

BVGer C-2199/2021 vom 24. Juni 2024

Bundesverwaltungsgericht, 2024-06-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2199_2021

FR: TAF C-2199/2021 du 24 juin 2024

IT: TAF C-2199/2021 del 24 giugno 2024

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

C-2199/2021 Seite 4 IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die – unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 28. März 2021 bis 11. April 2021 (vgl. Art. 38 Abs. 4 Bst. a ATSG) – frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 12. März 2021, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Nachdem das erste Leistungsgesuch des Beschwerdeführers bereits mit Verfügung vom 1. Oktober 2007 abgewiesen worden war, ist vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

E. 3

November 2021 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zu prüfen.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Bosnien und Herzegowina, hat dort seinen Wohnsitz und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es kommt das am 1. September 2021 in Kraft getretene Abkommen vom 1. Oktober 2018 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und Bosnien und Herzegowina über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.191.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung. Laut den massgeblichen Übergangsbestimmungen gilt das Sozialversicherungsabkommen auch für Versicherungsfälle, die vor seinem Inkrafttreten eingetreten sind (Art. 41 Abs. 1). Der sachliche Geltungsbereich des Abkommens bezieht sich gemäss Art. 2 Abs. 1 Ziff. 2.2.2 in der Schweiz unter anderem auf die Bundesgesetzgebung über die

Invalidenversicherung. Nach Art. 4 Abs. 1 des Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung

C-2199/2021 Seite 5 vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botenschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Änderungen des IVG und des ATSG vom 19. Juni 2020 sowie der IVV vom

E. 3.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. März 2021) 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. 4

Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (vgl. IVSTA-act. 5 S. 2), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Es bleibt zu prüfen, ob er invalid im Sinne des Gesetzes ist.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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

C-2199/2021 Seite 6 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 Aufgabebereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabebereich 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).

E. 5.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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 aArt. 17 Abs. 1 ATSG (in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung) vorzugehen (Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

E. 5.4

Nach aArt. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben.

C-2199/2021 Seite 7 Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanschuldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2). Für die Annahme einer

solchen Veränderung genügt unter medizinischen Aspekten weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens, entscheidend ist vielmehr eine (erheblich) veränderte Befundlage (Urteil des BGER 9C_280/2021 vom 13. August 2021 E. 2.1.1).

E. 5.5

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 (vgl. Urteile des BGER 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 5.6

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches

C-2199/2021 Seite 8 Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), 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.). Nach geänderter Rechtsprechung ist auch bei einem fachärztlich diagnostizierten Abhängigkeitssyndrom nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich dieses auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (BGE 145 V 215). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). 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 diagnose-relevanten 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).

E. 6.1

Die Vorinstanz ist auf die Neuanschuldung vom 18. November 2019 eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 12. März 2021 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgeblichen Vergleichszeitraum zwischen der leistungsverneinenden Verfügung vom 1. Oktober 2007 und der angefochtenen Verfügung vom 12. März 2021 eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sacherhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 6.2

Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, die Wirbelsäulenerkrankung habe sich in Bosnien verschlechtert. Ohne Gehstöcke

C-2199/2021 Seite 9 könne er nicht mehr gehen und er sei auf die Hilfe anderer Personen angewiesen, um normal zu funktionieren. Er sei permanent erwerbsunfähig. Die bosnischen Behörden hätten ihm aufgrund der Wirbelsäulenerkrankung einen Invaliditätsgrad von 60 % sowie aufgrund einer Schädigung des Sehvermögens des linken Auges einen solchen von 5 % zuerkannt. Des Weiteren seien neue Krankheiten diagnostiziert worden, insbesondere posttraumatische Belastungsstörung, permanente Persönlichkeitsveränderung aufgrund Erfahrungen als Kriegsgefangener, Bluthochdruck und Herzkrankheit.

E. 6.3

Die Vorinstanz weist zunächst darauf hin, dass mangels einer abweichenden abkommensrechtlichen Regelung für die Invaliditätsbemessung allein die schweizerischen Rechtsnormen massgebend seien, weshalb der Beschwerdeführer aus dem in Bosnien und Herzegowina festgestellten Invaliditätsgrad von 60 % nichts zu seinen Gunsten ableiten könne. Sodann führt die Vorinstanz aus, im Zeitpunkt der Verfügung vom 1. Oktober 2007 habe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Im massgebenden psychiatrischen Gutachten vom 21. Mai 2007 sei nachvollziehbar dargelegt worden, dass vor allem die lange Latenz zwischen der Kriegsgefangenschaft und dem Krankheitsausbruch gegen die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung spreche. Darüber hinaus würden Angaben zum Schweregrad dieser Störung oder zu einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fehlen. In somatischer Hinsicht leide der Beschwerdeführer an chronischen Rückenbeschwerden, aufgrund derer er seit einer Operation im Jahr 2011 im angestammten Beruf als Hilfsgärtner gänzlich arbeitsunfähig sei. Ab dem 20. April 2011 sei jedoch eine leidensangepasste Tätigkeit zu 75 % zumutbar. Bei dieser Beurteilung seien sämtliche Einschränkungen berücksichtigt. Die Invaliditätsbemessung ergebe einen Invaliditätsgrad von 29 %, welcher nicht rentenbegründend sei.

E. 7

Die rentenablehnende Verfügung vom 1. Oktober 2007 stütze sich auf das rheumatologische Gutachten von Dr. E. _____ vom 19. März 2007 und das psychiatrische Gutachten von Dr. F. _____ vom 21. Mai 2007 (IV-STA-act. 86).

E. 7.1

In rheumatologischer Hinsicht wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumboradikuläres Syndrom bei Status nach medianer Diskushernie L4/L5 sowie Fenestration und Diskektomie L4/L5 am 12. Januar 2005 genannt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf

C-2199/2021 Seite 10 die Arbeitsfähigkeit zählte Dr. E. _____ folgende auf: Schmerzchronifizierungstendenz mit begleitfunktionellen Schmerzangaben; Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt; erschwerte psychiatrische Diagnosestellung; arterielle Hypertonie; Nikotinabusus; Übergewicht (BMI 29.7). Seit der Rückenoperation im Januar 2005 sei der Beschwerdeführer hinsichtlich rückenbelastender Tätigkeiten arbeitsunfähig. Für rückenadaptierte Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Eine allfällige Leistungsminderung sei dabei bereits berücksichtigt (IVSTA-act. 81 S. 15 ff.).

E. 7.2

In psychiatrischer Hinsicht stellte Dr. F. _____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Zur Entwicklung der psychischen Symptome führte Dr. F. _____ aus, der Beschwerdeführer scheine bis 2001 eine vollständig unauffällige Anamnese gehabt zu haben. Er habe zwar angegeben, nach der Kriegsgefangenschaft eine Zeit lang Alpträume gehabt zu haben, aber keine eigentlichen Flashbacks oder Intrusionen, jedenfalls habe er seit spätestens 1998 keinerlei solche Symptome mehr gehabt. Eine post-traumatische Belastungsstörung könne also seit längerem ausgeschlossen werden und liege mit Gewissheit nicht vor. Anlässlich der Begutachtung sei der Psychostatus bezüglich depressiver Symptomatik bland gewesen. Des Weiteren seien die innerpsychischen Ressourcen erhalten. Zusammenfassend bestehe – unter Berücksichtigung der erhaltenen Ressourcen und Funktionsfähigkeit – aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Die alleinige somatoforme Schmerzstörung gebe keinen Anlass zu einer Verminderung einer Arbeitsfähigkeit (vgl. IVSTA-act. 67 S. 18 ff.).

E. 7.3

Im Konsensgespräch kamen Dr. E. _____ und Dr. F. _____ zum Schluss, dass aus rheumatologischer Sicht für rückenadaptierte Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 75 % bestehe. Diese ergebe sich aus dem vermehrten Pausenbedarf des Beschwerdeführers aufgrund seiner Schmerzen. Aus psychiatrischer Sicht resultiere keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 67 S. 21 f.).

E. 8

Die relevante medizinische Aktenlage seit dem 1. Oktober 2007 präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 8.1

Im Bericht vom 19. November 2008 des Spitals G. _____ werden als Diagnosen Status nach Fenestration und Diskektomie LW4/5 rechts am

C-2199/2021 Seite 11

E. 8.2

Im Bericht des Spitals G. _____ vom 26. Januar 2009 wurden die Diagnosen Diskusprolaps LW5/SW1 rechts und Diskusprolaps LW4/5 rechts genannt. Es wurde ausgeführt, trotz persistierender Schmerzsymptomatik über Jahre ergebe sich kein Hinweis auf ein Rezidiv der voroperierten Höhe. Neu finde sich ein Diskusprolaps LW5/SW1 rechtsseitig, der am ehesten für die Schmerzexazerbation verantwortlich sein könne. Es lasse sich eine Operationsindikation stellen, der Beschwerdeführer wünsche jedoch die Fortführung einer konservativen Therapie mit Physiotherapie (IVSTA-act. 117 S. 13).

E. 8.3

Dr. H. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, bestätigte mit Schreiben vom 31. Januar 2009, dass der Beschwerdeführer bei ihm wegen post-traumatischer Belastungsstörung, lumbaler Rückenschmerzen, arterieller Hypertonie und Nikotinabusus in Behandlung sei (IVSTA-act. 117 S. 12).

E. 8.4

Gemäss Berichten vom 18. April 2011 war der Beschwerdeführer wegen zunehmender Lumboischialgie rechts vom 9. März 2011 bis 19. April 2011 im Spital I. _____ hospitalisiert. Am 29. März 2011 wurde eine Mikrodiskektomie L5/S1 rechts vorgenommen. Die Zuweisung sei aus der Strafanstalt aufgrund seit sechs Tagen langsam progredienter Schmerzen lumbal rechtsbetont mit Ausstrahlung dorsal in den rechten Unterschenkel erfolgt. Die seit 2009 bestehende Kraftlosigkeit des rechten Beines mit Hyposensibilität im Dermatom S1/L5 sei progredient gewesen. Seit 2–3 Tagen habe zudem eine Schmerzausstrahlung ins linke Bein dorsal ohne sensorische Ausfälle bestanden (IVSTA-act. 117 S. 3 f. und 15 f.).

E. 8.5

Aufgrund persistierender Schmerzen am Rücken und Bein sowie Fussheberparese rechts wurde am 25. August 2011 eine Magnetresonanztomographie der Wirbelsäule durchgeführt. Gemäss Bericht vom 26. August 2011 des Spital I. _____ wurde dabei ein ausgeprägtes Granulationsgewebe postoperativ bis nach intraspinal und in das Neuroforamen der Nervenwurzel S1 reichend als mögliches bildmorphologisches Korrelat für die genannte Klinik festgestellt (IVSTA-act. 117 S. 10 und 20).

C-2199/2021 Seite 12

E. 8.6

Im Bericht vom 29. August 2011 des Spital I. _____ wurde die Diagnose L5-Radikulopathie rechts genannt. Seit der letzten Operation am 29. März 2011 klagt der Beschwerdeführer unverändert über eine Lumboischialgie rechts mit unveränderter Fussheberparese. In der objektiven Untersuchung zeige er ein L5-radiuläres Syndrom rechts, motorisch-defizitär (Fussheberparese Grad M1). Gleichzeitig würden sich Befunde zeigen, die neurologisch kaum zuordenbar seien (z.B. Unmöglichkeit auf den Fersen links zu stehen, obwohl die Dorsalextension links mit M5 normal sei, sowie ein diskrepant unsicheres Gangbild gegenüber den objektiven Muskelkraft-Befunden). Im LWS-MRI vom 25. August 2011 zeige sich kein Rezidiv, sondern ein Granulationsgewebe postoperativ, bis in das Neuroforamen der Nervenwurzel S1 reichend. Bei fehlender S1-Radikulopathie habe dieser Befund kein Korrelat und stelle keine Operationsindikation dar (IVSTA-act. 117 S. 1 und 7).

E. 8.7

Am 29. September 2011 berichtete Dr. J._____ über einen rasch wachsenden Tumor subkutan am Hinterkopf rechts (IVSTA-act. 117 S. 17). In der Folge wurde der Tumor am 23. November 2011 entfernt, weshalb der Beschwerdeführer vom 22.–25. November 2011 im Spital I._____ hospitalisiert war (vgl. IVSTA-act. 117 S. 2, 6, 8 und 18).

E. 8.8

Am 14. Dezember 2015 wurde eine Magnetresonanztomographie der Wirbelsäule im lumbosakralen Bereich durchgeführt. Dabei wurden auf der Höhe L4/L5 keine Anzeichen einer Rezidivhernie festgestellt. Hingegen wurden im untersuchten Bereich degenerative Veränderungen, ein Ödem der Nervenwurzel (L5–S1), eine Hernie (L3), eine Bandscheibenprotrusion (L3–L4) sowie vor allem rechts eine atrophische Veränderung des Facet- tengelenks festgestellt (IVSTA-act. 149; BVGer-act. 1 Beilage 21 = BVGer- act. 14 Beilage 1=6).

E. 8.9

Gemäss neuropsychiatrischem Bericht vom 24. Dezember 2015 des Kantonsspitals «K._____» liege eine vollständige Denervierung der un- tersuchten Muskeln am rechten Bein sowie ein schwerer Verlust von Mo- toneuronen bei L4–S2 links vor. Die motorischen Leitungsgeschwindigkei- ten der analysierten Nerven seien gut. Die durchgeführte Elektromyogra- phie (EMG) habe eine schwere chronische Radikulopathie von L4–S2 links sowie eine komplette Denervierung der Muskulatur, die von den Nerven der Wurzeln von L3–S2 innerviert werden, ergeben. Der Beschwerdeführer gehe an Unterarmgehstützen, verspüre aber nach kurzem Gehen ein Taub- heitsgefühl. Er habe keine Kraft in den Beinen (IVSTA-act. 151; BVGer- act. 1 Beilage 20 und 22 = BVGer-act. 14 Beilage 2 und 16).

C-2199/2021 Seite 13

E. 8.10

Der Neurochirurg Dr. L._____ führte in seinem Bericht vom 24. De- zember 2015 aus, der Beschwerdeführer habe seit 2002 Probleme in der Wirbelsäule. Aufgrund von Schmerzen im Rücken sowie im rechten Bein sei er 2006 [recte: 2005] und 2011 operiert worden. Nach der zweiten Ope- ration habe er keine Kraft mehr im rechten Fuss gehabt. Seither gehe er mit Unterarmgehstützen. Es liege eine vollständige Parese des Peroneus- nervs rechts vor. Die Arbeitsfähigkeit sei stark reduziert (IVSTA-act. 150 = 161; BVGer-act. 1 Beilage 24 = BVGer-act. 14 Beilage 11).

E. 8.11

Im Bericht vom 24. Januar 2016 des Kantonsspitals «K._____» wurde ein Chalazion des linken Augenlids diagnostiziert (BVGer-act. 1 Bei- lage 18).

E. 8.12

Im Bericht vom 20. Dezember 2016 dokumentierte der Augenarzt Dr. M._____ eine Erkrankung der Hornhaut links, Myopie rechts, Pres- byopie sowie ein Hämangiom am linken Augenlid (BVGer-act. 1 Bei- lage 19).

E. 8.13

Im internistisch-kardiologischen Bericht von Dr. N._____ vom 22. Mai 2019 wurden folgende Diagnosen angeführt: Bluthochdruck, hy- pertensive Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Nikotinsucht, Stenokardie so- wie Pero-neusparese rechts (IVSTA-act. 147; BVGer-act. 1 Beilage 10 = BVGer-act. 14 Beilage 5).

E. 8.14

Am 11. Juni 2019 wurde eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens durchgeführt. Dabei wurden insbesondere eine Zyste im mittleren Bereich der rechten Niere sowie eine vergrösserte Prostata festgestellt (IVSTA-act. 146; BVGer-act. 1 Beilage 16; vgl. auch Bericht der Ultraschalluntersuchung vom 17. Juni 2020 [IVSTA-act. 160; BVGer-act. 1 Beilage 15]).

E. 8.15

Der Neuropsychiater Dr. O. _____ wies in seinem Bericht vom

E. 8.16

Der Neuropsychiater Dr. O. _____, bei welchem der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren in Behandlung sei, führte in seinem Bericht vom 24. März 2020 folgende Diagnosen an: chronische komplexe

C-2199/2021 Seite 14 posttraumatische Belastungsstörung; andauernde Persönlichkeitsänderung; ängstlich-depressive Störung. Der Beschwerdeführer verspüre Angst, Furcht und affektive Störungen, er sei lethargisch und im Gedankenfluss verlangsamt, er habe depressive Gedanken und Tendenzen, seine Konzentration sei vermindert und er zeige die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung mit gelegentlichen Flashbacks, Schlaflosigkeit, Albträumen über den Krieg. Es seien deutliche Veränderungen der Persönlichkeit ersichtlich in Form von impulsiven Reaktionen. Weiterbestünden eine sehr niedrige Frustrationstoleranz, deutliche kognitive und mentale Störungen, ein Verlust sozialer Fähigkeit und ein sozialer Rückzug. Ferner seien mehrere Somatisierungsstörungen in Form von Kopfschmerzen, Schwindel, starkem Schwitzen, Zittern und allgemeiner Schwäche feststellbar. Zusammenfassend wurde festgehalten, die psychischen Störungen würden seit Jahren bestehen und der Beschwerdeführer leide an einem posttraumatischen Stresssyndrom, das zu einem Persönlichkeitsverlust führe. Es liege zudem eine ängstlich-depressive Störung vor, seine mnestischen und sozialen Fähigkeiten seien beeinträchtigt, so dass er dauerhaft arbeitsunfähig sei (IVSTA-act. 145; BVGer-act. 1 Beilage 8 = BVGer-act. 14 Beilage 7=12; vgl. auch IVSTA-act. 158; BVGer-act. 1 Beilage 9 = BVGer-act. 14 Beilage 15 [Bericht von Dr. O. _____ vom 5. Juni 2020]).

E. 8.17

Im internistisch-kardiologischen Bericht vom 12. Juni 2020 wiederholte Dr. N. _____ die Diagnosen gemäss Bericht vom 22. Mai 2019 (IVSTA-act. 159; BVGer-act. 1 Beilage 13 = BVGer-act. 14 Beilage 4).

E. 8.18

Der IV-Arzt Dr. P. _____ führte in seiner medizinischen Stellungnahme vom 24. Juli 2020 aus, aufgrund der lumbalen Beschwerden sei der Beschwerdeführer seit der Operation im März 2011 in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfspfleger zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei er ab dem 20. April 2011 zu 25 % arbeitsunfähig (IVSTA-act. 164).

E. 8.19

Der IV-Psychiater Dr. Q. _____ hielt in seiner medizinischen Stellungnahme vom 9. September 2020 fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich aus rein

psychiatrischer Sicht seit der letzten Verfügung nicht verändert. Im ausschlaggebenden psychiatrischen Gutachten vom 21. Mai 2007 habe Dr. F. _____ die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint. Er habe dazu ausgeführt, die psychiatrische Anamnese sei bis 2001 vollkommen unauffällig gewesen. Der Beschwerdeführer habe zwar angegeben, nach der Kriegsgefangenschaft

C-2199/2021 Seite 15 eine Zeit lang Alpträume gehabt zu haben, aber keine eigentlichen Flashbacks oder Intrusionen, jedenfalls habe er seit spätestens 1998 keinerlei solche Symptome mehr. In den sehr kurzen psychiatrischen Berichten vom 24. März 2020 und 5. Juni 2020 werde eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung und eine dauernde Veränderung der Persönlichkeit aufgrund der Kriegserlebnisse postuliert. Das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nach mehrjähriger Latenz jedoch nicht mehr akzeptiert werden (IVSTA-act. 165).

E. 8.20

Im Bericht vom 8. Januar 2021 fasst Dr. R. _____ die Krankengeschichte des Beschwerdeführers zusammen. Seit 2015 werde er in Bosnien-Herzegowina behandelt. Aufgrund der Wirbelsäulenschädigung sei ihm eine Invalidität von 60 % zuerkannt worden. Zudem sei ihm wegen der Sehbehinderung am linken Auge und aufgrund des Befundes des Augenarztes vom 20. Dezember 2016 eine Invalidität von 5 % zuerkannt worden. Der Beschwerdeführer könne nicht ohne Gehhilfen gehen. Des Weiteren seien folgende Neuerkrankungen festgestellt worden: chronisch-komplexe posttraumatische Belastungsstörung, dauerhafte Persönlichkeitsveränderung, akuter lumbaler Rückenschmerz, Polyradikulitis, nicht eingestellte arterielle Hypertonie 3. Grades, Nikotinismus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, diastolische Dysfunktion Grad 1, hypertensive Herzkrankheit, Blasenentzündung, Prostatahyperplasie, Peroneusparese rechts (BVGer-act. 10; BVGer-act. 1 Beilage 7; IVSTA-act. 180).

E. 8.21

Im internistisch-kardiologischen Bericht vom 11. Januar 2021 wiederholte Dr. N. _____ die früheren Diagnosen (IVSTA-act. 181; BVGer-act. 1 Beilage 11 = BVGer-act. 14 Beilage 13).

E. 8.22

Im Kurzbericht vom 12. Januar 2021 führte Dr. O. _____ folgende Diagnosen an: dauerhafte Persönlichkeitsveränderung, ängstlich-depressive Störung, chronisches lumbovertebrales Syndrom, Polyradikulopathie. Vorherrschend seien die Rückenprobleme. Des Weiteren bestünden eine depressive Stimmung, Abulie, Alpträume, Impulsivität sowie Suizidgedanken ohne klare Tendenz (IVSTA-act. 182; BVGer-act. 1 Beilage 12 = BVGer-act. 14 Beilage 8–10).

E. 8.23

Mit medizinischer Stellungnahme vom 4. März 2021 hielt der IV-Arzt Dr. P. _____ fest, aus den neuen medizinischen Unterlagen würden sich keine neuen objektiven Erkenntnisse ergeben, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustands belegen würden. Entsprechend könne an den

C-2199/2021 Seite 16 RAD-Stellungnahmen vom 24. Juli 2020 und 9. September 2020 festgehalten werden (IVSTA-act. 184).

E. 8.24

Im Bericht des Gesundheitszentrums S. _____ vom 30. November 2021 werden folgende Diagnosen angeführt: chronisch-komplexe posttraumatische Belastungsstörung, dauerhafte Persönlichkeitsstörung, ängstlich-depressive Störung gemischt, arterieller Bluthochdruck, hypertensive Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Peroneusparese rechts, chronisches lumbosakrales Syndrom, Status nach operativen Eingriffen in der Schweiz im 2007 [recte: 2005] und 2011. Nach der zweiten Operation habe der Beschwerdeführer Krücken zum Gehen benötigt und sei auf Hilfe anderer Personen angewiesen, um normal funktionieren zu können. Dieser schwerwiegende Gesundheitszustand führe dazu, dass sich bei ihm eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt habe sowie damit zusammenhängende Erkrankungen (hypertensive Herzkrankheit und arterieller Bluthochdruck). Letztendlich wirke sich dies störend auf eine normale Lebensführung aus. Nach Einschätzung von Dr. O. _____ sei dieser Zustand endgültig und der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsfähig (BVGer act. 16, 18 Beilage 1 und 21). 9. Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht in rentenbeeinflussendem Mass verändert habe. 9.1 Die Vorinstanz stützt ihre Auffassung auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes. 9.1.1 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).

C-2199/2021 Seite 17 9.1.2 Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl.

Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). 9.1.3 Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem medizinischen Dienst der IVSTA erlaubten, sich ein Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu machen, und ob ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind. 9.2 Die IV-Ärzte des medizinischen Dienstes gehen in somatischer Hinsicht davon aus, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Hilfsgärtner nach der zweiten Rückenoperation im März 2011 nicht mehr ausführen könne. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit geht der medizinische Dienst nach wie vor von einer Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 25 % aus. In psychiatrischer Hinsicht geht der medizinische Dienst von einem unveränderten Gesundheitszustand aus. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung wird mit der Begründung verneint, eine solche könne nach mehrjähriger Latenz nicht mehr vorliegen.

C-2199/2021 Seite 18 9.3 In somatischer Hinsicht steht die Wirbelsäulenproblematik im Vordergrund. Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Hilfsgärtner aufgrund seiner Rückenbeschwerden nicht mehr ausüben kann. Gemäss dem im Hinblick auf die erste Verfügung vom 1. Oktober 2007 eingeholten rheumatologischen Gutachten vom 19. März 2007 wurde aber eine rückenadaptierte Tätigkeit im Umfang von 75 % als noch zumutbar erachtet. Der Gutachter berichtete damals, dass der Beschwerdeführer die Praxis mit diskretem Hinken betreten habe, wobei er das rechte Bein diskret geschont habe. Der Barfussgang sei absolut hinkfrei und flüssig gewesen. Weiter sei der Achillessehnenreflex beidseits auslösbar gewesen. Die Stosskraft an den unteren Extremitäten sei rechts gering schwächer als links gewesen. Der Fersen- und Zehengang sei trotz inadäquatem Verhalten (Falltendenz) gut ausführbar gewesen (vgl. IVSTA-act. 81 S. 14). In den darauf folgenden Jahren nahmen die Beschwerden jedoch zu und es wurde von einer seit 2009 bestehenden Kraftlosigkeit des rechten Beines berichtet. Im März 2011 wurde der Beschwerdeführer ein zweites Mal am Rücken operiert. In den Berichten ab 2011 wird wiederholt von einer Fussheberparese rechts berichtet. Im neuropsychiatrischen Bericht vom 24. Dezember 2015 wird gar von einer vollständigen Denervierung der untersuchten Muskeln am rechten Bein sowie einem schweren Verlust von Motoneuronen bei L4–S2 berichtet. Der Beschwerdeführer benötige Unterarmgehstützen, um sich fortzubewegen. Gemäss neuropsychiatrischem Bericht vom 15. Juni 2019 von Dr. O. _____ bestehe eine Muskelschwäche im rechten Bein. Der Achillessehnenreflex könne im rechten Fuss nicht ausgelöst werden und der Fersen- sowie Zehengang seien nicht möglich. Schliesslich sind in den letzten Jahren zusätzliche körperliche Beschwerden insbesondere im Bereich von Herz, Augen, Niere und Prostata hinzugekommen. 9.4 In psychiatrischer Hinsicht wurden anlässlich der Begutachtung im Jahr 2007 keine Beeinträchtigungen festgestellt. Insbesondere wurde damals das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund der Kriegserfahrungen verneint. Abgesehen von einem Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wurden anhand der erhobenen Befunde keine psychiatrischen Diagnosen gestellt. Der Psychostatus bezüglich depressiver Symptomatik war bland. Demgegenüber hat der Neuropsychiatrer Dr. O. _____ in seinem Bericht vom 24. März 2020 psychiatrisch relevante Befunde erhoben (vgl. vorstehende E. 7.16) und gestützt darauf die Diagnosen chronische komplexe posttraumatische Belastungsstörung, andauernde Persönlichkeitsänderung sowie ängstlich-depressive Störung gestellt.

C-2199/2021 Seite 19 9.5 Mit Ausnahmen von Dr. L._____ und Dr. O._____, die dem Beschwerdeführer eine stark reduzierte bzw. dauerhafte Arbeitsunfähigkeit attestieren, haben sich die behandelnden Ärzte zu den allfälligen Leistungseinschränkungen des Beschwerdeführers nicht geäußert. 9.6 Aus den aktenkundigen Berichten erhellt, dass sich die Befundlage seit der ersten rentenablehnenden Verfügung vom 1. Oktober 2007 erheblich verändert hat. Bereits vor diesem Hintergrund erweisen sich die medizinischen Stellungnahmen der IV-Ärzte als nicht nachvollziehbar, setzen sie sich doch mit der veränderten Befundlage in keiner Weise auseinander. So geht der IV-Arzt in somatischer Hinsicht ohne Begründung davon aus, dass der Beschwerdeführer nach der zweiten Rückenoperation ab April 2011 bezüglich einer adaptierten Tätigkeit wieder zu 75 % arbeitsfähig sei. Auf die dokumentierten somatischen Beschwerden, insbesondere am rechten Bein und Fuss, geht er in keiner Weise ein. Der IV-Psychiater seinerseits geht von einem in psychiatrischer Hinsicht unveränderten Gesundheitszustand aus, ohne auf die vom Neuropsychiater Dr. O._____ im Bericht vom 24. März 2020 erhobenen Befunde einzugehen. Zur (erneut) geltend gemachten posttraumatischen Belastungsstörung hält er lediglich fest, eine solche Diagnose könne rechtsprechungsgemäss aufgrund der langen Latenz nicht mehr gestellt werden. Hierzu ist anzumerken, dass die Rechtsprechung grundsätzlich davon ausgeht, eine posttraumatische Belastungsstörung müsse sich innert sechs Monaten seit dem schwerwiegenden Trauma manifestieren. Eine Ausnahme von dieser Latenz von höchstens sechs Monaten gelte nur aber immerhin, sofern die klinischen Merkmale typisch seien und keine andere Diagnose gestellt werden könne (vgl. Urteil des BGer 8C_648/2017 vom 2. März 2018 E. 4.2.1). Wie es sich damit im vorliegenden Fall verhält, kann aufgrund der Akten nicht beurteilt werden. Diese Beurteilung ist im Übrigen Sache des (begutachtenden) Mediziners (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2). 9.7 Hinzu kommt, dass sich aufgrund der relativ knappen Berichte der behandelnden Ärzte nicht abschliessend beurteilen lässt, ob die erhobenen Befunde und die daraus resultierenden Diagnosen die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken und gegebenenfalls in welchem Ausmass. Der medizinische Sachverhalt ist folglich unvollständig abgeklärt. Die auf einem unvollständig abgeklärten (medizinischen) Sachverhalt beruhenden Stellungnahmen der Ärzte des medizinischen Dienstes vermögen somit den beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.

C-2199/2021 Seite 20 9.8 Die angefochtene Verfügung ist folglich gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. 9.8.1 Diese 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 möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klärung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4). 9.8.2 Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Orthopädie, Kardiologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung

[BGE 145 V 215; 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten (z.B. in den Fachbereichen Urologie und Ophthalmologie) beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4). 9.8.3 Die Gutachter werden dabei insbesondere zu beurteilen haben, inwiefern sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers in der Zeit seit der ersten abweisenden Verfügung vom 1. Oktober 2007 verändert hat bzw. welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestehen. 9.8.4 Die interdisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine

C-2199/2021 Seite 21 Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). 10. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der massgebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht unvollständig abgeklärt worden ist. Damit lässt sich anhand der vorliegenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilen, ob und gegebenenfalls inwiefern eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist. Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. 11. 11.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis 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, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (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. Damit entfaltet die Gutheissung des Gesuchs um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 3. November 2021 keine Wirkung. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 11.2 Dem nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

C-2199/2021 Seite 22

E. 9

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht in

rentenbeeinflussendem Mass verändert habe.

E. 9.1

Die Vorinstanz stützt ihre Auffassung auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes.

E. 9.1.1

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. 9.1.2

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 9.1.3

Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem medizinischen Dienst der IVSTA erlaubten, sich ein Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu machen, und ob ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

E. 9.2

Die IV-Ärzte des medizinischen Dienstes gehen in somatischer Hinsicht davon aus, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Hilfsgärtner nach der zweiten Rückenoperation im März 2011 nicht mehr ausführen könne. Hinsichtlich einer angepassten

Tätigkeit geht der medizinische Dienst nach wie vor von einer Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 25 % aus. In psychiatrischer Hinsicht geht der medizinische Dienst von einem unveränderten Gesundheitszustand aus. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung wird mit der Begründung verneint, eine solche könne nach mehrjähriger Latenz nicht mehr vorliegen.

E. 9.3

In somatischer Hinsicht steht die Wirbelsäulenproblematik im Vordergrund. Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Hilfspfleger aufgrund seiner Rückenbeschwerden nicht mehr ausüben kann. Gemäss dem im Hinblick auf die erste Verfügung vom 1. Oktober 2007 eingeholten rheumatologischen Gutachten vom 19. März 2007 wurde aber eine rückenadaptierte Tätigkeit im Umfang von 75 % als noch zumutbar erachtet. Der Gutachter berichtete damals, dass der Beschwerdeführer die Praxis mit diskretem Hinken betreten habe, wobei er das rechte Bein diskret geschont habe. Der Barfussgang sei absolut hinkfrei und flüssig gewesen. Weiter sei der Achillessehnenreflex beidseits auslösbar gewesen. Die Stosskraft an den unteren Extremitäten sei rechts gering schwächer als links gewesen. Der Fersen- und Zehengang sei trotz inadäquatem Verhalten (Falltendenz) gut ausführbar gewesen (vgl. IVSTA-act. 81 S. 14). In den darauf folgenden Jahren nahmen die Beschwerden jedoch zu und es wurde von einer seit 2009 bestehenden Kraftlosigkeit des rechten Beines berichtet. Im März 2011 wurde der Beschwerdeführer ein zweites Mal am Rücken operiert. In den Berichten ab 2011 wird wiederholt von einer Fussheberparese rechts berichtet. Im neuropsychiatrischen Bericht vom 24. Dezember 2015 wird gar von einer vollständigen Denervierung der untersuchten Muskeln am rechten Bein sowie einem schweren Verlust von Motoneuronen bei L4-S2 berichtet. Der Beschwerdeführer benötige Unterarmgehstützen, um sich fortzubewegen. Gemäss neuropsychiatrischem Bericht vom 15. Juni 2019 von Dr. O._____ bestehe eine Muskelschwäche im rechten Bein. Der Achillessehnenreflex könne im rechten Fuss nicht ausgelöst werden und der Fersen- sowie Zehengang seien nicht möglich. Schliesslich sind in den letzten Jahren zusätzliche körperliche Beschwerden insbesondere im Bereich von Herz, Augen, Niere und Prostata hinzugekommen.

E. 9.4

In psychiatrischer Hinsicht wurden anlässlich der Begutachtung im Jahr 2007 keine Beeinträchtigungen festgestellt. Insbesondere wurde damals das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund der Kriegserfahrungen verneint. Abgesehen von einem Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wurden anhand der erhobenen Befunde keine psychiatrischen Diagnosen gestellt. Der Psychostatus bezüglich depressiver Symptomatik war bland. Demgegenüber hat der Neuropsychiater Dr. O._____ in seinem Bericht vom 24. März 2020 psychiatrisch relevante Befunde erhoben (vgl. vorstehende E. 7.16) und gestützt darauf die Diagnosen chronische komplexe posttraumatische Belastungsstörung, andauernde Persönlichkeitsänderung sowie ängstlich-depressive Störung gestellt.

E. 9.5

Mit Ausnahmen von Dr. L._____ und Dr. O._____, die dem Beschwerdeführer eine stark reduzierte bzw. dauerhafte Arbeitsunfähigkeit attestieren, haben sich die behandelnden Ärzte zu den allfälligen Leistungseinschränkungen des Beschwerdeführers nicht geäussert.

E. 9.6

Aus den aktenkundigen Berichten erhellt, dass sich die Befundlage seit der ersten rentenablehnenden Verfügung vom 1. Oktober 2007 erheblich verändert hat. Bereits vor diesem Hintergrund erweisen sich die medizinischen Stellungnahmen der IV-Ärzte als nicht nachvollziehbar, setzen sie sich doch mit der veränderten Befundlage in keiner Weise auseinander. So geht der IV-Arzt in somatischer Hinsicht ohne Begründung davon aus, dass der Beschwerdeführer nach der zweiten Rückenoperation ab April 2011 bezüglich einer adaptierten Tätigkeit wieder zu 75 % arbeitsfähig sei. Auf die dokumentierten somatischen Beschwerden, insbesondere am rechten Bein und Fuss, geht er in keiner Weise ein. Der IV-Psychiater seinerseits geht von einem in psychiatrischer Hinsicht unveränderten Gesundheitszustand aus, ohne auf die vom Neuropsychiater Dr. O. _____ im Bericht vom 24. März 2020 erhobenen Befunde einzugehen. Zur (erneut) geltend gemachten posttraumatischen Belastungsstörung hält er lediglich fest, eine solche Diagnose könne rechtsprechungsgemäss aufgrund der langen Latenz nicht mehr gestellt werden. Hierzu ist anzumerken, dass die Rechtsprechung grundsätzlich davon ausgeht, eine posttraumatische Belastungsstörung müsse sich innert sechs Monaten seit dem schwerwiegenden Trauma manifestieren. Eine Ausnahme von dieser Latenz von höchstens sechs Monaten gelte nur aber immerhin, sofern die klinischen Merkmale typisch seien und keine andere Diagnose gestellt werden könne (vgl. Urteil des BGer 8C_648/2017 vom 2. März 2018 E. 4.2.1). Wie es sich damit im vorliegenden Fall verhält, kann aufgrund der Akten nicht beurteilt werden. Diese Beurteilung ist im Übrigen Sache des (begutachtenden) Mediziners (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2).

E. 9.7

Hinzu kommt, dass sich aufgrund der relativ knappen Berichte der behandelnden Ärzte nicht abschliessend beurteilen lässt, ob die erhobenen Befunde und die daraus resultierenden Diagnosen die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken und gegebenenfalls in welchem Ausmass. Der medizinische Sachverhalt ist folglich unvollständig abgeklärt. Die auf einem unvollständig abgeklärten (medizinischen) Sachverhalt beruhenden Stellungnahmen der Ärzte des medizinischen Dienstes vermögen somit den beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.

E. 9.8

Die angefochtene Verfügung ist folglich gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 9.8.1

Diese 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 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).

E. 9.8.2

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Orthopädie, Kardiologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 145 V 215; 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten (z.B. in den Fachbereichen Urologie und Ophthalmologie) beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

E. 9.8.3

Die Gutachter werden dabei insbesondere zu beurteilen haben, inwiefern sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers in der Zeit seit der ersten abweisenden Verfügung vom 1. Oktober 2007 verändert hat bzw. welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestehen.

E. 9.8.4

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

E. 10

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der massgebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht unvollständig abgeklärt worden ist. Damit lässt sich anhand der vorliegenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilen, ob und gegebenenfalls inwiefern eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist. Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 11.1

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, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (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. Damit entfaltet die Guttheissung des Gesuchs um

Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 3. November 2021 keine Wirkung. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.2

Dem nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

E. 12

Januar 2005 bei radikulärem Reiz- und sensomotorischem Ausfallsyndrom L5 rechts mit Diskushernie LW4/5 rechts sowie persistierender Schmerzsymptomatik, nun beidseitig rechtsbetont, genannt. Der Beschwerdeführer habe über neu hinzugetretene Schmerzen im linken Bein berichtet. Zur genaueren Beurteilung sei eine erneute Magnetresonanztomographie der LWS nötig (IVSTA-act. 177 S. 11).

E. 15

Juni 2019 auf eine Muskelschwäche im rechten Bein hin. Im rechten Fuss könne der Achillessehnenreflex nicht ausgelöst werden. Dem Beschwerdeführer sei es nicht möglich, mit dem rechten Fuss auf dem Fersen bzw. den Zehenspitzen zu gehen. Schliesslich werden Parästhesie und Hyperästhesie auf der rechten Seite festgestellt. Der Beschwerdeführer sei dauerhaft arbeitsunfähig (IVSTA-act. 148; BVGer-act. 1 Beilage 14 = BVGer-act. 14 Beilage 14).

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