

BVGer C-1616/2018 vom 17. Februar 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-02-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1616_2018

FR: TAF C-1616/2018 du 17 février 2020

IT: TAF C-1616/2018 del 17 febbraio 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

E. 1.3

Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung berührt und kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), einzutreten.

E. 2

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Serbien und hat dort seinen Wohnsitz. Es kommt vorliegend in zeitlicher Hinsicht (vgl. E. 3.1) das im Verhältnis zu Serbien bis Ende 2018 gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung. Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen und die dazugehörige Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 (SR 0.831.109.808.12) keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens).

E. 3

Zunächst sind die für die Beurteilung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 27. Februar 2018 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. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 27. Februar 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2).

Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.4

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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 3.5

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Auch Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens mit Serbien sieht vor, dass ordentliche Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, sowie Hilflosenentschädigungen jugoslawischen Staatsangehörigen nur gewährt werden, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben (vgl. zudem den gleichlautenden Art. 5 Abs. 2 des seit 1. Januar 2019 gültigen Sozialversicherungsabkommens mit Serbien [SR 0.831.109.682.1]).

E. 3.6.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV (SR 831.201) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Demnach ist in der Neuanmeldung glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 130 V 71 E. 3; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 3.6.2

Ob eine erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Verfügung; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 3.7.1

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des

Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 3.7.2

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 3.7.3

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 3.8

Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV [SR 831.201]) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

E. 3.9

Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 mit Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C_236/2009] E. 4.1 und 4.3).

E. 4.1

Nachfolgend ist - nachdem die Vorinstanz auf die Neuanmeldung eingetreten ist (vgl. Bst. C.b-C.d und E. 3.6.1) - streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz die Neuanmeldung des Beschwerdeführers zurecht mit der Begründung abgewiesen hat, der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten, auf einer eingehenden materiellen Prüfung beruhenden (vgl. E. 3.6.2) Verfügung vom 27. November 2012 nicht wesentlich verschlechtert. Nicht beachtlich ist diesbezüglich der rentenaufhebende Entscheid der IVSTA vom 25. August 2014, zumal die darin verfügte Rentenaufhebung nicht auf einer materiellen Überprüfung der gesundheitlichen Situation, sondern auf einer Anwendung von Art. 29 Abs. 4 IVG beruhte, nachdem der Versicherte die Schweiz im August 2014 verlassen hatte und nach Serbien zurückgekehrt war.

E. 4.2

Einleitend ist der Beschwerdeführer bzw. sein Vertreter darauf hinzuweisen, dass der Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der nachfolgend zitierten Fassung in Kraft seit 1. Januar 2008) auch bei Neuanmeldungen frühestens sechs Monate nach Einreichung des Rentengesuchs entstehen kann. Soweit der Vertreter gerichtsnotorisch und auch vorliegend auf die seit 1. Januar 2008 nicht mehr gültige Fassung von Art. 48 Abs. 2 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs bei verspäteter Anmeldung: frühestens 12 Monate vor Gesuchseinreichung) abstellt und dementsprechend (in der Hauptsache) den Antrag auf Gewährung einer ganzen Rente ab 1. September 2014 stellt, ist er darauf hinzuweisen, dass ein Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens am 1. April 2016 entstehen könnte. Dementsprechend ist die in E. 4.1 erwähnte Prüfung vorliegend darauf zu beschränken, ob eine Verschlechterung dergestalt eingetreten ist, dass ab 1. April 2016 der

Anspruch auf mindestens eine halbe Rente (vgl. E. 3.5) entstanden ist.

E. 4.3

Entsprechend den Ausführungen in E. 4.1 ist einleitend zu prüfen, welche gesundheitlichen Einschränkungen zur Gewährung einer Viertelsrente rückwirkend ab 1. Mai 2011 geführt haben (Verfügung vom 27. November 2012; IV-act. 47). Die IV-Stelle stützte sich dabei insbesondere auf die Berichte der RAD-Ärzte Dr. med. G._____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H._____, Facharzt für Innere Medizin (IV-act. 38, 41).

E. 4.3.1

Dr. med. G._____ nannte in ihrer Stellungnahme vom 6. März 2012 unter Berücksichtigung der eigenen Untersuchungen wie auch nach Würdigung zahlreicher medizinischer Berichte als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Pathologisch zeige sich bedingt durch die Angststörung Unsicherheit, verminderte Wertschätzung, Angst, erhöhte Ermüdbarkeit und verminderte Belastbarkeit, die zusätzlich eine rezessive Funktionseinschränkung für die professionelle Integration darstellten. Gesamthaft bestehe in psychiatrischer Hinsicht seit 21. Mai 2010 eine Arbeitsunfähigkeit zu 30% in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit (act. 38). Insgesamt bestätigte die RAD-Ärztin den Klinikbericht von Dr. med. I._____ der Klinik J._____ vom 3. April 2011 bezüglich des Vorliegens einer generalisierten Angststörung (IV-act. 32). Auf die früher gestellten Diagnosen in den Berichten von Dr. med. K._____, Fachärztin Psychiatrie des psychiatrischen und psychologischen medizinischen Dienstes in (...), vom 30. März 2010 bzw. vom 6. April 2010 (IV-act. 30 und 34) bezüglich eines ängstlich depressiven Syndroms mit möglicher Tendenz zur Somatisierung, die allenfalls ursächlich in einer traumatischen Kriegserfahrung begründet sein könne, nahm die RAD-Ärztin nicht explizit Stellung.

E. 4.3.2

Dr. med. H._____ nennt in seinem Bericht vom 28. März 2012 als somatische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine linksseitige Lumboischialgie mit/bei leichter Diskusprotrusion L5/S1 und Wurzelzysten sakral, eine dominant linksseitige Zervikobrachialgie links mit/bei vorderen und hinteren Osteophyten dominant in den Segmenten C5 und C6 links sowie eine funktionale Einschränkung an der linken Schulter bei wahrscheinlichem Impingement. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hält er eine persistierende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Epigastralgie, aktuell in Behandlung mit IPP mit/bei Ösophagus-Gastro-Duodenoskopie mit negativer Kolonoskopie, eine Dysurie unbestimmter Herkunft sowie eine arterielle Hypertension borderline fest (act. 41). Diese Einschätzung wird durch verschiedene in den Akten liegende Berichte bestätigt, so insbesondere durch die Austrittsberichte vom 26. März 2010 des Spitals L._____ (IV-act. 29) und vom 14. Februar 2011 der Klinik M._____, dem Bericht von Dr. med. N._____, Facharzt für Rheumatologie (IV-act. 33) und dem Austrittsbericht der Klinik J._____ vom 3. April 2011 (IV-act. 32).

E. 4.3.3

Gemäss abschliessender psychiatrischer und rheumatologischer Gesamtbeurteilung der RAD-Ärzte bestehe seit Mai 2010 in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit zu 60% bzw. in einer angepassten Tätigkeit von 50%. Als funktionelle Einschränkungen in somatischer Hinsicht hielten die Ärzte Folgendes fest: kein Heben / Transport von Gewichten über 10 kg, reduziertes Heben von Gewichten über 5 kg über Schulterhöhe, keine Manipulation von schweren Gegenständen, reduzierte Funktionalität bei Tätigkeiten mit erhobenen Armen, mit Rotation, sitzend und nach vorne gebeugt, stehend und nach vorne geneigt, leichte Einschränkung bei sitzender Position, reduzierte Funktion bei statisch stehender Position, leichte Einschränkungen bei längeren Strecken und beim Gehen über unebenes Gelände, eingeschränkt beim Treppen steigen und sehr eingeschränkt beim Steigen auf Baugerüste und Leitern (IV-act. 41).

E. 4.4

Im Neuanmeldungsverfahren sind namentlich folgende relevanten medizinischen Berichte zu nennen:

E. 4.4.1

Mit Berichten vom 15. Dezember 2014, 26. Juni, 14. September, 14. November, 1. und 22. Dezember 2015 und 5. Februar 2016 hielt Dr. O. _____, Facharzt für Innere Medizin in (...), folgende Diagnosen fest: arterielle Hypertonie (I10), kompensiertes hypertensives Herz (I11.9: hypertensive Herzkrankheit ohne Herzinsuffizienz), Vorhofextrasystolie (F49.1), sonstige Rückenschmerzen (M54.8), reine Hypercholesterinämie (E78), generalisierte Angststörung (F41.1), posttraumatische Belastungsstörung (F43.1; IV-act. 70, 71, 66 S. 8, 88). Mit Bericht vom 1. Dezember 2015 nannte er präzisierend die Diagnose einer lumbalen Polydiskopathie (M54.4: "Lumboischialgie") und beurteilte den Versicherten als arbeitsunfähig. Er erhalte Herzmedikamente und Psychopharmaka (IV-act. 88). Mit Bericht vom 5. Februar 2016 hielt er fest, der Patient nenne Schmerzen in Brust und Bauch, diese hätten jedoch nichts mit Herzbeschwerden zu tun, die Untersuchung des Abdomens sei ohne Befund geblieben (IV-act. 88).

E. 4.4.2

Der behandelnde Neuropsychiater, Dr. P. _____, hat in zahlreichen medizinischen Fachberichten (vom 13.10. und 23.12.2015 [IV-act. 72, 89], 8.2., 18.4., 23.5., 28.6., 10.8., 19.10. und 28.12.2016 [IV-act. 91, 150, 143-147] sowie 20.1. und 16.3.2017 [IV-act. 148, 149]) eine Vielzahl an polymorphen Beschwerden genannt wie namentlich Schmerzen in den Armen, Beinen und im Bereich der Wirbelsäule sowie auch Kopfschmerzen. Der Patient sei besorgt, nachdenklich, missgelaunt, habe eine depressive Gemütsstimmung, depressive Wahnideen bezüglich der Gesundheit und eine verminderte Willens- und Antriebsdynamik. Im Weiteren bestehe eine Somatisierung neurologischer Symptome. Der Patient erzähle, er habe an kriegerischen Ereignissen teilgenommen. Als Diagnose nannte der Arzt im erstgenannten Bericht (IV-act. 72) in psychiatrischer Hinsicht eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), ein ängstlich-depressives Syndrom sowie ein neurovegetatives Syndrom (letzteres codiert mit ICD-10 F45.4: "anhaltende somatoforme Schmerzstörung"). Im Bericht vom 8. Februar 2016 (IV-act. 91) nannte er als weitere Diagnose eine rezidivierende endoreaktive Depression (ICD-10 F32.2: "schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome"), die im Bericht vom 18. April 2016 als sich in Remission befindlich bezeichnet wurde (IV-act. 150), in den nachfolgenden Berichten jedoch unkommentiert als aktuelle Diagnose aufgeführt wurde (IV-act. 143-148).

Mit Bericht vom 16. März 2017 ergänzte er die Codierung wie folgt: endoreaktive Depression (F32.2) mit Rezidivphasen bis F32.3 [gemäss ICD-10-Beschreibung: "schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, bei Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann"]. Zur Frage, ob die gesundheitlichen Einschränkungen Auswirkungen auf eine berufliche Tätigkeit hätten, äusserte sich Dr. P._____ nicht.

E. 4.4.3

Dr. Q._____, Neuropsychiater, beschrieb am 14. Oktober 2015 den Versicherten als einen mit zahlreichen Beschwerden geplagten Patienten. So habe dieser an allen Gelenken Schmerzen und einen schlechten Schlaf mit Alpträumen und Angst vor der Nacht. Er verberge sich vor den Mitbewohnern, sei nervös und rastlos. Während des Krieges 1999 habe er einige "Luftschläge" abbekommen und sei dabei einige Meter in die Höhe und zur Seite geworfen worden, er habe in der Folge einige Zeit mit den Augen überkreuzt gesehen und geschielt. Der Neuropsychiater hielt in seinem Bericht fest, es bestehe psychisch ein subdepressiver emotionaler Tonus, der Patient leide an kognitiven Störungen evidenter Bereiche wie temporale Absence, Phobien und Abfall der Vitaldynamik. Neurologisch bestehe ein diskretes, aber dennoch herausragendes Syndrom: ein lebhafter "myotatischer" Reflex links, ein niedriger Bauchhautreflex und links ein positives Babinski(-Zeichen). Der Romberg-Test sei positiv in Position Fuss vor Fuss. Auch bestehe ein angedeutetes Negro-Zeichen beidseits. Aufgrund dieser Befunde könne er als Diagnosen ein pseudoneurasthenisches Syndrom, ein organisch (bedingtes) Subdepressivum, eine diskrete Hemiparese links, ein leichtes subakutes extrapyramidales Syndrom sowie eine partielle epi tarda festlegen. Die Aetiopathogenese dieser Diagnosen sei unbekannt. Möglich seien subklinische Kontusionsverletzungen des Gehirns, wie z.B. eine sog. Explosionsverletzung oder ein unbemerkter Schlaganfall. Abschliessend riet der Neuropsychiater, der Versicherte sollte detailliert klinisch abgeklärt werden (IV-act. 73).

E. 4.4.4

Mit Bericht vom 15. Oktober 2015 führte Dr. R._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, aus, klinisch sei die Paravertebralmuskulatur in den zervikalen und lumbalen Wirbelsäulensegmenten angespannt und die Halsbewegung in allen Richtungen mässig eingeschränkt. Dem Versicherten seien nicht möglich: körperliches Arbeiten, längere Zeit stehen, längere Zeit sitzen, Tragen von Lasten und ähnliches, Arbeiten in der Höhe und mit gefährlichen Geräten und Maschinen. Der Zustand sei dauerhaft und verschlimmere sich ständig schrittweise (IV-act. 74). An dieser Beurteilung hielt er auch mit Bericht vom 5. Februar 2016 fest: der gesundheitliche Zustand des Patienten habe sich seit der letzten Untersuchung weiter verschlechtert. Als Diagnosen hielt er eine bilaterale Lumboischialgie pp dex., eine zervikale Spondylosis mit Diskopathien der Wirbelkörper C4-C5 und C6-C7 sowie eine lumbale Spondylosis mit Diskopathien der Wirbelkörper L2-L3, L4-L5 und L5-S1 fest (IV-act. 90).

E. 4.4.5

Auf Nachfrage der IVSTA hin nahm Dr. S._____ am 18. Februar 2016 zur früheren Behandlung im C._____ Stellung. Der Patient sei von 2010 bis August 2014 bei ihr in Behandlung gewesen. Er habe an starker ängstlich gemischter Depression mit

psychotischen Elementen (F32.3: "schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen") gelitten. Er sei mit Venlafaxin und Ziprexa behandelt worden, jedoch ohne zufriedenstellende Verbesserung. Deshalb habe sie einen Therapiewechsel auf Haldol vorgenommen. Dieses Medikament habe er gut vertragen, es habe eine leichte Verbesserung stattgefunden, jedoch nie eine komplette Remission (IV-act. 84).

E. 4.4.6

Mit Stellungnahme vom 19. Juli 2016 nannte der RAD-Arzt, Dr. med. T._____, Allgemeine Medizin FMH (act. 110), aus somatischer Sicht als Hauptdiagnosen eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), eine Lumboischialgie links mit leichtgradiger Bandscheibenprotrusion L5/S1, eine Cervicobrachialgie links bei degenerativen Veränderungen und leichtgradiger Spinalkanalstenose und Rückenmarksimpression. Er führte aus, dass seit der Verfügung vom 27. November 2012, unter Berücksichtigung der neu eingereichten medizinischen Berichte, keine neuen Diagnosen hinzugekommen seien. Weder aus somatischer Sicht (ausstrahlende lumbale und cervicale Schmerzen) noch aus psychiatrischer Sicht (generalisierte Angststörung mit wahnhaften Elementen) habe sich der Gesundheitszustand verändert, die medizinische Behandlung sei dieselbe geblieben. Die Diagnose «somatoforme Schmerzstörung» könne nicht aufrechterhalten werden, da strukturelle und anatomische Veränderungen (degenerative Veränderungen am Stammskelett) für die geklagten Schmerzen verantwortlich und diese damit erklärbar seien. Zusammenfassend sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft dargestellt; der aktuelle Gesundheitszustand sei absolut vergleichbar und unverändert im Vergleich zur letzten RAD-Beurteilung aus dem Jahre 2012. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit von 60% seit Mai 2010, in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 50% seit Mai 2010 (IV-act. 110). Auf Nachfrage der IVSTA nach den funktionellen Einschränkungen hin (IV-act. 111) erklärte Dr. T._____ mit ergänzender Stellungnahme vom 8. September 2016 sinngemäss, dass auch die funktionellen Einschränkungen dieselben geblieben seien wie bei der letzten RAD-Beurteilung im Jahre 2012 (IV-act. 112).

E. 4.4.7

Dr. med. D._____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 7. November 2016 aus psychiatrischer Sicht fest, im Dossier würden folgende Diagnosen erwähnt: generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), schwere depressive-Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3), posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2). Die aktuelle psychiatrische Dokumentation aus Serbien sei nicht detailliert genug, um eine mögliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit 2012 beurteilen zu können und eine genaue Diagnose nach ICD-10 zu ermitteln. Zwar erwähne Dr. K._____, Psychiater des Psychologisch-Psychiatrischen Dienstes (...) (Anmerkung Gericht: gemäss Bericht vom 6. April 2010; act. 30), eine traumatische Kriegserfahrung, die der Explorand als Teilnehmer in der Region Kosovo im Jahre 1999 gemacht haben könnte und die als Basis für eine pathologisch depressive Problematik und die Somatisierung der Beschwerden dienen könnte. Auch das Resultat eines Rorschach-Tests von Dr. U._____, der 2011 durchgeführt worden sei, habe eine psychotische Persönlichkeitsstruktur gezeigt. Gemäss dem Bericht von Dr. S._____ vom 18. Februar 2016 sei der Versicherte von 2010 bis 2014 wegen ängstlichen Depressionen mit psychotischen Elementen (ICD-10 F32.3)

behandelt worden. Da der Versicherte jedoch bisher nicht von einem psychiatrischen Sachverständigen untersucht worden sei, sei eine Expertise in der Schweiz zu empfehlen. Angesichts der somatischen Pathologie sei eine bisdisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Expertise erforderlich (act. 114).

E. 4.4.8

Dr. V._____, physikalische Medizin und Rehabilitation, schloss in einer am 19. Januar 2017 durchgeführten Elektroneuromyographie (ENMG) anhand der Befunde auf eine chronische, mässige, überwiegend sensitive Neuropathie auf Höhe C7-C8 beidseits linksbetont und auf Höhe L5-S1 beidseits linksbetont (IV-act. 155).

E. 4.4.9

In den beiden MRT-Berichten vom 21. Januar 2017 von Prof. Dr. W._____, Facharzt für Radiologie, wurden im Bereich der Lendenwirbel beginnende spondyloarthrotische Veränderungen und eine Diskushernie auf Höhe L5-S1 sowie im Bereich der Halswirbelsäule spondyloarthrotische Veränderungen, Diskushernien auf Höhe C4-C5, C5-C6 sowie C6-C7 und eine Stenose des Neuroforamens auf Höhe C6-C7 festgehalten (IV-act. 153, 154).

E. 4.4.10

Mit Bericht vom 21. Januar 2017 hielt X._____, Facharzt für Innere Medizin / Kardiologe in (...) als Diagnosen eine arterielle Hypertonie paroxysmalis sowie eine Hypercholesterinämie fest. Die Untersuchung von Herz, Lunge und Abdomen sowie das EKG seien ohne (pathologischen) Befund (IV-act. 141).

E. 4.4.11

Gleichen Tags hielt Dr. Y._____, Psychiater in (...), in seiner Erstuntersuchung auf Empfehlung von Prof. Z._____ hin fest, es handle sich um einen langjährigen Patienten der Psychiatrie in regelmässiger Behandlung. Der Antrieb sei reduziert. Als Diagnose hielt er fest: F33.3 ("Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen"). Das Therapieprotokoll sei teilweise zu korrigieren: dieselbe Behandlung sei erforderlich, jedoch ohne Leponex und Velahibin, stattdessen sei Haloperidol und Eloryca einzunehmen (IV-act. 152).

E. 4.4.12

In seinem Bericht vom 26. Januar 2017 beschrieb der Rheumatologe Dr. Aa._____ eine klinisch angespannte Paravertebralmuskulatur der Hals- und Lendenwirbelsäule, schmerzhafte Bewegungen der Halswirbelsäule in allen Richtungen, eine eingeschränkte Innenrotation in den Schultergelenken beidseits und schmerzhafte Bewegungen in der linken Hüfte. Als Diagnosen hielt er ein Zervikobrachialsyndrom beidseits und ein chronisches Lumbalsyndrom fest. Als Folge dieser Einschränkungen sei der Versicherte von schweren körperlichen Tätigkeiten sowie von Arbeiten unter kalten und feuchten Bedingungen oder auch in Zwangshaltungen zu schonen (IV-act. 151).

E. 4.4.13.1

In der bisdisziplinären Begutachtung vom 3. bzw. 4. Juli 2017 (IV-act. 162, 163) hielten Dr. med. F._____ und Dr. E._____ folgende Diagnosen fest: Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Generalisiertes Schmerzsyndrom mit/bei: o wechselnder Hauptschmerzlokalisierung o organisch schwierig zu erklärenden

schmerzhaften Parästhesien in linker Hand und linkem Fuss, Hypästhesie des gesamten linken Armes und linken Beines, Kraftdefizit in allen Kennmuskeln der linken oberen und unteren Extremität o degenerativer Veränderung der Hals- und Lendenwirbelsäule, aktuell ohne klinische Hinweise für eine radikuläre Problematik Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) Remittierte, in den Akten erwähnte depressive Episode (ICD-10 F32.4)

E. 4.4.13.2

In der Begutachtung am 29. Juni 2017 (IV-act. 162) beschrieb Dr. med. F._____ ein inkonsistentes Verhalten des Versicherten. So sei, im Gegensatz zu den recht umfangreichen Klagen, die klinische Untersuchung relativ unauffällig. In der klinischen Untersuchung sei es zunehmend zu muskulärem Gegenspannen und Schmerzäusserungen gekommen, während bei Erhebung der Anamnese der Versicherte noch keinen schmerzgeplagten Eindruck gemacht habe. Auffallendster klinischer Befund sei ein muskulärer Hartspann im Bereich des Nackens und Schultergürtels, jedoch weniger im Bereich der Lendenwirbelsäule. Aus radiologischer Sicht (MRT LWS und HWS vom 21 Januar 2017) sei es im Vergleich zu den (früheren) Untersuchungen in der Schweiz zu einer Progression der degenerativen Veränderungen gekommen, v. a. im Bereich der Halswirbelsäule (aufgebrauchter Subarachnoidalraum auf Höhe C4/5 und C5/6, keine Imprümierung des Myelons, keine Signalalterationen, keine Hinweise für eine zervikale Myelopathie). Die erheblichen neurologischen Befunde könnten, zumindest soweit dies von rheumatologischer Seite beurteilt werden könne, organisch nicht erklärt werden. Diskrepanz zu eigenen Aussagen sei der muskulöse Habitus des Exploranden, auch der sonnengebräunte Hautkolorit des Versicherten. In der Regel lauteten die in den Akten erwähnten Diagnosen auf beidseitiges zerviko-brachiales und chronisches Lumbalsyndrom. Einmalig sei 2015 von einer Lumboischialgie rechts gesprochen worden. Die aufgrund des ENMG-Befundes vom 19. Januar 2017 diagnostizierte chronisch mässige, überwiegend sensitive Neuropathie C7 und C8 beidseits sowie L5 und S1 beidseits könne aufgrund des aktuellen neurologischen Untersuchungsbefundes, welcher jedoch nicht mit einem fachärztlich neurologischen Untersuchungsbefund zu vergleichen sei, nicht verifiziert werden. Zum Leistungsprofil führte die Rheumatologin aus, es seien als Folge der degenerativen und progredienten Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule keine schweren oder Schwerstarbeiten mehr zuzumuten. Demgegenüber seien dem Versicherten leichte bis maximal intermittierend mittelschwere, rückenadaptierte und wechselbelastende Tätigkeiten unter Ausschluss aller Arbeiten, die mit einer Zwangshaltung verbunden seien, oder mit repetitivem Arbeiten in oder über der Horizontalen, aus rheumatologischer Sicht weiterhin vollschichtig zuzumuten. Im Vergleich zur Einschätzung im Kanton C._____ (Anmerkung Gericht: RAD-Stellungnahme vom 28. März 2012; IV-act. 41) habe sich trotz Progredienz der degenerativen Veränderungen die rheumatologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht verändert. Die Beurteilung entspreche auch derjenigen der Ärzte in der Heimat des Versicherten, mit Ausnahme davon, dass keine Einschränkungen betreffend Bedienung von gefährlichen Geräten gemacht werden müsse, da die Parästhesien, zumindest aus rheumatologischer Sicht, nicht organisch erklärt werden könnten. Damit könne dem Versicherten die Tätigkeit als Fräser nicht mehr zugemutet werden, möglich sei jedoch aus rheumatologischer Sicht die Tätigkeit als Sicherheitsbeamter, wie sie vom Versicherten zuletzt in der Schweiz ausgeübt worden sei. Als medizinische Massnahmen empfahl Dr. med. F._____ aufgrund der degenerativen Veränderungen des

Achsenskeletts ein regelmässiges Muskelaufbautraining zum Erhalt und zur Verbesserung der muskulären Rumpfstabilisation. Dennoch könne weder mit diesen Massnahmen noch mit Analgetika (während der Schmerzphasen) und gegebenenfalls Muskelrelaxantien eine Verbesserung des rheumatologischen Leistungsprofils erreicht werden. Da mit einer Progredienz der degenerativen Veränderungen gerechnet werden müsse, könne aus rheumatologischer Sicht künftig nicht mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (IV-act. 162).

E. 4.4.13.3

Dr. med. E. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem psychiatrischem Teilgutachten vom 4. Juli 2017 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine remittierte, in den Akten erwähnte depressive Episode (ICD-10 F32.4) fest. Mit grosser Wahrscheinlichkeit müsse von einer generalisierten Angststörung ausgegangen werden. Hingegen entspreche die psychopharmakologische Behandlung in Serbien der Behandlung einer psychotischen Erkrankung. Dies sei jedoch offensichtlich nichtzutreffend, da der Versicherte nie an akustischen, optischen oder anderen Halluzinationen gelitten habe, sich nicht verfolgt fühle, sich in der Untersuchung keine Wahnsysteme und keine Denkstörung zeigten. Es sei daher nicht nachvollziehbar, weshalb der Versicherte in seiner Heimat neuroleptisch behandelt werde. Dennoch bestehe eine Angstproblematik, wie diese auch in den Akten erwähnt sei. Der Versicherte leide unter Sorge und Befürchtung betreffend die Zukunft, er erwähne dauernde Nervosität und Angespanntheit, habe psychovegetative Beschwerden und bezeichne sich selbst als ängstlich. Die ICD-10-Kriterien für die generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) seien daher erfüllt. Im Weiteren müsse auch der Verdacht auf eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung geäussert werden. So leide der Versicherte an körperlichen Beschwerden, die diffuser Natur seien und alleine mit somatischen Befunden nicht erklärt werden könnten. Diese beständen im Zusammenhang mit einer Angsterkrankung. Die generalisierte Angststörung stehe in einem indirekten Zusammenhang mit der anhaltend somatoformen Schmerzstörung. Die Coping-Mechanismen der Angst und der somatoformen Schmerzstörung beeinflussten sich gegenseitig negativ. So verstärke die Angst die psychovegetativen Symptome und diese, im Sinne der Katastrophisierung und der Selbstbeobachtung, wiederum die Angst. Schliesslich müsse auch differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung in Erwägung gezogen werden. Der Versicherte habe allenfalls 1999 eine Traumatisierung erlitten, während seines Einsatzes als Militärpolizist im Kosovo. Jedoch zeige er bei der Befragung keine Nachhallerinnerungen, kein Betäubtsein, keine emotionale Abstumpfung, keine Gleichgültigkeit, kein Vermeidverhalten beim Erzählen und ebenso wenig psychovegetative Symptome. Somit seien die ICD-10-Kriterien für die posttraumatische Belastungsstörung nicht erfüllt. Dieses Ergebnis bedeute jedoch nicht, dass der Versicherte keine gravierenden Erlebnisse gehabt habe, diese hätten jedoch keine bleibenden, zu einer posttraumatischen Belastungsstörung gehörenden Symptome nach sich gezogen, die heute noch festgestellt werden müssten. Als Folge der Schmerzen und der Ängstlichkeit bestehe betreffend die Arbeitsfähigkeit eine leichte Beeinträchtigung, die sich in der Ausdauer, der Durchhaltefähigkeit, der affektiven Belastbarkeit und dem Selbstvertrauen zeige. Eine mittelgradige Beeinträchtigung bestehe auf der Ebene Frustrationstoleranz, wie seine fehlenden Wiedereingliederungsversuche zeigen würden. Unter Berücksichtigung der funktionellen Beeinträchtigung, der

vorliegenden Befunde, des Verlaufs, der Aktenlage und der Ressourcen müsse aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht beachtet werden, dass der Versicherte insbesondere aufgrund der negativen Wechselwirkung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der generalisierten Angststörung aus rein psychiatrischer Sicht gesehen eine verminderte Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu 20% für jegliche Tätigkeit aufweise. Zusammenfassend sei seit der Zusprache der Viertelsrente weder eine wesentliche Verschlechterung noch eine wesentliche Verbesserung des psychiatrischen Befundes eingetreten. Der Versicherte hätte neben dem Bezug der Viertelsrente gut eine Teilzeitarbeit ausführen können. Prognostisch besteht gemäss dem Psychiater eine deutliche Selbstlimitierung, Fixierung und eine katastrophisierende Selbstbeobachtung. Der Versicherte sehe sich selbst als arbeitsunfähig, er habe nie wirklich versucht, seine Restarbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu verwirklichen (IV-act. 163).

E. 4.4.13.4

Im Rahmen der Konsensbesprechung kamen die Gutachter nach eingehender Diskussion zum Schluss, dass aus bidisziplinärer Sicht insgesamt eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu 20% in einer rheumatologisch angepassten Tätigkeit als begründet erscheine (IV-act. 163 S. 19).

E. 4.5

Gemäss Stellungnahme der Psychiaterin des medizinischen Dienstes, Dr. med. D._____, vom 18. Juli 2017 entspreche das psychiatrische Teilgutachten den IV-rechtlichen Qualitätsstandards, es seien Diagnosen und Differentialdiagnosen mit den Standardindikatoren detailliert geprüft worden. Im Weiteren nahm die Psychiaterin Stellung zur Arbeitsunfähigkeit seit Erlass der rentenzusprechenden Verfügung im Jahr 2012: Die von Dr. med. E._____, reduzierte Arbeitsunfähigkeit von 50% auf 20% in einer angepassten Tätigkeit schliesse eine Verbesserung oder Verschlechterung der psychischen Gesundheit nicht aus. Es könne jedoch angenommen werden, dass es sich um eine neue Einschätzung eines seit 2012 unveränderten Zustands handle. Es seien keine neuen Diagnosen gestellt worden. Die psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit sei deshalb unverändert zu 2012 (IV-act. 165).

E. 4.6

Am 14. November 2017 nahm die Ärztin Dr. Bb._____, FMH für Allgemeine Medizin und Physikalische Medizin und Rehabilitation, medizinischer Dienst der IVSTA, Stellung zur Einschätzung von Dr. med. F._____, betreffend die Diagnosen und funktionalen Einschränkungen. So sei aufgrund des degenerativen Fortschreitens der gesundheitlichen Einschränkungen ab 21. Januar 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit gegeben. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine unveränderte Arbeitsfähigkeit von 50% seit 1. Mai 2010. Verändert hätten sich lediglich die funktionalen Einschränkungen. So sei dem Versicherten eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zumutbar, sofern diese sitzend oder in wechselnden Positionen ausgeübt werden könne. Der Versicherte dürfe weder der Kälte, Hitze, Feuchtigkeit und schlechtem Wetter ausgesetzt werden, noch dürfe er nachts arbeiten. Als Berufsbeispiele nannte die Ärztin namentlich die Tätigkeiten als Portier, Wächter, Museumswärter, Parkhauswächter, als Mitarbeiter in einem Empfang sowie leichte Tätigkeiten im Versandhandel, im Verkauf oder das Reparieren von Kleingeräten und Gegenständen (IV-act. 171 und 172).

E. 5.1

Folgend gilt es zu prüfen, ob sich die IVSTA zu Recht auf die Beurteilung im bidisziplinären Gutachten und die daran anschliessenden Stellungnahmen des medizinischen Dienstes gestützt hat. Der Beschwerdeführer bestreitet die Richtigkeit der Beurteilung und rügt insbesondere die Diskrepanz zur Würdigung durch die behandelnden Fachärzte in Serbien.

E. 5.2

Das Teilgutachten von Dr. med. F. _____ enthält eine Auflistung und eine kurze Würdigung der umfangreichen Vorakten (inkl. der nachträglich am 1. Mai 2017 eingereichten Arztberichte [IV-act. 141-157]), eine eingehende persönliche und berufliche Anamnese, eine eingehende klinische Untersuchung - insbesondere im Fachbereich Rheumatologie -, mit Nennung der Befunde inkl. Berücksichtigung der aktenkundigen bildgebenden Befunde, eine klare Diagnosenstellung, eine nachvollziehbare Beurteilung und eingehende Würdigung der gesundheitlichen Situation in deren zeitlichen Verlauf, eine Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen Einschätzungen und eine Beurteilung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowohl in den bisherigen Tätigkeiten als auch in einer angepassten Verweistätigkeit. Dem Gutachten kommt damit grundsätzlich voller Beweiswert zu. Als Mangel in somatischer Hinsicht ist jedoch festzuhalten, dass den Vorakten Hinweise auf eine überwiegend sensitive Neuropathie zu entnehmen sind: Zum einen kommt Dr. V. _____ in seiner Elektroneuromyographie vom 19. Januar 2017 aufgrund der erhobenen bildgebenden Befunde zum Schluss, es liege eine überwiegend sensitive Neuropathie der Wirbelkörper C7/8 beidseits, C8 links, L5/S1 beidseits, S1 links, vor (IV-act. 155). Diese Feststellungen wurden von Dr. P. _____, Neuropsychiater, unkommentiert in seinem Bericht vom 20. Januar 2017 übernommen (IV-act. 148). Zum andern empfahl Dr. Q. _____, Neuropsychiater, bereits in seinem Bericht vom 14. Oktober 2015 (IV-act. 73), den Versicherten neurologisch detailliert und klinisch abzuklären, da die Ursachen der von ihm gestellten Syndromsdiagnosen (Syndrom pseudoneurasthenicum, Subdepressivum organicum, Hemiparesis discreta sinistra und leichtes subakutes extrapyramidales Syndrom, epi tarda patialis) unbekannt seien. Es könne eine subklinische Kontusionsverletzung des Gehirns vorliegen, die eventuell durch einen unbemerkten Schlaganfall ausgelöst worden sei, mit episodisch schielenden Augen und aussergewöhnlichen Kopfschmerzen einhergehe, oder auch eine teilweise motorische und sensitive Absence-Epilepsie. Es sei auch nicht ausgeschlossen, dass ein auffälliges neuroleptisches Syndrom vorliege. Deshalb empfehle er eine detaillierte klinische Untersuchung wie ein MRI und eine MR-Angiographie des Schädels. Somit gibt es konkrete Anhaltspunkte, die einer fachneurologischen Abklärung bedurft hätten. Die attestierte Neuropathie fand in der Befunderhebung der rheumatologischen Gutachterin zwar Eingang. Jedoch fehlt eine konsiliarische neurologische Untersuchung und weist die Gutachterin in ihrem Teilgutachten selber daraufhin, dass die sensitive Neuropathie aufgrund des aktuellen Untersuchungsbefundes zwar nicht verifiziert werden könne, jedoch die erfolgte Untersuchung nicht mit einer fachärztlich neurologischen Untersuchung zu vergleichen sei. Damit müssen diese Abklärungen noch vorgenommen werden, um eine revisionsrelevante neurologische Erkrankung ausschliessen zu können.

E. 5.3

Der Beschwerdeführer rügt mit Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten, dass Dr. med. E. _____ nur die bis 16. März 2016 datierten spezialärztlichen Berichte aus Serbien berücksichtigt habe und die Berichte, die er mit eingeschriebenem Brief am 29. März 2017

der Vorinstanz habe zukommen lassen, im Gutachten unerwähnt geblieben seien (B-act. 1 Ziff. 8.). Festzustellen ist, dass die Vorakten-Auflistung von Dr. E. _____ die der Vorinstanz am 1. Mai 2017 zugestellten Akten nicht enthält (IV-act. 141-157; vgl. E. 5.2), obwohl ihm die erwähnten Akten von der Vorinstanz mit Schreiben vom 2. Mai 2017 weitergeleitet worden sind (IV-act. 157). Unter die am 2. Mai 2017 zugestellten Beweismittel fallen aus psychiatrisch relevanter Sicht sowohl die Berichte von Dr. P. _____, Neuropsychiater, vom 18. April, 23. Mai, 28. Juni, 10. August, 19. Oktober und 28. Dezember 2016, 20. Januar und 16. März 2017 (IV-act. 143-150) als auch der Bericht von Dr. Y. _____, Psychiater, vom 21. Januar 2017 (IV-act. 152). Damit kann zum einen nicht gesagt werden, die gutachterliche Würdigung sei in Kenntnis aller relevanten Vorakten, insbesondere für den vorliegend interessierenden Zeitraum (E. 4.2) erfolgt. Das Gutachten erweist sich insofern als unvollständig (s. dazu BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.4.1; Urteil des BVGer C-6713/2014 vom 26. September 2016 E. 4.6 ff.). Zum ändern hat sich der Gutachter zwar mit gegenteiligen Aussagen der behandelnden Ärzte hinsichtlich der Diagnosen rezidivierende endoreaktive Depression und PTBS auseinandergesetzt, jedoch die Abweichungen zu den serbischen Ärzten nicht im Detail begründet, sondern faktisch mit dem blossen Hinweis auf die (davon abweichenden) Feststellungen in der eigenen Befunderhebung verworfen und den Beginn der von ihm geschätzten Restarbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit ab Begutachtungszeitpunkt gelten lassen. Dieses Vorgehen vermag insbesondere auch mit Blick darauf, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 1. September 2014 geltend gemacht wurde und ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. April 2016, jedoch vor dem Zeitpunkt der Begutachtung (Untersuchung am 30.6.2017), entstanden sein könnte, nicht zu überzeugen (vgl. zur Berücksichtigung anderslautender ärztlicher Beurteilungen auch Urteil des BGer 8C_874/2017 vom 23. Mai 2018 E. 5.2.2 m.w.H.). Schliesslich muss sich der Gutachter hier eine gewisse Unsorgfalt vorwerfen lassen: Weshalb er die ihm zugestellten relevanten Berichte nicht berücksichtigt hat, lässt sich aus dem Teilgutachten nicht entnehmen. Es kann auch nicht auf eine blosser Nichterwähnung in der Beurteilung geschlossen, zumal das Gutachten als neuesten Arztbericht (nur) denjenigen vom 18. Februar 2016 (IV-act. 163 S. 10 und 18) und als aktuellsten bildgebenden Bericht ein MRT der Lendenwirbelsäule und Halswirbelsäule vom 21. Januar 2017 (IV-act. 163 S. 18) nennt. Ungereimt bleibt auch - was der Beschwerdeführer zu Recht rügt - dass das Teilgutachten zwar Hinweise auf Selbstlimitierung enthält, der Begründung jedoch nicht im Detail zu entnehmen ist, inwiefern sich diese Feststellung auf die von Dr. E. _____ vorgenommene Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit auswirkt. Damit weist das psychiatrische Teilgutachten in verschiedener Hinsicht Mängel auf, weshalb ihm die volle Beweiskraft abzusprechen ist. Daran vermag im Übrigen die ergänzende fachpsychiatrische Beurteilung durch D. _____ des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 18. Juli 2017 nichts zu ändern, zumal sie ihre Ausführungen auf die (mängelbehaftete) Beurteilung im Teilgutachten abstützt.

E. 5.4

Damit erweist sich der Sachverhalt vorliegend in verschiedener Hinsicht als unvollständig erhoben und bedarf die Sache zur abschliessenden Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit April 2016 (vgl. E. 4.2) erweiterter Abklärungen durch die Vorinstanz. Bei diesem Ausgang des Verfahren ist auf die vom psychiatrischen Gutachter vorgenommene Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418 (vgl. IV-act. 163 S. 12 ff.), die Divergenz in der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit zwischen Gutachter und medizinischem Dienst und die weiteren Rügen des

Beschwerdeführers nicht näher einzugehen.

E. 5.5

Die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2018 ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Ergänzung der medizinischen Akten (durch den Beschwerdeführer und den serbischen Versicherungsträger), zur Vornahme der ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der nachfolgenden Ausführungen und hernach zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage - wie vorliegend die Abklärung neurologischer Befunde - möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Vorinstanz ist unter Berücksichtigung der attestierten Beschwerden anzuweisen, eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachbereichen Neurologie, Kardiologie, Rheumatologie und Psychiatrie in der Schweiz durchführen zu lassen, unter Beachtung der Partizipationsrechte gemäss BGE 137 V 210 E. 3.4. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.). Dabei wird zu beachten sein, dass sich das Gutachten - entsprechend der Ausgangslage, dass eine Neuanschuldung vorliegt - ausreichend auf das Beweisthema des Vorliegens einer erheblichen Änderung(en) des Sachverhalts beziehen muss; entsprechend hat eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands zu erfolgen (vgl. dazu Urteil des BVGer C-5626/2017 vom 16. Juli 2019 E. 5.9.2). Anschliessend ist die Vorinstanz anzuweisen, neu zu verfügen.

E. 6

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Mit Blick auf diesen Verfahrensausgang sind vorliegend keine Verfahrenskosten zu erheben. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

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 in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8

VGKE). Der Beschwerdeführer war im vorliegenden Verfahren nicht-anwaltlich vertreten, weshalb ihm zu Lasten der unterliegenden Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Parteientschädigung unter Berücksichtigung des aktenkundigen und gebotenen Aufwands auf Fr. 1'000.- festzusetzen.

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