93.2/Z 98.8) und koronare 2-Ast-Erkrankung (ICD-10 I 25.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom unter zervikaler und lumbaler Betonung (ICD-10 M 54.80); unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R 52.9); Verdacht auf Medikamentenmalcompliance (ICD-10 Z 91.1); fortgesetzter Nikotinabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F 17.1); Dyslipidämie (ICD-10 E 78.0) und chronische Gastritis (ICD-10 K 29.5; act. 140-18 f.).

E. 6.1.2

In allgemeininternistischer Hinsicht stellte Dr. med. G. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, ein Schonhinken rechts und rezidivierende Episoden mit ruckartigem Zittern des rechten Beines fest. Im Übrigen waren die Befunde unauffällig bzw. wurde auf die weiteren spezialärztlichen Untersuchungen verwiesen. Allgemeininternistisch wurde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert (act. 140-7).

E. 6.1.3

Nach Dr. med. H. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, würden die objektiven Befunde einen Beschwerdeführer mit Tremor auf der linken Körperhälfte mit monotoner Sprachgestaltung, Einsilbigkeit und starrer Affektlage zeigen. Der Beschwerdeführer wirke insgesamt verlangsamt. Im Zusammenhang mit den Ängsten und der Schlafstörung könne daher von einer rezidivierenden depressiven Störung mit leichter bis mittelgradiger Episode

ausgegangen werden. Hinweise für eine mittelgradige oder schwere depressive Episode seien hingegen eher nicht vorhanden, es bestehe kein Morgentief, kein umfassender sozialer Rückzug, kein Libidoverlust, auch erweise sich der Beschwerdeführer als reisefähig. Weiter wurde festgestellt, dass die gegenwärtige psychopharmakologische Behandlung ungenügend erscheine. Die gemessenen Serumwerte würden unter der Nachweisgrenze liegen, sodass vermutet werden müsse, der Beschwerdeführer nehme die verordneten Medikamente nicht regelmässig ein. Bei einer konsequenten Einnahme wäre mit einer Aufhellung der depressiven Symptome zu rechnen. Medikamentös unbehandelt könne dem Beschwerdeführer aufgrund seiner psychischen Störung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 % attestiert werden (act. 140-10).

E. 6.1.4

In orthopädischer Hinsicht hielt Dr. med. I._____, FMH Orthopädische Chirurgie, fest, der Beschwerdeführer hätte sich geweigert, einen einzigen Schritt ohne Stock zu überwinden, hätte sich aber mit dessen Hilfe flüssig fortbewegt. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine gute Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte. An den oberen und unteren Extremitäten bestehe mit Ausnahme von Hüft-, Knie- und Schultergelenk der rechten Seite eine freie Beweglichkeit. Auf neurologischer Ebene würden sich keine klaren Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems zeigen. Weiter hätten sich die Anamneseerhebung sowie die gesamte ausführliche Untersuchung aufgrund der schleppenden Angaben des Beschwerdeführers langwierig gestaltet. Zahlreiche Fragen und Widersprüche hätten kaum aufgelöst werden können. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sich die vom Beschwerdeführer beklagten, völlig diffusen Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen liessen. Nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck am rechten Kniegelenk, kaum aber die übrigen Beschwerden. Die deutlichen Inkonsistenzen, das fehlende Ansprechen auf wiederholte Infiltration, anamnestisch weiterhin durchgeführt konservative Therapiemassnahmen sowie langjährige körperliche Schonung und Arbeitskarenz könnten als klarer Hinweis für eine erhebliche nicht-organische Beschwerdekomponekte angesehen werden. Für die Tätigkeit als Maurer sowie für jede andere körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, überwiegend sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung liege dagegen aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, das Überwinden von Treppen, Leitern und unebenem Grund sowie der repetitive Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveau sollte dabei vermieden werden (act. 140-14 f.).

E. 6.1.5

Gemäss Dr. med. J._____, FMH Kardiologie, bestehe beim Beschwerdeführer eine chronische koronare Herzkrankheit. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei er kardio-pulmonal kompensiert, im Sinusrhythmus und normoton. Die Echokardiographie zeige eine leicht reduzierte LV-Pumpfunktion mit diffuser LV-Hypokinesie, inferior betont. Aufgrund der koronaren Herzkrankheit sei der Beschwerdeführer für eine körperlich belastende Tätigkeit nicht mehr einsetzbar. Hingegen sei er für eine körperlich nicht belastende Tätigkeit vornehmlich sitzend mit gelegentlichem Laufen weiter einsetzbar (act. 140-17 f.).

E. 6.1.6

Aus polydisziplinärer Sicht sei insgesamt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit festzustellen. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 %, vollschichtig umsetzbar bei vermindertem Rendement und erhöhtem Pausenbedarf. Durch adäquate psychiatrische Behandlung sollte eine annähernd uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten erreichbar sein (act. 140-20).

E. 6.2

Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2015 stellte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund neuer medizinischer Akten im Wesentlichen wie folgt dar:

E. 6.2.1

Im Bericht vom 1. August 2014 hält der Orthopäde Dr. K._____ fest, beim Beschwerdeführer sei nach einer Verletzung im September 2003 die rechte Kniescheibe operativ entfernt worden. Aktuell habe er eine starke Kontraktur im rechten Knie mit schmerzhaft reduzierter Bewegung sowie Schmerzen im linken Knie bei Bewegung. Das Treppensteigen sei erschwert. Weiter liege eine konsekutive Arthrose links wegen der vergrösserten Last vor. Der Beschwerdeführer gehe an Stöcken. Die Funktion des rechten Beines habe er verloren. Gemäss der Invalidentabelle liege eine Invalidität von 40 % vor (act. 152-1 f.).

E. 6.2.2

Dr. L._____, Internist, stellte in seinem Bericht vom 1. August 2014 das Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik (Z 95.5) fest. Er hielt als Diagnosen zudem eine Dislipidämie und ein kompensiertes Herz fest und merkte schliesslich an, der Patient sei arbeitsunfähig (act. 152-3 f.).

E. 6.2.3

Gemäss dem Bericht des Hausarztes Dr. M._____ vom 4. August 2014 sei der Beschwerdeführer chronisch krank und leide unter folgenden Diagnosen nach ICD-10 Code: Angina Pectoris (I 20), Hypertensio arterialis (I 10), Spondylosis (M 47), Coxarthrosis (M 16), Gonarthrosis (M 17), chronische Gastritis (K 29.5), Hypercholesterinämie (E 78.0), rezidivierende depressive Störung (F 33.2), Morbus Parkinson (G 20) sowie Kardiomyopathie (I 25.5). Sein Gesundheitszustand habe sich dieses Jahr sichtbar verschlechtert, insbesondere sei er psychisch instabil. Der psychophysische Zustand vermittle den Eindruck eines trägen, 100 %-igen Invaliden, der für keine Arbeit eingesetzt werden könne (act. 150, 162).

E. 6.2.4

Dr. F._____, Fachärztin für Psychiatrie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 6. August 2014 eine rezidivierende depressive Störung (F 33.3) bei gegenwärtig schwerer Episode mit psychotischen Symptomen. Trotz mehr als zehnjähriger regelmässiger psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung sei kein Erfolg erzielt worden. Während der aktuellen Untersuchung seien im Zusammenhang mit der primären psychiatrischen Diagnose auch ein Zustand mit intensiver psychomotorischer Unruhe ("Syndrom unruhige Beine"), eine depressive Stimmung, eine depressive Ideenfindung, die

von episodischen Wahrnehmungstäuschungen begleitet sei und sein Benehmen diktiere, wesentliche Veränderungen der Willens- und Antriebsdynamiken, die in Form von Schlaf- und Appetitlosigkeit sowie von Hypobulie ausgedrückt seien, zum Vorschein getreten. Aufgrund des vergangenen und aktuellen psychischen Gesundheitszustands sei der Beschwerdeführer nicht bereit und nicht in der Lage, berufliche Verpflichtungen auf sich zu nehmen und diesen nachzukommen. Ferner müsse er weiterhin die regelmässige Einnahme der Medikamente sowie psychotherapeutische Behandlung fortsetzen. Anlässlich einer Kontrolluntersuchung am 26. Oktober 2014 wurde angemerkt, der Beschwerdeführer befinde sich im Anfangsstadium eines Neuroleptika-Syndroms (act. 151, 163).

E. 6.2.5

Gemäss Stellungnahme von Dr. N._____, FMH Allgemeine Medizin, vom medizinischen Dienst der Vorinstanz vom 29. September 2014 würden die Berichte von August 2014 (d.h. acht Monate nach der Begutachtung in Z._____) aus objektiv-ärztlicher Sicht keine neuen Aspekte zeigen. Sowohl die Kniesituation als auch die Herzsituation hätten sich nicht relevant verändert, insbesondere ganz sicher nicht mit Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit in den angepassten, vorwiegend sitzenden Verweistätigkeiten. Auch aus psychiatrischer Sicht sehe er keine neuen Aspekte. Die subjektiven Angaben betreffend eine Verschlechterung seit Januar 2014 seien objektiv mit den medizinischen Berichten nicht belegt (act. 156).

E. 6.3

Im Beschwerdeverfahren wurden weitere ärztliche Berichte eingereicht:

E. 6.3.1

Gemäss dem Bericht des Fonds für Pensions- und Invaliditätsversicherung Mazedoniens vom 19. Februar 2015 von Dr. D._____, und Dr. E._____, bestehe in kardiologischer Hinsicht eine rhythmische Aktivität mit deutlichen Tönen und ohne Geräusche. Betreffend die unteren Extremitäten sei das linke Bein ohne Beschwerden. Im Bereich des rechten Knies habe es eine Narbe und die Bewegungen seien leicht eingeschränkt, ohne Schwellung im Bereich des Knies, mit leicht veränderten Konturen und Auftreten subjektiver Schmerzen bei Bewegung bis zum maximalen Ausmass. Ferner wurde eine auffällige leichte Hypotrophie am Unterschenkel genannt. Das Gehen werde mit einer Stützkrücke unterstützt, obwohl es eigenständig möglich sei. In psychiatrischer Hinsicht werde ein allgemein gemindertem Befinden festgestellt, ein subdepressiver Affekt. Die Arbeitsfähigkeit sei um 40 % gemindert (BVGer act. 14).

E. 6.3.2

Die behandelnde Psychiaterin des Beschwerdeführers, Dr. F._____, hielt in ihrem Bericht vom 17. September 2015 zusammenfassend fest, der Krankheitsverlauf sei chronisch, fluktuierend und sei in eine dauerhafte Veränderung der Persönlichkeit übergegangen, mit einer dominant ausgeprägten depressiven Symptomatik und schizoidem Verhalten, sodass ungeachtet der lang andauernden und geänderten therapeutischen Behandlung kein zufriedenstellendes Tauglichkeitsniveau erreicht worden sei; es bestehe eine Therapieresistenz infolge häufig auftretender depressiver Episoden, die sich als familiäre, beruflich und soziale Nichtfunktionalität und Isolation auswirkten. Als Diagnosen nannte sie eine rezidivierende depressive Störung (F 33.2), eine schizoide Persönlichkeitsstörung (F 60.1) und hypertensio arterialis essentialis (I 10). Die eingangs im Bericht unter den Arbeitsdiagnosen noch genannte posttraumatische depressive Störung (F

43.1) wurde nicht mehr erwähnt. Im Einzelnen führte sie aus, die Störung des Beschwerdeführers lasse sich anhand der Chronizität erheben und manifestiere sich in wiederholten depressiven Episoden, welche drei bis sechs Monate andauern könnten, wobei dieses klinische Bild häufig von einem hohen Grad an Ängstlichkeit, Unruhe und depressiver Phänomenologie begleitet sei mit depressiver Stimmung, depressivem Gedankengut, verringertem Aufrechterhalten der Aufmerksamkeit, geminderter Konzentration, verringertem Selbstvertrauen und Selbstachtung. Der Beschwerdeführer leide häufig an Schlafstörungen und gemindertem Appetit (BVGer act. 23).

E. 6.3.3

Gemäss Stellungnahme von Dr. O. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom medizinischen Dienst der Vorinstanz vom 31. Dezember 2015 seien aufgrund der vorhandenen Unterlagen weder die Kriterien der Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung noch die einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt. Die verabreichte Medikation spreche nicht für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode. Eine schwere depressive Episode sei gekennzeichnet durch eine innere Leere und Interessenlosigkeit. Die mehrmals beschriebene Nervosität, die Ängste, die Reizbarkeit und das aggressive Verhalten würden nicht in den Kriterienkatalog einer schweren depressiven Episode passen. Da die behandelnde Psychiaterin von einem chronischen Verlauf spreche, müsse eher davon ausgegangen werden, dass der Zustand nicht schlechter sei als zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Schweiz. Der Versicherte habe bereits damals für sich keine Arbeitsfähigkeit mehr gesehen. Die Medikamentencompliance sei nirgends belegt. Es lasse sich nur sagen, dass der Versicherte zum Zeitpunkt der Begutachtung in der Schweiz die Medikation nicht in ausreichender Dosierung eingenommen habe. Im Verlauf seien keine Medikamentenblutspiegel beigelegt worden. Aus rein medizinischer Hinsicht lasse sich nicht mehr sagen, da die Berichte aus Mazedonien sehr kurz gehalten seien. Subjektive Angaben und die Beurteilung seien vermengt und ein Psychostatus nach AMDP fehle. Auffällig sei auch die Diskrepanz des Berichts der behandelnden Psychiaterin im Vergleich zur Beschreibung der Stimmungslage durch die Invalidenkommission. Symptome einer schweren depressiven Episode würden nicht mit Unlust oder subdepressivem Zustand beschrieben. Aus ihrer Sicht könne mit den Unterlagen eine Verschlechterung nicht belegt werden (BVGer act. 25).

E. 6.4

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer namentlich in Bezug auf das rechte Knie, das Herz und die Psyche gesundheitliche Beschwerden bestehen. Da für die Beurteilung der Frage, ob eine rentenrelevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht wurde, ausschliesslich die bis zum Verfügungszeitpunkt am 8. Januar 2015 vorliegenden Unterlagen massgebend sind, können die Arztberichte, die aus der Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung datieren und erst im Beschwerdeverfahren eingereicht wurden, grundsätzlich nicht berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 464/06 vom 15. März 2007 E. 4.2).

E. 6.4.1

Zunächst ist zu berücksichtigen, dass die Neuanmeldung am 10. September 2014 nur gerade vier Monate nach Erlass der das erste Leistungsgesuch abweisenden Verfügung vom 6. Mai 2014 erfolgte, womit an die Glaubhaftmachung einer rentenrelevanten

Sachverhaltsänderung höhere Anforderungen gestellt werden können.

E. 6.4.2

In kardiologischer Hinsicht enthalten die ärztlichen Berichte von August 2014 keine Anhaltspunkte für eine mögliche Veränderung des Gesundheitszustands. Auf die von Dr. L. _____ bloss pauschale und ohne jegliche Begründung attestierte Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 6.2.2 vorstehend) kann jedenfalls nicht abgestellt werden. Im Übrigen ergeben sich selbst aus dem erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 19. Februar 2015 keine gegenteiligen Hinweise, zumal dort in kardiologischer Hinsicht eine rhythmische Aktivität mit deutlichen Tönen und ohne Geräusche festgestellt wurde (vgl. E. 6.3.1 vorstehend).

E. 6.4.3

In orthopädischer Hinsicht entsprechen die Feststellungen von Dr. K. _____ vom 1. August 2014 (vgl. E. 6.2.1 vorstehend) denjenigen in seinem früheren Bericht vom 17. März 2011 (act. 84). Dieser frühere Bericht wurde denn auch im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung berücksichtigt (act. 140-3). Damit vermag der neuere Bericht vom 1. August 2014 keine Anhaltspunkte für eine allfällige Veränderung des Gesundheitszustands in orthopädischer Hinsicht zu liefern. Schliesslich ist anzumerken, dass laut Bericht vom 19. Februar 2015 der Beschwerdeführer auch ohne Krücken gehen könne (vgl. E. 6.3.1 vorstehend).

E. 6.4.4

In psychiatrischer Hinsicht nannte die behandelnde Psychiaterin Dr. F. _____ im Bericht vom 6. August 2014 eine rezidivierende depressive Störung (F 33.3) bei gegenwärtig schwerer Episode mit psychotischen Symptomen (vgl. E. 6.2.4 vorstehend). Gemäss ICD-10-Code sind bei solchen schweren depressiven Episoden Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder Stupor so schwer ausgeprägt, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Weder aus dem Bericht vom 6. August 2014 noch aus dem späteren Bericht vom 17. September 2015 ergeben sich Hinweise für das Vorliegen solch ausgeprägter Symptome beim Beschwerdeführer. Laut Stellungnahme der Psychiaterin Dr. O. _____ vom medizinischen Dienst der Vorinstanz passen die beschriebenen Symptome denn auch nicht in den Kriterienkatalog einer schweren depressiven Episode. Sodann geht die behandelnde Psychiaterin von einem chronischen Verlauf aus, was ebenfalls gegen eine Zustandsveränderung spricht. Hinzu kommt, dass die verabreichte Medikation nicht für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode spricht (vgl. E. 6.3.3 vorstehend). Zwar hielten Dr. M. _____ und Dr. F. _____ in ihren Berichten vom 4. August 2014 bzw. 17. September 2015 fest, der Beschwerdeführer nehme seine Medikamente regelmässig ein (act. 162-1; BVGer act. 23). Nachdem der Beschwerdeführer jedoch anlässlich der interdisziplinären Begutachtung seine Medikamente nachweislich nicht regelmässig eingenommen hatte, ist fraglich, ob er dies später tatsächlich getan hat. Eine erneute Laboruntersuchung des Medikamentenspiegels liegt jedenfalls nicht vor. Ausserdem wurde im Gutachten vom 6. Januar 2014 festgehalten, dass durch eine adäquate psychiatrische Behandlung mit einer Aufhellung der depressiven Symptome zu rechnen und eine annähernd uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit erreichbar sein sollte (act. 140-20).

E. 6.4.5

Vor diesem Hintergrund vermag auch der sehr allgemein gehaltene hausärztliche Bericht vom 4. August 2014, wo nach Aufzählung der Diagnosen ohne nähere Begründung eine sichtbare Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Fokus auf den psychischen Zustand angegeben wird, keine konkreten Anhaltspunkte für eine Veränderung des Gesundheitszustands zu geben.

E. 6.4.6

Schliesslich wurde das vom Beschwerdeführer geltend gemachte Zittern am Körper, welches von Dr. F._____ in ihrem Bericht vom 6. August 2014 als Zustand mit intensiver psychomotorischer Unruhe ("Syndrom unruhige Beine") beschrieben wurde, bereits im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung beobachtet (vgl. E. 6.1.2 f. vorstehend) und kann somit keinen Anhaltspunkt für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands darstellen. Die vom Hausarzt aufgeführte Diagnose Morbus Parkinson wurde sodann ohne jegliche fachärztliche Befundung gestellt und meint wohl ebenfalls das im psychiatrischen Fachbereich bereits diskutierte Zittern der Beine. Im Übrigen wurde bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nirgends die Diagnose Morbus Parkinson fachärztlich festgehalten und auch das interdisziplinäre Gutachten vom 6. Januar 2014 enthält in neurologischer Hinsicht keine entsprechenden Hinweise. Deshalb ist diese hausärztliche Diagnose für dieses Verfahren nicht weiter beachtlich. Darüber hinaus fällt auf, dass Dr. F._____ im neusten Bericht vom 17. September 2015 kein Zittern mehr erwähnt. Soweit jedoch aus der vorerwähnten Symptomatik zu einem späteren Zeitpunkt eine erhebliche Gesundheitsverschlechterung resultieren sollte, steht es dem Beschwerdeführer selbstverständlich frei, mit einem neuen Gesuch an die Vorinstanz zu gelangen.

E. 6.5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus den medizinischen Berichten von August 2014 keine Anhaltspunkte für eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ergeben. Selbst die Berücksichtigung der erst im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Berichte würde zu keinem anderen Ergebnis führen. Damit ist es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität zwischen dem 6. Mai 2014 (Erlass der ursprünglichen materiellen Verfügung) und dem 8. Januar 2015 (Erlass der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung) in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Entsprechend ist die Vorinstanz zu Recht nicht auf das neue Rentengesuch eingetreten und die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 7.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 400.- festzusetzenden Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 7.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem

Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.