

# **BVGer C-3390/2017 vom 10. April 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-04-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3390\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3390_2017)

FR: TAF C-3390/2017 du 10 avril 2018

IT: TAF C-3390/2017 del 10 aprile 2018

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). 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. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem dem Beschwerdeführer überdies die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde grundsätzlich einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger in (...) (Kanton B. \_\_\_\_\_) erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt des Verfügungserlasses, in (...) (Deutschland). Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und zum Abbruch dieser Tätigkeit geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle des Kantons B. \_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

### **E. 3**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 26. Mai 2017, mit welcher die Vorinstanz auf das neue Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 4. April 2017 nicht eingetreten ist. Streitig und vorliegend zu prüfen ist daher einzig die Frage, ob die Vorinstanz die Voraussetzungen für eine materielle Prüfung der Neuanmeldung des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Demgegenüber ist nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung und damit vorliegend nicht zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf Leistungen der schweizerischen

Invalidenversicherung hat. Auf den mit Beschwerde vom 13. Juni 2017 gestellten Antrag des Beschwerdeführers auf Gewährung einer ganzen Rente beziehungsweise einer Dreiviertelsrente ist daher nicht einzutreten.

#### **E. 4**

Zunächst sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden rechtlichen Bestimmungen darzulegen.

##### **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und lebt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen über die Freizügigkeit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, bestimmt sich die Frage, ob die Vorinstanz auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 4. April 2017 zu Recht nicht eingetreten ist, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

##### **E. 4.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 26. Mai 2017) 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). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

##### **E. 4.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 26. Mai 2017 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. 5**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads 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. Danach ist im Leistungsbegehren glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

### **E. 5.1**

Die in Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV genannte Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 m.w.H.). Art. 87 Abs. 3 IVV beruht sodann auf dem Grundgedanken, dass die Rechtskraft der früheren Verfügung einer neuen Prüfung so lange entgegensteht, als der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht in rechtserheblicher Weise verändert hat. Nach Eingang einer Neuanmeldung hat die Verwaltung demnach zunächst zu prüfen, ob die versicherte Person eine Veränderung des Sachverhalts dargelegt hat und ob ihre Vorbringen glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (Urteile des BGer I 489/05 vom 4. April 2007 E. 4.3 [mit Hinweis auf BGE 109 V 262 E. 3], 9C\_68/2007 vom 19. Oktober 2007 E. 3.3 sowie 9C\_286/2009 vom 28. Mai 2009 E. 2.2).

### **E. 5.2**

Eine Änderung des Invaliditätsgrads setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Ausgangspunkt zur Beurteilung dieser Veränderung ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht. Dieser Ausgangspunkt bestimmt sich vorliegend nach Massgabe der Verfügung vom 30. September 2016 (Sachverhalt Bst. A). Ihm ist als aktuellen Referenzzeitpunkt der Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung, das heisst der 26. Mai 2017, gegenüberzustellen (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1).

### **E. 5.3**

Die Veränderung der Verhältnisse zwischen den beiden zeitlichen Referenzpunkten muss erheblich sein (Art. 17 ATSG). Erheblichkeit bedeutet vorliegend, dass diese Veränderung einen Einfluss auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Rentenanspruch der versicherten Person hat (BGE 130 V 343 E. 3.5 m.w.H). In Bezug auf die Glaubhaftmachung einer erheblichen Veränderung des Invaliditätsgrads gilt nicht der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Vorinstanz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Deshalb trifft die versicherte Person hinsichtlich des Vorliegens einer glaubhaften Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Leistungsverweigerung die Beweisführungslast.

### **E. 5.4**

Beim Beweismass der Glaubhaftigkeit sind die Beweisanforderungen geringer als bei dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit: Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn noch mit der Möglichkeit gerechnet werden darf, dass sich die behauptete Sachverhaltsänderung bei eingehender Abklärung nicht erstellen lassen könnte. Dabei hat die Verwaltung unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit

zurückliegt. Dementsprechend sind an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteil des BGer 9C\_116/2010 vom 20. April 2010 E. 2.2 m.w.H.).

### **E. 5.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

### **E. 5.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 5.7**

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt 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 oder die befragte Ärztin 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 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

### **E. 6**

In der heute rechtskräftigen Verfügung vom 30. September 2016 hat die Vorinstanz - (implizit) gestützt auf die Einschätzung des RAD (vgl. IV-act. 202) - dargelegt, die Abklärungen der IV-Stelle hätten ergeben, dass keine Hinweise für eine depressive Störung vorlägen. Ein relevantes somatisches Leiden mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe weder in neurologischer (C.\_\_\_\_\_-Kliniken) noch in rheumatologischer (Dr. med. D.\_\_\_\_\_) Hinsicht. Mit dem Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2015 sei zusätzlich die psychiatrische Situation geklärt worden. Mangels aus medizinischer Sicht begründbarer andauernder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege keine Invalidität vor. Das Gutachten der F.\_\_\_\_\_ AG, Interdisziplinäre Medizin, in (...) (im Folgenden: F.\_\_\_\_\_) vom 17. August 2016 bestätige im Wesentlichen die bisherige medizinische Einschätzung.

### **E. 6.1**

Mit der Stellungnahme vom 24. Juni 2015 hielt RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, fest, der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei bereits von neurologischen (C.\_\_\_\_\_-Kliniken) als auch rheumatologischen (Dr. med. D.\_\_\_\_\_) Fachärzten geklärt worden. Es bestehe kein relevantes somatisches Leiden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ habe viele Inkonsistenzen aufgezeigt. Insgesamt könne aufgrund dieses Gutachtens nicht von einem psychiatrischen Leiden im Sinne der Invalidenversicherung ausgegangen werden. Das Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig (IV-act. 202). In ihrer Stellungnahme vom 29. August 2016 bestätigte sie diese Einschätzung aufgrund des neu eingegangenen Gutachtens der F.\_\_\_\_\_, in welchem glaubhaft die Diagnose der schizotypen Störung verneint worden sei (IV-act. 237). Diesen Stellungnahmen lagen im Wesentlichen folgende Arztberichte und Gutachten zu Grunde:

### **E. 6.2**

Im Arztbericht vom 18. September 2014 erklärte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie, Chirotherapie und Sportmedizin, der Beschwerdeführer sei im Dezember 2013 auf das rechte Knie gestürzt und beklage aktuell hauptsächlich Lenden- und Brustwirbelsäulenbeschwerden. Er diagnostizierte ein rezidivierendes Lendenwirbelsäulensyndrom, eine Chondropathia patellae rechts und eine rechtskonvexe Brustwirbelsäulen-Skoliose (M41.94G). Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht (IV-act. 162).

### **E. 6.3**

Im Arztbericht vom 15. Oktober 2014 stellten Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, und der diplomierte Psychologe und Psychotherapeut K.\_\_\_\_\_ der Kliniken C.\_\_\_\_\_, (...), insgesamt die nachfolgenden Diagnosen: schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen, dekompensiert (ICD-10 F33.2); chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41); Schwindel und Taumel (ICD-10 R42); sonstige Rückenschmerzen: mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule (ICD-10 F54.80); Tinnitus aurium mehr links als rechts (ICD-10 F93.1); Innenohrschwerhörigkeit, mehr links als rechts (beidseits mit Hörgerät versorgt; ICD-10 F91.9); Zwangsstörung, überwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1); primär allergisches Asthma bronchiale (ICD-10 J45.0); primär allergische Rhinitis (ICD-10 J30.3); Lumbalgien bei rechtskonvexer Skoliose der mittleren Brustwirbelsäule ohne Gegenschwungung im Bereich der Lendenwirbelsäule (ICD-10 M41.85); sonstige näher bezeichnete Tremorformen (ICD-10 G25.2); Chondromalacia patellae rechts (ICD-10 M22.4). Die Ärztinnen und Ärzte führten aus, es seien insgesamt weder im klinisch-neurologischen Befund noch in den durchgeführten Zusatzuntersuchungen relevante Hinweise auf eine zu Grunde liegende neurologische organische Erkrankung zu sehen. Vielmehr sei eine Somatisierungsstörung - differentialdiagnostisch eine Aggravation im Rahmen des Rentenwunsches - denkbar. Es bestünden Hinweise auf eine verminderte Compliance (insbesondere im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme). In dem von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ unterzeichneten Entlassungsschreiben wurde der Beschwerdeführer als arbeitsunfähig erklärt. Der Bericht enthält indessen weder eine genaue Angabe des Arbeitsunfähigkeitsgrads noch eine entsprechende Begründung. Die Ärztinnen und Ärzte empfahlen eine weitere Abklärung bezüglich des Vitamin B12-Spiegels sowie der Compliance und empfahlen eine länger

andauernde psychosomatische oder psychiatrische Behandlung im Falle einer vorhandenen Motivation respektive nach Abschluss der gerichtlichen Auseinandersetzungen (IV-act. 167).

#### **E. 6.4**

Gemäss dem Gutachten von Dr. med. Dipl. Psych. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Mai 2015 liegen beim Beschwerdeführer keine Diagnosen mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Als Diagnosen ohne einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er auf: Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Verdeutlichungstendenz, Rentenbegehren; ICD-10 F68.0); Status nach Anpassungsstörung mit Störung verschiedener Gefühle (Kränkung, Wut, Enttäuschung, psychovegetative Beschwerden, ICD-10 F43.23); Status nach Problemen am Arbeitsplatz mit Mitarbeitern und Vorgesetzten (ICD-10 Z56.4); unzusagende Arbeit (ICD-10 Z56.5); Verdacht auf Simulation (ICD-10 Z76.5). Es hätten sich während der Untersuchung keine depressiven Symptome gezeigt. Der Beschwerdeführer habe auch nicht depressiv gewirkt. Die Tagesstruktur sei (subjektiv) nicht ausreichend, wobei die Angaben des Beschwerdeführers teilweise nicht nachvollziehbar gewesen seien. Dieser habe widersprüchliche Angaben zu seinen Symptomen sowie zu seinem Freizeitverhalten/Tagesablauf gemacht. Es hätten sich keine inhaltlichen Denkstörungen in der Form von wahnhaften Gedanken, Wahrnehmungsstörungen oder systemisch wahnhaften Denkstrukturen gezeigt. Der Beschwerdeführer habe zwar von zwanghaften Handlungen berichtet. Diese hätten sich indessen bei der Untersuchung nicht objektivieren lassen. Ebenfalls hätten sich keine Hinweise auf eine latente Suizidalität beziehungsweise auf ein Gefühl des Lebensüberdresses ergeben. Ebenso wenig sei der Antrieb vermindert erschienen. Der Beschwerdeführer investiere viel Energie, Antrieb und Ausdauer, um sich bei verschiedenen Versicherungen durchzusetzen, und er zeige ein grosses Interesse am Ausgang seines Rentenkampfes. Viele Hinweise deuteten auf eine Verdeutlichung der körperlichen Störungen im Sinne einer Aggravation oder Simulation hin. In Bezug auf die Laborbefunde hätten sich Hinweise auf eine Non-Compliance bei der Medikamenteneinnahme gezeigt (namentlich hätten sich im Urin Spuren eines Medikaments gezeigt, welches der Beschwerdeführer angeblich nicht mehr einnehme). Die Arbeitsfähigkeit sei insgesamt nicht eingeschränkt. Retrospektiv und genuin medizinisch habe mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-act. 198)

#### **E. 6.5**

Im polydisziplinären Gutachten der F. \_\_\_\_\_ vom 17. August 2016 stellten die Fachärzte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. phil. N. \_\_\_\_\_, Psychologin FSP und Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, insgesamt die nachfolgenden Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches lumbovertebrales Syndrom (ICD-10 M54.5) bei degenerativen Veränderungen ossärer Art (ICD-10 M48.76) im Bereich der Lendenwirbelsäule (leichtgradig); retropatelläres Schmerzsyndrom beidseits, rechtsbetont, im Sinne einer Chondromalazia patellae (ICD-10 M22.4). Als Nebendiagnose ohne wesentliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führten sie eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung mit Entwicklung körperlicher und affektiver Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.8) auf. Die Gutachter gaben an, es hätten sich weder anamnestisch noch aktuell überzeugende

Hinweise auf eine schizotype Störung gezeigt. Hinsichtlich der Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an, die vom Beschwerdeführer bis Ende des Jahres 2012 ausgeübte Tätigkeit in der Arbeitsvorbereitung sowie Kontrolle und Verbesserung der Produktionsprozesse könne als angepasst gelten. Die diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit sei auf 10 % zu beziffern. Der Beschwerdeführer könne ganztägig arbeiten, wobei ihm die Möglichkeit zu längeren und betriebsunüblichen Pausen zu gewähren sei, um sich zwischenzeitlich erholen zu können. Für adaptierte berufliche Tätigkeiten, für welche der Beschwerdeführer ebenfalls zu 90 % arbeitsfähig sei, gälten die nachfolgenden Einschränkungen: Es müsse sich um eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit handeln. Das Heben und Tragen von Lasten sei auf etwa 15 Kilogramm zu limitieren. Es sollten keine Zwangspositionen der Wirbelsäule und der Kniegelenke eingenommen werden. Inklination, tiefe Hocke, Knien oder Kauern seien zu unterlassen. Ebenfalls seien keine längeren Gehstrecken zu absolvieren und keine Höhendifferenzen mittels Treppen, Leitern oder Gerüsten zu überwinden (IV-act. 235).

## **E. 7**

Die angefochtene Verfügung vom 26. Mai 2017 basiert auf den durch die Vorinstanz - zur Würdigung der zahlreichen, vom Beschwerdeführer neu eingereichten Berichte - eingeholten RAD-Stellungnahmen.

### **E. 7.1**

Bereits in dem gegen die heute rechtskräftige Verfügung vom 30. September 2016 beim Bundesverwaltungsgericht anhängigen Beschwerdeverfahren C-7185/2016 hat der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht mehrere, grösstenteils vor dem 30. September 2016 datierende medizinische Unterlagen eingereicht. In dem daraufhin erlassenen Nichteintretensentscheid C-7185/2016 vom 18. Januar 2017 hat das Bundesverwaltungsgericht keine materielle Prüfung dieser medizinischen Unterlagen vorgenommen. Diese vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Unterlagen sind daher vorliegend zur Prüfung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 30. September 2016 in rentenerheblicher Weise verändert hat, mitzuberücksichtigen, soweit sie erst nach der rechtskräftigen Verfügung vom 30. September 2016 datieren. Es handelt sich hierbei um die nachfolgend aufgelisteten Arztberichte: - Ton- und Sprachaudiogramm der Klinik O.\_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2016 (IV-act. 244 S. 7); - Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin und Chirotherapie, vom 17. November 2016 (IV-act. 244 S. 10); - Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, vom 23. November 2016 (IV-act. 249 S. 6 f.); - Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin und Chirotherapie, vom 12. Dezember 2016 (IV-act. 249 S. 5). Diese Berichte bestätigen in orthopädischer Hinsicht die bereits bekannten Befunde. Ebenfalls war die in psychischer Hinsicht diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode (ICD-10 F33.2 G) bereits im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 30. September 2016 als eine andere Einschätzung des Gesundheitszustands bekannt, wurde jedoch weder im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. Dipl. Psych. E.\_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2015 noch im polydisziplinären Gutachten der F.\_\_\_\_\_ vom 17. August 2016 bestätigt.

### **E. 7.2**

In der Stellungnahme vom 21. April 2017 versicherte RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, dass die von den behandelnden Ärzten gestellten psychiatrischen Diagnosen von den unabhängigen Gutachtern der F.\_\_\_\_\_, nicht geteilt worden seien. Der im Tonaudiogramm verzeichnete Hörschaden sei nicht limitierend und durch ein Hörgerät problemlos kompensierbar. Insgesamt änderten die im Rekursverfahren neu eingereichten Unterlagen nichts an dem im Zeitpunkt der Verfügung vom 30. September 2016 bekannten medizinischen Sachverhalt (IV-act. 263).

### **E. 7.3**

Nach seiner Neuanmeldung vom 4. April 2017 reichte der Beschwerdeführer bei der Vorinstanz diverse medizinische Unterlagen ein, welche zum Teil bereits in den vorinstanzlichen Akten lagen. Im nachfolgenden sind lediglich diejenigen Arztberichte, welche nach dem vorliegend relevanten Ausgangspunkt vom 30. September 2016 datieren, wiederzugeben. - vorläufiger Entlassungsbericht der Rehakliniken S.\_\_\_\_\_, Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapie und psychische Rehabilitation, vom 2. November 2016 (IV-act. 253 S. 30 f.); - ausführlicher Behandlungsbericht der Rehakliniken S.\_\_\_\_\_, Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapie und psychische Rehabilitation, vom 4. November 2016 (IV-act. 253 S. 23 ff.); - Bericht der Universitätsklinik T.\_\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2016 (IV-act. 253 S. 16); - Bericht von Dr. med. U.\_\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, vom 10. Februar 2017 (IV-act. 268 S. 1 f.); - Medikationsplan der Dres. med. Q.\_\_\_\_\_/V.\_\_\_\_\_/W.\_\_\_\_\_, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, vom 23. Februar 2017 (IV-act. 253 S. 10); - Befundbericht Labor der Dres. med. X.\_\_\_\_\_ und Y.\_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2017 (IV-act. 253 S. 11); - Bericht von Dr. med. Z.\_\_\_\_\_, Internist, Gastroenterologe, vom 8. März 2017 (IV-act. 253 S. 8); - Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie und Sportmedizin, vom 30. März 2017 (IV-act. 253 S. 5 f.); - Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, vom 4. April 2017 (IV-act. 253 S. 3); - Medikationsplan der Dres. med. Q.\_\_\_\_\_/V.\_\_\_\_\_/W.\_\_\_\_\_, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, vom 4. Juli 2017 (IV-act. 253 S. 4).

### **E. 7.4**

Am 19. Mai 2017 nahm RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_\_ zu den Berichten von Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vom 30. März 2017, von Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_ (recte: U.\_\_\_\_\_ [Anm.: Es handelt sich um eine Gemeinschaftspraxis beider Ärzte, unterzeichnet hat jedoch lediglich Dr. med. U.\_\_\_\_\_]) vom 10. Februar 2017 sowie von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 4. April 2017 Stellung. Er erklärte, diese Berichte enthielten keine neuen Sachverhaltselemente. Insbesondere habe Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht dieselben Diagnosen gestellt wie bereits im Bericht vom 23. November 2016, zu welchem der RAD am 21. April 2017 Stellung genommen habe (IV-act. 279). In seiner im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht nachgereichten Stellungnahme vom 26. September 2017 (vgl. nachfolgend E. 7.5) äusserte sich Dr. med. R.\_\_\_\_\_ ausserdem zu den Berichten der Universitätsklinik T.\_\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2016 und von Dr. med. Z.\_\_\_\_\_ vom 8. März 2017. Die im Bericht der Universitätsklinik T.\_\_\_\_\_ geschilderte konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung unklarer Genese des linken Auges und der beidseits korrigierte Augenvisus führe zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit. Die Probleme im Zusammenhang mit den von Dr. med. Z.\_\_\_\_\_ diagnostizierten Refluxösophagitis, Hiatushernie und Antrumgastritis seien durch die im Bericht erwähnte Therapie mittels Pantozol ohne

Weiteres zu beseitigen. Der Befundbericht vom 25. Februar 2017 zeigt sodann die Laborwerte in Bezug auf ein beim Beschwerdeführer durchgeführtes Blutbild. Diese Ergebnisse haben erfahrungsgemäss keinen direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die beiden Medikationspläne vom 23. Februar 2017 und vom 4. Juli 2017 enthalten weder Diagnosen noch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Der vorläufige Entlassungsbericht vom 2. November 2016 sowie der ausführliche Behandlungsbericht vom 4. November 2016 der Rehakliniken S.\_\_\_\_\_ bestätigen schliesslich im Wesentlichen die im Zeitpunkt der Verfügung vom 30. September 2016 bereits bekannten Diagnosen. Mit der Diagnose der schizotypen Störung insbesondere haben sich die Gutachter der F.\_\_\_\_\_ bereits einlässlich auseinandergesetzt und diese verneint. Es handelt sich bei dieser Diagnose entsprechend um eine andere Beurteilung eines gleichgebliebenen Sachverhalts, welche für eine Neuanschuldung nicht relevant ist (vgl. E. 5.3). Das Asthma bronchiale war ebenfalls bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 30. September 2016 bekannt. In Bezug auf einen älteren (vorliegend nicht relevanten) Bericht von Dr. med. Bb.\_\_\_\_\_ vom 29. Februar 2016, in welchem die Diagnosen schwer therapierbares Asthma bronchiale, primär allergisches Asthma bronchiale und allergische Rhinitis diagnostiziert wurden, hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 21. April 2017 festgehalten, aus Sicht des RAD sei mit dieser Lungenfunktion eine vollzeitige berufliche Tätigkeit nicht eingeschränkt. Dasselbe muss in Bezug auf die erwähnte Diagnose in den aktuelleren Berichten der Rehakliniken S.\_\_\_\_\_ gelten. Die im vorläufigen Entlassungsbericht genannten Diagnosen der atopischen Dermatitis, der Psoriasis (Schuppenflechte), der Skabies (Krätze), sowie des nicht näher bezeichneten Furunkels führen schliesslich nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht zu einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten beruflichen Tätigkeit. Insgesamt ist damit die Feststellung des RAD, dass die im vorinstanzlichen Verfahren neu eingegangenen Berichte keine neuen Elemente enthalten, im Ergebnis zu bestätigen.

### **E. 7.5**

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerdeschrift vom 10. Juni 2017 (BVGer-act. 1) sowie in seiner unaufgefordert eingereichten Eingabe vom 31. August 2017 (BVGer-act. 6) die nachfolgend aufgelisteten neuen respektive ab dem 30. September 2016 datierenden Arztberichte eingereicht: - Bericht von Dr. med. Cc.\_\_\_\_\_ des Instituts Dd.\_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2017; - Bericht von Dr. med. U.\_\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, vom 16. Mai 2017; - Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juni 2017; - Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie und Sportmedizin, vom 24. Juli 2017.

### **E. 7.6**

Bezüglich dieser beim Bundesverwaltungsgericht neu eingegangenen Unterlagen hat die Vorinstanz drei Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 28. Juli 2017, vom 8. August 2017 sowie vom 26. September 2017 und eine Stellungnahme von Dr. med. Ee.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. September 2017 eingeholt (Beilagen zu BVGer-act. 8).

#### **E. 7.6.1**

In seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2017 erklärte Dr. med. R.\_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe nach der RAD-Stellungnahme vom 19. Mai 2017 keine neuen medizinischen Akten beigebracht.

### **E. 7.6.2**

Mit Stellungnahme vom 8. August 2017 führte Dr. med. R. \_\_\_\_\_ in Bezug auf den Bericht von Dr. med. Cc. \_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2017 aus, der Befund sei zwecks Abklärung eines Bandscheibenschadens erstellt worden. Im Befund seien Degenerationen an der Wirbelsäule und Bandscheiben mit höhergradiger Spinalkanalstenose L4/L5 festgestellt worden. Es sei jedoch keine Neurokompression der L5-Wurzeln oder des Rückenmarks beschrieben worden. Es handle sich damit um eine reine Degeneration der Wirbelsäule ohne eine funktionelle Einschränkung, namentlich ohne radiologischen Hinweis auf ein lumboradikuläres Ausfallssyndrom. Der Beschwerdeführer habe mit dem erwähnten MRI-Befund somit keinen neuen relevanten Sachverhalt mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit glaubhaft gemacht.

### **E. 7.6.3**

Die übrigen im Beschwerdeverfahren neu eingegangenen medizinischen Unterlagen fasste Dr. med. R. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 26. September 2017 sehr kurz zusammen und hielt anschliessend fest, dass der Vergleich der Diagnosen in den zuletzt zugestellten Berichten und den Diagnosen im Gutachten der F. \_\_\_\_\_ vom 17. August 2016 keine neuen wesentlichen Sachverhalte ergebe. Der Gesundheitszustand habe sich nicht verändert.

### **E. 7.6.4**

In psychiatrischer Hinsicht erklärte Dr. med. Ee. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 19. September 2017, das Gutachten der F. \_\_\_\_\_ erfülle die gemeinhin an solche Gutachten gestellten Qualitätsanforderungen. Alle nach der Erstellung des Gutachtens verfassten und/oder eingereichten Berichte vermöchten nicht annähernd an die Qualität des Gutachtens anzuknüpfen. Diese neuen Dokumente brächten keine neuen Erkenntnisse. Sämtliche Diagnosen und Befunde sowie alle subjektiven Klagen seien schon früher genannt worden und ins Gutachten eingeflossen respektive darin gewürdigt worden. Mangels neuer Erkenntnisse sei von den plausiblen und gut begründeten Schlussfolgerungen im Gutachten nicht abzuweichen.

### **E. 7.7**

Die im Beschwerdeverfahren nachgereichten RAD-Stellungnahmen würdigen die vom Beschwerdeführer neu eingereichten sowie nach der rechtskräftigen Verfügung vom 30. September 2016 datierenden medizinischen Unterlagen (knapp) ausreichend. Die Schlussfolgerung, wonach diese neuen Berichte keinen Hinweis auf einen veränderten Gesundheitszustand erlauben, ist auf der Grundlage der vom Beschwerdeführer eingereichten neuen Arztberichte nachvollziehbar. Die beiden Fachärzte des RAD verfügen ausserdem über die erforderlichen Fachtitel zur Beurteilung der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Verschlechterung seines Gesundheitszustands. Auf die RAD-Stellungnahmen kann daher abgestellt werden (vgl. E. 5.6 f.). Gegen die Annahme einer rentenrelevanten Veränderung (Verschlechterung) des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers spricht schliesslich, dass zwischen der rechtskräftigen Verfügung vom 30. September 2016 sowie der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 4. April 2017 lediglich ein halbes Jahr vergangen ist. Tatsächlich hat der Beschwerdeführer seine Neuanmeldung praktisch unmittelbar (noch innert Monatsfrist) nach Erhalt des bundesgerichtlichen Nichteintretensentscheids vom 8. März 2017 bei der Vorinstanz eingereicht (vgl. Sachverhalt Bst. A.b und B). Mit Blick auf die kurze Zeitspanne zwischen

der Verfügung vom 30. September 2016 und der Neuankündigung des Beschwerdeführers vom 4. April 2017 sind die Revisionsanforderungen an das Glaubhaftmachen einer rentenrelevanten Veränderung des Gesundheitszustands erhöht (vgl. E. 5.5 letzter Satz). Der Beschwerdeführer hat vorliegend insgesamt keinen Nachweis einer rentenerheblichen Veränderung seines Invaliditätsgrads im erforderlichen Beweismass erbracht.

#### **E. 8**

Zusammenfassend hat die Vorinstanz zu Recht festgestellt, dass der Beschwerdeführer keine rentenerhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustands seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 30. September 2016 glaubhaft gemacht hat, und ist somit folgerichtig auf dessen Neuankündigung vom 4. April 2017 nicht eingetreten. Die angefochtene Verfügung vom 26. Mai 2017 ist daher zu bestätigen. Die Beschwerde vom 13. Juni 2017 ist entsprechend abzuweisen.

#### **E. 9**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 9.1**

Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen, die sich aus der Gerichtsgebühr und den Auslagen zusammensetzen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Im vorliegenden Beschwerdeverfahren wurde ihm indes mit Zwischenverfügung vom 29. November 2017 die unentgeltliche Prozessführung gewährt (BVGer-act. 14). Es sind daher keine Verfahrenskosten zu erheben.

##### **E. 9.2**

Der unterliegende, nicht vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

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