

BVGer C-4037/2018 vom 23. März 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-03-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4037_2018

FR: TAF C-4037/2018 du 23 mars 2021

IT: TAF C-4037/2018 del 23 marzo 2021

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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). 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; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde 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. Juni 2018, mit welcher die Vorinstanz auf das mittels Neuanmeldung vom 31. August 2017 gestellte Leistungsbegehren eingetreten ist und dieses abgewiesen hat. Aufgrund der Rechtsbegehren ist Prozessthema respektive streitig und zu prüfen, ob der Beschwerdeführer im Rahmen einer Neuanmeldung Anspruch auf eine Invalidenrente hat und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger und wohnt in Österreich. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen

ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung, vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 2.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. Juni 2018) 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). Ärztliche Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (vgl. Urteil BGER 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

E. 2.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 12. Juni 2018 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 2.4

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2.5

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

E. 2.6

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

E. 3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während

der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. Bescheinigung des Versicherungsverlaufs in der Schweiz E 205 vom 16. April 2018 [Dok. 181]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 3.1

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

E. 3.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 3.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV [SR 831.201]; BGE 133 V 263 E. 6). Tritt die Verwaltung - wie im vorliegenden Fall - 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 Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 f.). Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Neuanschuldungsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung (rechtskräftige Verfügung), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; Urteile des BGer I 803/06 vom 21. Februar 2007 E. 4.1; 9C_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 4.1).

E. 3.5

Nach Art. 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. 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 nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - 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 (vgl. dazu näher E. 3.8.1 hiernach). 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).

E. 3.6

Um zuverlässig beurteilen zu können, ob der Invaliditätsgrad der versicherten Person seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung eine anspruchrelevante Änderung erfahren hat, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte

Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 3.7

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

E. 3.8

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

E. 3.8.1

Der Beweiswert eines zwecks Prüfung einer Neuanmeldung erstellten Gutachtens hängt - analog zu in Revisionsverfahren eingeholten Expertisen - wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen

diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteile des BGer 8C_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m.H.; 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1).

E. 3.8.2

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches 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.). 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 diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 3.9

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 4

Die Vorinstanz ist auf die (zweite) Neuanmeldung vom 31. August 2017 eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2018 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist in Anwendung der höchstrichterlichen Rechtsprechung (E. 3.4 und E. 3.8.1 hiervor) zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 6. Mai 2013 (auf das erste Neuanmeldungsgesuch vom 5. November 2015 (Dok. 116) ist die Vorinstanz mit Verfügung vom 22. September 2016 nicht eingetreten und hat entsprechend keine materielle Prüfung vorgenommen [vgl. Dok. 148]) und der angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2018 eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist bzw. ob sich der medizinische Sacherhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 4.1

Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, trotz seines Antrags im Vorbescheidverfahren habe die Vorinstanz weder die Akten des Landesgerichts E. _____ noch weitere Gutachten, noch ergänzende Akten eingeholt. Die Einsichtnahme in die seitens des Beschwerdeführers übermittelten Akten seien für die Überprüfung des Invaliditätsanspruches respektive für die Beurteilung der Invalidität nicht ausreichend, weshalb die Vorinstanz ergänzenden Abklärungen hätte tätigen müssen. Da die Gutachten lediglich einen Ist-Zustand darstellten, könnten sie eine allfällige Verschlechterung bzw. eine bereits angedeutete Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht darlegen. Ein Aktengutachten sei diesbezüglich zu wenig und verstosse gegen die Untersuchungspflichten der Vorinstanz. Sein Gesundheitszustand habe sich seit der angefochtenen Verfügung weiter verschlechtert, einerseits hinsichtlich der orthopädischen Probleme und andererseits aufgrund hinzugetretener Hörprobleme. Mit den Hörschwierigkeiten sei auch eine «allfällige Gleichgewichtsstörung» verbunden, so dass er keine Arbeit mehr verrichten könne. Aufgrund der Hörprobleme sei auch im Verfahren vor dem Landesgericht E. _____ die Einholung eines HNO-Sachverständigengutachten beantragt worden, welches noch nicht vorliege (vgl. BVGer-act. 1, 10 und 15).

E. 4.2

Die Vorinstanz hält demgegenüber im Wesentlichen fest, sie habe die vorliegend eingebrachten medizinischen Rapporte sowie die zugunsten des Landesgerichts E. _____ erstellten orthopädisch-internistisch sowie neuro-psychiatrischen Gutachten wiederholt dem RAD unterbreitet. Dieser habe sich ein deutliches Bild der aktuell vorliegenden Gesundheitsbeschwerden bilden können und die Gutachten als schlüssig, nachvollziehbar und insofern beweiskräftig beurteilt. Die medizinische Aktenlage sei insofern vollständig, so dass auf die anwaltlich geforderten weiteren Beweismassnahmen im Sinne der antizipierten Beweismässigung zu verzichten sei. Die vorliegenden gesundheitlichen Probleme und die daraus resultierenden arbeitsmedizinischen Einschränkungen seien seit den Abklärungen im Jahre 2013 unverändert und vermöchten weiterhin keine Einschränkungen in leidensangepassten Verweisungstätigkeiten seit dem 3. März 2011 zu begründen (vgl. BVGer-act. 7 und 12).

E. 5

Die rentenablehnende Verfügung vom 6. Mai 2013 beruhte auf der Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für schwere körperliche Arbeiten, wie z.B. die damals ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter, und einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Diese Beurteilung beruhte im Wesentlichen auf folgendem medizinischem Sachverhalt:

E. 5.1

Zunächst kann den damals an die zur Abklärung zuständige IV-Stelle D. _____ übermittelten Berichte der behandelnden Ärzte, namentlich dem Kurzattest von Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 13. Dezember 2007 (Dok. 20 S. 3), den MRT-Befundberichten von Dr. med. G. _____, Facharzt für Radiologie, vom 17. März 2010 und vom 7. Juni 2011 (Dok. 20 S. 1 und Dok. 46 S. 10), dem Befundbericht von Dr. med. H. _____, Facharzt für Radiologie, vom 20. Dezember 2011 (Dok. 46 S. 9), dem Bericht des Landeskrankenhauses C. _____ vom 1. Februar 2012 ([...], Dok. 20 S. 2), den Befundberichten von Dr. med. I. _____ vom 21. sowie vom 28. März 2012 (Dok. 46 S. 12 f.) sowie dem zuhanden der IV-Stelle D. _____ erstellten Arztbericht der Hausärztin Dr.

med. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom April 2012 (Eingang bei der IV-Stelle am 23. April 2012 [vgl. Dok. 46 S1. ff.]) zusammengefasst entnommen werden, dass der seit Jahren wegen Schmerzen in Behandlung stehende Beschwerdeführer insbesondere an einer rezidivierenden Lumboischialgie seit ca. 2000 und persistierenden Schulterschmerzen seit Juli 2011 (infolge Arbeitsunfalls) leide. In den Berichten wurden zusammengenommen die Diagnosen leichte AC-Gelenksarthrose ohne Tendinitis calcarea, Diskopathie vor allem bei L4/L5 und L5/S1, rechts lateral und median betonte Protrusion L4/L5 sowie rechtsbetonte bicomuale Protrusionen L2/L3 und L3/L4, Impingement-Syndrom der linken Schulter bei Epicondylitis humero ulnaris links sowie ein in die Umgebung einwachsender, unruhig berandeter echokomplexer Tumor ohne Hypervascularisation genannt. Im Weiteren kann dem von Dr. med. J. _____ erstellten IV-Arztbericht vom April 2012 entnommen werden, dass sie dem Beschwerdeführer im damals angestammten Beruf als Hilfsarbeiter in der Produktion eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestierte, jedoch adaptierte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Belastung des Rückens wie auch der Schulter ganztags als zumutbar erachtete (vgl. Dok. 46 S 5 f.).

E. 5.1.1

Im Weiteren wurde der IV-Stelle D. _____ ein zuhanden des österreichischen Sozialversicherungsträgers erstellter Formularbericht E 213 vom 12. September 2011 übermittelt. Darin stellte Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, gestützt auf eigene Untersuchungen vom 9. September 2011 und gestützt auf den MRI-Befundbericht vom 7. Juni 2011 (Dok. 20 S. 1) die Diagnose chronisches Lendenwirbelsäulenschmerzsyndrom mit zeitweiser Ausstrahlung in das rechte Bein, ohne Hinweise für peripher-neurologische Ausfälle (ICD-10: M54.4). Bezüglich der Leistungsfähigkeit hielt sie zusammenfassend fest, dem Beschwerdeführer seien weiterhin überwiegend mittelschwere körperliche Arbeiten sowie mittelschwere Hebe- und Trageleistungen vollschichtig zumutbar. Zwangshaltungen sollten aufgrund der LWS-Symptomatik vermieden werden. Ansonsten könnten keine Einschränkungen festgestellt werden (Dok. 17).

E. 5.1.2

Gestützt auf die vorgenannten Unterlagen stellte der RAD-Arzt Prof. Dr. med. L. _____, Facharzt für Chirurgie, am 28. April 2012 die Diagnosen Lumboischialgie bei degenerativen LWS-Veränderungen (Diskopathie L4/5, L5/S1, keine Wurzelkompression) seit 2000 bei FBA (Fuss-Boden-Abstand) 10 cm und ohne neurologische Ausfälle; Schulterschmerzen links: Impingement bei Epicondylitis humero-ulnaris seit Juli 2011 (Beweglichkeit in Schulter kaum eingeschränkt, Kraft unvermindert; radiologisch unauffällig); saisonale Pollinosis mit asthmatischer Komponente (bis 2009 behandlungsbedürftig). In Einklang mit der Hausärztin attestierte er dem Beschwerdeführer in der damals ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Produktion eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit seit März 2011. In adaptierten leichten, wechselbelastenden, rüchenschonenden Tätigkeiten, die kaum Bücken und Knien erfordern, Lasten von maximal 10 kg beinhalten, keine Zwangshaltungen mit sich bringen sowie nicht bei Nässe und Kälte ausgeübt werden müssen, erachtete er den Beschwerdeführer für vollschichtig arbeitsfähig (Dok. 47).

E. 5.2

Nachdem der Beschwerdeführer gegen den gestützt auf diese RAD-Beurteilung vom 28. April 2012 erlassenen leistungsabweisenden Vorbescheid vom 12. Juni 2012 Einwand erhoben hatte (Dok. 53 und Dok. 56), wurde das Dossier im Rahmen des Vorbescheidverfahrens durch diverse weitere medizinische Dokumente ergänzt:

E. 5.2.1

Zunächst wurde das Dossier dem RAD nach Eingang eines zuhanden der Taggeldversicherung erstellten Berichts der vertrauensärztlichen Untersuchung durch die M._____ AG vom 23. April 2012 (der Name des untersuchenden Arztes und dessen Fachausbildung werden im Bericht nicht genannt, vgl. Dok. 56 S. 2 f.) sowie eines weiteren MRT-Befundberichts von Dr. med. Amman vom 27. April 2012 (Dok. 56 S. 7) zur neuerlichen Beurteilung vorgelegt. In den beiden Berichten werden nebst den bereits bekannten Lumbal- und Schulterbeschwerden neu auch zervikale Beschwerden beschrieben. Zu diesen Berichten hielt der RAD-Arzt Prof. Dr. med. L._____ am 31. August 2012 fest, dass seit der letzten Stellungnahme neu eine multisegmentale Diskopathie mit subligamentären Hernien C3-C6 (leichte Eindellung des Duralsackes, leichte Myelonabflachung, keine Rezessusstenosen) festgestellt worden sei, jedoch habe sich durch weitere Abklärungen mittels MRI vom 27. April 2012 eine relevante neurale Kompression ausschliessen lassen können. Vom Gesundheitszentrum sei für die Dauer der HWS-Abklärung eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % deklariert worden. Diese sei vorerst noch nicht als dauerhaft zu werten, jedoch müsse der Verlauf abgewartet werden; es müssten Verlaufsberichte eingeholt und auch der Beginn der HWS-Beschwerden erfragt werden (Dok. 62).

E. 5.2.2

In der Folge gingen bei der IV-Stelle D._____ ein zuhanden des österreichischen Sozialversicherungsträgers erstelltes orthopädisches Fachgutachten von Dr. med. N._____, Facharzt für Orthopädie und chirurgische Orthopädie, vom 4. September 2012 samt diversen bereits aktenkundigen sowie zweien bisher unbekanntem Behandlungsberichten des Landeskrankenhauses C._____ vom 6. und 23. Juli 2012, ein weiterer Formularbericht E 213 von Dr. med. K._____ vom 14. September 2012 sowie erneut der bereits bekannte Bericht der M._____ AG vom 23. April 2012 ein (vgl. Dok. 63-65).

E. 5.2.2.1

Den beiden Behandlungsberichten des Landeskrankenhauses C._____ kann entnommen werden, dass, nachdem der Beschwerdeführer auf Zuweisung seines behandelnden Orthopäden Dr. med. I._____ am 5. Juli 2012 im Landeskrankenhauses C._____ zwecks Abklärung der Frage nach Indikation zur Wurzelblockade zervikal untersucht worden war (vgl. den Bericht vom 6. Juli 2012 [Dok. 63 S., 9 ff.]), am 23. Juli 2012 tagestationär eine Bildwandler-gesteuerte Facettenblockade L3-S1 beidseits erfolgte, welche ohne Komplikationen verlief. Der Beschwerdeführer sei bei bledem Interventionsgebiet afebril und ohne neurologische Defizite entlassen worden. Den beiden Berichten können die folgenden Diagnosen entnommen werden: Therapieresistente Zervikobrachialgie beidseits bei degenerativen HWS-Veränderungen (multisegmentale Spinalkanalstenose C3-C6; Neuroforamenstenosen bilateral multisegmental [> hochgradig C3/4 links, C6/C7 links, > C5/6 rechts, C6/C7 rechts]), Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts, rezidivierende Lumbago bei Verdacht auf lumbales Facettensyndrom und mediobilaterale

Diskusprotrusion L5/S1 (Black disc) sowie eine Recessus lateralis-Stenose L4/5 beidseits (ossär/ligamentär; derzeit asymptomatisch; vgl. zum Ganzen Dok. 63 S. 6 ff.).

E. 5.2.2.2

Dr. med. N._____, Facharzt für Orthopädie und chirurgische Orthopädie, erachtete gestützt auf eigene Untersuchungen die Diagnose Chronische Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen der HWS (ICD: M 54.2) als Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Als weitere Leiden erwähnte er ein chronisches Lumbalsyndrom bei mässiggradigen degenerativen Veränderungen der LWS mit Ausstrahlung in beide Beine, (neu) einen Innenmeniskuseinriss am rechten Knie sowie ein Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts. Beim Beschwerdeführer bestehe eine Leistungseinschränkung von Seiten der Wirbelsäule, wobei im Bereich der HWS, als auch im Bereich der LWS mässig bis ausgeprägte degenerative Veränderungen bekannt seien. Radikuläre Zeichen bzw. neurologische Ausfälle seien weder an den Armen noch an den Beinen feststellbar. Die Beweglichkeit im Bereich der Wirbelsäule sei eingeschränkt und die Schmerzempfindung - speziell in der HWS - erhöht. Am rechten Kniegelenk bestehe eine synoviale Reizung mit MR-verifiziertem Meniskuseinriss, die sich durch eine arthroskopische Behandlung recht gut behandeln lasse und mittelfristig keine Beschwerden mehr verursache. Auch bezüglich des Sulcus-ulnaris-Syndroms am rechten Ellbogengelenk sei keine längerfristige Einschränkung anzunehmen, da sich dieses ebenso operativ recht gut und erfolgreich operieren lasse. Aus orthopädischer Sicht seien keine schweren und ständigen mittelschweren Hebe- und Tragetätigkeiten möglich. Arbeiten über Kopf, sowie höhenexponierte Tätigkeiten müssten vermieden werden. Ständige Arbeiten in vorgebeugter und gebückter Position sowie ständige Arbeiten in der Hocke müssten ebenfalls vermieden werden. Bei Beachtung des entsprechenden Leistungskalküls seien die Tätigkeiten vollschichtig zumutbar (vgl. Dok. 63 S. 1 ff.).

E. 5.2.2.3

Aufgrund ihrer eigenen Untersuchung vom 20. August 2012 sowie unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. med. N._____ vom 4. September 2012 nennt Dr. med. K._____ im Formularbericht E 213 vom 14. September 2012 die Diagnosen chronische Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, chronisches Lumbalsyndrom bei mässiggradigen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Beine, Innenmeniskuseinriss rechtes Kniegelenk sowie ein Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts. Bezüglich der Leistungsfähigkeit hielt sie zusammenfassend fest, dem Beschwerdeführer seien aus orthopädischer und allgemeinärztlicher Sicht weiterhin respektive unverändert leichte sowie mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit leichten und fallweise mittelschweren Hebe- und Trageleistungen zuzumuten. Zwangshaltungen über Kopf seien nicht mehr möglich. Zwangshaltungen vorgebeugt, gebückt, kniend od. hockend sollten, wenn möglich, vermieden werden, so auch die Exposition von Kälte und Nässe. Wechselnde Körperhaltungen kämen dem Beschwerdeführer zugute (Dok. 64).

E. 5.2.3

Dem RAD wurde offenbar lediglich der bereits beurteilte Bericht der M._____ AG vom 23. April 2012 zur Beurteilung unterbreitet, so dass er sich am 20. September 2012 ausser Stande sah, eine abschliessende Beurteilung vorzunehmen, und auf der Einholung von

weiteren Verlaufsberichten insistierte (Dok. 66).

E. 5.2.4

Daher holte die IV-Stelle D. _____ diverse weitere Berichte ein und ergänzte ihr Dossier insbesondere auch mit den Akten der Taggeldversicherung, welche nebst der IV-Stelle D. _____ bereits zur Verfügung stehende, auch diverse bisher unbekannte medizinische Unterlagen enthielten:

E. 5.2.4.1

In den zuhanden der Taggeldversicherung erstellten Berichten von Dr. med. J. _____ vom 19. März 2012 (handschriftlich, teilweise kaum lesbar, Dok. 91 S. 44 f.) und von Dr. med. I. _____ vom 20. Juli 2012 (Dok. 91 S. 28) sowie im Bericht von Dr. med. O. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 16. Juli 2012 (Dok. 91 S. 22 und S. 24) werden die bekannten lumbalen und zervikalen Beschwerden sowie das Sulcus-ulnaris-Syndrom beschrieben. Dr. med. O. _____ wies zudem darauf hin, dass es keine Hinweise für eine zervikale Myelopathie sowie für Wurzelläsionen gegeben habe. Im Weiteren wird im MRT-Befundbericht von Dr. med. P. _____, Facharzt für Radiologie, vom 16. August 2012 die im orthopädischen Gutachten vom 4. September 2012 (E. 5.2.2.2 hiervor) erwähnte Meniskusschädigung am rechten Knie beschrieben (Dok. 91 S. 25).

E. 5.2.4.2

Im Verlaufsbericht vom 22. August 2012 führen die Dres. med. Q. _____/R. _____ das gleiche Diagnosebild wie im Bericht vom 23. Juli 2012 auf (vgl. Dok. 91 S. 26 f./S. 29 und E. 5.2.2.1 hiervor). In der darauf folgenden Kontrolluntersuchung vom 20. September 2012 ergänzten sie die Diagnoseliste mit den Diagnosen Zustand nach Blockaden (Facettenblockade lumbal L3-S1 beidseits im Juli 2012 sowie CT-gesteuerte Wurzelblockade HWS C6 beidseits im August) sowie zum Teil starker Singultus nach Cortison-Applikation (vgl. Dok. 91 S. 13 f.).

E. 5.2.4.3

Im zuhanden der Taggeldversicherung erstellten Gutachten vom 9. November 2012 nennt der Gutachter Dr. S. _____, Facharzt für Orthopädie, orthopädische Chirurgie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, die Diagnosen Zustand nach Zervikobrachialgie beidseits, rezidivierende Lumbago, mediobilaterale Diskusprotrusion L5/S1 sowie rezidivierende Lateralstenose L4/5 beidseits. Eine zervikale Myelopathie und eine Wurzelläsion auf Höhe C5/6/7 wird ausgeschlossen. Zudem wurden keine relevanten Hinweise auf ein Sulcus-ulnaris-Syndrom links gefunden, sondern lediglich eine mittelgradige Leistungsblockung sowie geringe Zeichen einer chronischen axonalen Schädigung des Sulcus-ulnaris rechts. Die Arbeitsfähigkeit erachtete der Gutachter zurzeit durch eine ISG-Blockade links als beeinflusst. Die Prognose lasse jedoch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Einschränkungen zu. Zum jetzigen Zeitpunkt werde eine Arbeitsfähigkeit als Produktionsmitarbeiter nach spätestens zwei Wochen bestehen, wobei zunächst eine 50 %-ige Belastung erfolgen solle. Nach weiteren zwei bis vier Wochen könne ein Übergang zu 100 % erfolgen. Zu vermeiden seien jedoch einseitige Körperhaltungen sowie Zwangshaltungen; ebenso Lasten von über 15 kg. Leichte Verweistätigkeiten seien spätestens nach zwei Wochen zu 100 % möglich (vgl. Dok. 91 S. 3 ff.).

E. 5.2.4.4

Dem Operationsbericht sowie dem zuhanden der Hausärztin erstellten Bericht des Landeskrankenhauses C. _____ vom 15. November 2012 und vom 21. November 2012 kann entnommen werden, dass beim Beschwerdeführer im Rahmen einer aufgrund eines Verdachts auf Appendicitis erfolgten Operation neu ein Verdacht auf einen Ileitis terminalis (Morbus Crohn) gestellt wurde. Im Rahmen der darauffolgenden histologischen Befunderhebung vom 19. November 2012 wurden die Diagnosen Duodenalschleimhautbiopsate ohne wesentlichen pathologischen Befund, Magenschleimhautbiopsate mit mässiger chronischer antrumdominanter HP-assoziiertes Gastritis, Dünndarmschleimhautbiopsate mit schwerer ulzeröser Ileitis im terminalen Ileum sowie Colonschleimhautbiopsate ohne wesentlichen pathologischen Befund gestellt (vgl. Dok. 90 S. 6 f. und Dok. 91 S. 6-11).

E. 5.2.4.5

Im schwer entzifferbaren handschriftlich verfassten IV-Verlaufsbericht zuhanden der IV-Stelle D. _____ vom Dezember 2012 (Eingang bei der IV-Stelle am 27. Dezember 2012) berichtet die Hausärztin Dr. med. J. _____ über die letzte am 27. November 2012 erfolgte Kontrolle des Beschwerdeführers, bei welchem ein stationärer Zustand bestehe, und verweist bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf ein beigelegtes Schreiben der Taggeldversicherung vom 13. Dezember 2012, gemäss welchem nach dem operativen Eingriff vom 12. November 2012 (vgl. E. 5.2.4.4 hiervor) maximal vier Wochen von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei.

E. 5.2.5

Im Rahmen der aufgrund der neu vorgelegten Berichte erfolgten Stellungnahme vom 11. Januar 2013 verwies der RAD-Arzt Dr. med. T. _____ (ohne Nennung der Fachrichtung) zunächst auf die beiden Stellungnahmen des RAD-Arztes Prof. Dr. med. L. _____ vom 31. August 2012 sowie vom 20. September 2012 und nannte insbesondere gestützt auf den Formularbericht E 213 vom 14. August 2012 (recte: 14. September 2012; vgl. Dok. 64) die Diagnosen chronische Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, chronisches Lumbalsyndrom bei mässiggradigen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Beine, Innenmeniskusriss rechtes Kniegelenk sowie Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts. Mangels eines zuverlässigen Beschriebs der damals zuletzt ausgeübten Tätigkeit sah er sich zunächst ausser Stande, eine seriöse Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzugeben (vgl. Dok. 92). Nach Eingang des entsprechend ergänzten Fragebogens für Arbeitgeber vom 29. Januar 2013 (vgl. Dok. 94 und Dok. 96) attestierte er dem Beschwerdeführer mit abschliessender Stellungnahme vom 4. Februar 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Produktion. Leichte und mittelschwere wechselbelastende körperliche Tätigkeiten mit leichten und fallweise mittelschweren Hebe- und Trageleistungen, ohne Zwangshaltungen über Kopf sowie unter Ausschluss von Kälte und Nässe exponierten Tätigkeiten, die eine vorgebeugte, gebückte, kniende oder hockende Zwangshaltung erfordern, erachtete er hingegen als ganztags zumutbar (vgl. Dok. 95). Diese Beurteilung war die Grundlage für die rechtskräftige rentenablehnende Verfügung vom 6. Mai 2013.

E. 6.1

Im Rahmen des am 5. November 2015 (Dok. 116) erneut gestellten Leistungsbegehrens standen folgende medizinischen Unterlagen zur Verfügung:

E. 6.1.1

Den diversen Befundberichten des MR Instituts Feldkirch der Dres. med. G._____/P._____/U._____ aus dem Zeitraum vom 17. März 2015 bis 30. November 2015 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer erneut aufgrund seiner Wirbelsäulen- und Kniebeschwerden mehrfach mittels bildgebender Verfahren abgeklärt wurde. Insgesamt wurden dabei bezüglich der LWS eine flache Hernie L3/L4, eine-rechtslateral betonte Protrusion L4/L5 mit leichter Recessuseinengung sowie eine mittelgradige rechtsseitige Neuroforaminalstenose festgestellt. Bezüglich der HWS wurde eine multisegmentale Diskopathie mit Protrusionen und kleinen Hernien sowie eine mittelgradige Spinalkanalstenose von C3-C7 ohne Signalalterationen im Myelon festgestellt. Bezüglich des rechten Knies berichten die Radiologen insbesondere von einem Zustand nach medialer Meniskusteilresektion, einer Meniskopathie ohne Reruptur, einer Chondropathia patellae Grad IV mit bekannter Fissur an der lateralen Facette, einer inzipienten Chondropathie im medialen Kompartiment sowie einem Reizerguss. Bezüglich des linken Knies schliesslich stellten sie eine Grad-II-Läsion bzw. Degeneration im Hinterhorn des Innenmeniskus, Knorpelläsionen bzw. ulcera median im patellaren Knorpelüberzug, welche grösstenteils die gesamte Knorpelbreite betreffe, sowie eine Bakerzyste fest (vgl. Dok. 130-135).

E. 6.1.2

Im Weiteren lag ein neues, vom österreichischen Sozialversicherungsträger in Auftrag gegebenes orthopädischen Gutachten vom 17. Januar 2016 vor. Darin führt der Gutachter Dr. med. V._____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, die ICD-10 Diagnose-Codes M54.1 (Radikulopathie), M17.9 (Gonarthrose, nicht näher bezeichnet), M75.4 (Impingement-Syndrom der Schulter) sowie F32.9 (Depressive Episode, nicht näher bezeichnet) auf, und hielt hinsichtlich der Leistungsfähigkeit fest, dass aus orthopädischer Sicht eine mässige Einschränkung des Leistungskalküls bestehe respektive dem Beschwerdeführer leicht bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten bei durchschnittlichem Zeitdruck zumutbar seien. Im Weiteren wies er darauf hin, dass sich bei der Untersuchung lediglich eine eingeschränkte Compliance gezeigt habe und jede Berührung als schmerzhaft angegeben worden sei. Im Weiteren erachtete Dr. med. V._____ aufgrund eines Verdachts auf Somatisierung ein psychiatrisches Gutachten als erforderlich (vgl. Dok. 139).

E. 6.1.3

Nach einem vom 3. Februar 2016 bis zum 16. März 2016 dauernden stationären Aufenthalt im Zentrum W._____ zur psychosozialen Rehabilitation (ohne nennenswerte Besserung des Zustands), aufgrund dessen beim Beschwerdeführer die Diagnosen leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), chronische Schmerzen mit organischen und psychischen Faktoren, Zustand nach Meniskus-OP rechts im November 2015 und 2014 sowie Dorsalgie gestellt wurden (vgl. Entlassungsbericht von Dr. med. X._____, Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, vom 16. März 2016, Dok. 138), fand am 18. März 2016 die empfohlene fachärztliche psychiatrische Begutachtung statt. Der Gutachter Dr. med. Y._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, stellte dabei die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und leichte depressive Episode mit Chronifizierung (ICD-10: F32.0). Bezüglich der Leistungsbeurteilung hielt Dr. med. Y._____ fest, aus psychiatrischer Sicht sei mit leichten Einschränkungen die Arbeitswiederaufnahme grundsätzlich zumutbar; die

organische Komponente bezüglich seiner chronischen Schmerzstörung müsse aus somatischer Sicht beurteilt werden. Auszuschliessen seien aus psychiatrischer Sicht Schicht- und Nachtarbeiten sowie eine überwiegende Exposition gegenüber extremeren Umgebungsbedingungen wie Kälte, Nässe, Hitze und Lärm. Bezüglich des geistigen Leistungsvermögens müsse es sich um eine mässig schwierige Tätigkeit handeln. Zudem sei seine psychische Belastbarkeit durchschnittlich, dennoch sei ein fallweise forciertes Arbeitstempo zumutbar. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei aus psychiatrischer Sicht bei eingetretener Chronifizierung in absehbarer Zeit vorhersehbar nicht zu erwarten (vgl. das am 20. Mai 2016 erstattete Gutachten, Dok. 137).

E. 6.1.4

Im Weiteren erstattet der Dr. med. Z._____, Facharzt für Psychiatrie, am 12. Mai 2016 der Hausärztin Dr. med. J._____ Bericht, dass sich die Situation trotz laufender Psychotherapie wenig verändert habe. Die Belastungsfähigkeit sei bei guter Compliance nach wie vor eingeschränkt und eine berufliche Integration unwahrscheinlich. Als Diagnosen nannte er ebenfalls eine depressive Entwicklung sowie chronische Schmerzen mit organischen und psychischen Faktoren (vgl. Dok. 136).

E. 6.1.5

Im zuhanden des österreichischen Sozialversicherungsträgers erstellten Formularbericht E 213 vom 2. Juni 2016 stellte die abermals Beauftragte Ärztin Dr. med. K._____ gestützt auf eigene Untersuchungen vom 31. Mai 2016 sowie unter Berücksichtigung der beiden Fachgutachten von Dr.med. V._____ vom 17. Januar 2016 sowie von Dr. med. Y._____ vom 20. Mai 2015 die Diagnosen Schmerzen der gesamten WS bei deutlichen degenerativen Veränderungen der HWS und geringer altersentsprechender Degeneration der LWS, Schmerzen der Knie beidseits bei mässiger Arthrose, Impingement-Syndrom der Schulter beidseits, chronische Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren sowie leichte depressive Episode mit Chronifizierung. Hinsichtlich der Leistungsbeurteilung hielt sie zusammenfassend fest, dass der Beschwerdeführer aus orthopädisch und psychiatrischer Sicht weiterhin als arbeitsfähig einzustufen sei. Leicht bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten seien ihm zuzumuten. Die Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Hitze sollte vermieden werden, wie auch starke Lärmentwicklung, über Kopf Arbeiten sowie kniende Positionen (vgl. Dok. 128).

E. 6.1.6

Die zur Beurteilung der mit Neuanmeldung vom 5. November 2015 eingereichten Berichte konsultierte RAD-Ärztin Dr. med. A.b._____, Fachärztin für Innere Medizin, stellte am 4. Juli 2016 gestützt darauf als (Haupt-)Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Schmerzen an der Wirbelsäule bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen an der HWS sowie bei altersentsprechenden degenerativen Veränderungen an der LWS (ICD-10: M54), eine mässige Arthrose der Knie beidseits bei Status nach Meniskusoperationen in den Jahren 2013 und 2015 (ICD-10: M17.4), ein Impingement der Schultern beidseits (ICD-10: M75.4), eine leichte depressive Episode chronifiziert (ICD-10: F32) sowie chronische Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Bezüglich der Leistungsfähigkeit führte die RAD-Ärztin aus, dass an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 2013 festgehalten werden könne und eine den Leiden angepasste Tätigkeit nach wie vor zu 100 % möglich sei (vgl. Dok. 146). Diese Beurteilung war die Grundlage für die rechtskräftige Nichteintretensverfügung der

Vorinstanz vom 22. September 2016 (Dok. 148).

E. 6.2

Im Rahmen des vorliegend zu beurteilenden mit Neuanmeldung vom 31. August 2017 eingeleiteten neuen Gesuchsverfahrens standen folgende medizinische Unterlagen zur Verfügung:

E. 6.2.1

Zunächst wurden der Vorinstanz drei Labor-Befundberichte von Dr. med. B.c._____, Facharzt für Innere Medizin, vom 20. August 2015, vom 14. Februar 2017 sowie vom 7. März 2017 mit diversen erhobenen Laborwerten (vgl. Dok. 159-162) und wiederum mehrere Befundberichte bildgebender Verfahren von Dr. med. P._____ vom 21. September 2016 (Dok. 157) und vom 15. Dezember 2016 (Dok. 156), von Dr. med. U._____ vom 15. September 2017 (Dok. 155) sowie von Dr. med. I._____ vom 18. Oktober 2017 (Dok. 158) eingereicht, in welchen die bekannten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie der Knie beschrieben werden. Insbesondere im jüngsten Befundbericht von Dr. med. I._____ vom 18. Oktober 2017 konnten bezüglich der HWS mit Uncovertebralarthrosen, Spondylarthrosen, relativen Neuroforamen-, Recessus- sowie Spinalkanalengen weiterhin eine Wurzelbedrängung und eine Myelopathie ausgeschlossen werden (vgl. Dok. 158).

E. 6.2.2

Bezüglich dieser Berichte wurde erneut die RAD-Ärztin Dr. med. A.b._____ konsultiert. Mit Stellungnahme vom 2. Februar 2018 nannte sie als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Schmerzen an der Wirbelsäule mit ausgeprägten degenerativen Veränderungen an der HWS ohne zervikale Myelopathie und mit altersentsprechenden degenerativen Veränderungen an der LWS (ICD-10: M54). Im Weiteren nannte sie als Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mässige Arthrose der Knie beidseits bei Status nach Meniskusoperationen in den Jahren 2013 und 2015 (ICD-10: M17.4), Impingement der Schultern beidseits (ICD-10: M75.4), eine leichte depressive Episode chronifiziert (ICD-10: F32) sowie chronische Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Im Weiteren wies sie darauf hin, aus den aktuell vorgelegten Unterlagen kämen die bekannten gesundheitlichen Probleme zur Darstellung, welche bereits in der RAD-Stellungnahme im Jahr 2013 berücksichtigt worden seien. Deshalb könne an der bisherigen Beurteilung festgehalten werden (vgl. Dok. 164).

E. 6.3

Infolge des gestützt auf die RAD-ärztliche Stellungnahme vom 2. Februar 2018 erlassenen Vorbescheids vom 16. Februar 2018 reichte der Beschwerdeführer die folgenden vom Landesgericht E._____ in Auftrag gegebenen Gutachten und ergänzenden gutachterlichen Stellungnahmen ein:

E. 6.3.1

Im orthopädisch-neuropsychiatrischen Hauptgutachten vom 29. September 2016 (Dok. 174; vgl. auch das separate neuro-psychiatrische Teil-Gutachten vom 26. September 2016 [Dok. 172]) der beiden Gutachter Dr. med. C.d._____, Facharzt für Orthopädie, orthopädische Chirurgie sowie Unfallchirurgie, und Dr. med. D.e._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, wird zusammenfassend das Folgende festgehalten:

E. 6.3.1.1

Aus orthopädischer Sicht bestünden eine beginnende Retropatellararthrose bei beiden Kniegelenken, ein Impingement-Syndrom bei beiden Schultern sowie ein chronisches Zervikal- und Lumbalsyndrom bei degenerativen Veränderungen. Aufgrund der objektiv feststellbaren Befunde an der Wirbelsäule bestehe eine Funktionseinschränkung leichten Grades mit entsprechenden Einschränkungen im Alltag und Berufsleben. Vermehrte axiale Belastung der Wirbelsäule - z.B. längerdauernde vornübergebeugte Haltung, grössere Rotationsbelastungen der Wirbelsäule (z.B. längerdauernde Verdrehungen des Oberkörpers gegenüber dem Unterkörper) - könnten zu Schmerzen führen. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei reduziert. An beiden Schultergelenken zeige sich ein Impingement-Syndrom; darunter sei eine Einengung des Gleitraumes für die Sehnen der Rotatorenmanschettenmuskulatur und den Schleimbeutel zwischen Oberarmkopf und Schulterdach zu verstehen; Tätigkeiten, die eine forcierte Belastung des Armes, nämlich eine mehr als nur fallweise Tätigkeit über Schulterhöhe bzw. über Kopfhöhe erfordern, führten zu Schmerzen. Aufgrund der Veränderungen im rechten und linken Kniegelenk könnten Schmerzen auftreten bei erhöhtem Anpressdruck der Kniescheiben, wie dies beim Knien, in Hockstellung, beim Treppensteigen der Fall sei. Schmerzen könnten ausgelöst werden, wenn Schärbbewegungen die Kniegelenke belasteten, z.B. beim Gehen in Schräglagen, in unbefestigtem Gelände oder Bergabgehen.

E. 6.3.1.2

Neuro-psychiatrischerseits bestehe eine leichtgradig ausgeprägte Depression mit chronifizierendem Verlauf bei langjährigen körperlichen Schmerzen und sozialen Problemen. Ein stärker ausgeprägtes depressives Achsensyndrom liege nicht vor. Dies erkläre wohl auch das fehlende Ansprechen auf antidepressive Medikamente in der Vergangenheit. Diese wirkten mehr, je ausgeprägter die Depression vorhanden sei. Auch der behandelnde Nervenarzt Dr. Z._____ spreche nur von einer leichtgradig ausgeprägten Depression. Dies stehe in Einklang mit dem jetzigen Untersuchungsbefund und dem Befund des Gutachters Dr. Y._____. Zeichen eines stärker ausgeprägten Achsensyndromes mit Biorhythmusstörung u. Devitalisierung seien nicht vorhanden. Der Untersuchte klage über Schlafstörungen, nehme derzeit jedoch kein schlafförderndes Medikament ein. Laut ICD-10 handle es sich bei einer leichtgradigen Depression um eine Depression, die gewisse Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben könne, nicht jedoch zur Arbeitsunfähigkeit führe. Auf neurologischem Gebiet lasse sich hingegen keine Krankheit oder Funktionsstörung feststellen.

E. 6.3.1.3

In der Gesamtschau seien dem Beschwerdeführer leichte, fallweise auch mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten in geschlossenen Räumen ohne Einwirkung von Kälte, Nässe und Durchzug zu 8 Stunden pro Tag und nur mit zeitweise überdurchschnittlichem Zeitdruck zumutbar. Dabei sollte Folgendes vermieden werden: Häufiges Heben und Tragen von Lasten über 25 kg bzw. 15 kg; Tätigkeiten mit Zwangsstellung des Oberkörpers oder des Kopfes in einer Vorneigung von mehr als 45° ohne Abstützmöglichkeiten; Tätigkeiten, bei denen über einen längeren Zeitraum eine Hohlkreuzstellung eingenommen werden müsse; Tätigkeiten mit ruckartigen Kopfbewegungen, Kopfseitendrehungen von mehr als 45° sowie Kopfneigungen nach hinten; Tätigkeiten, die mit häufigem Bücken verbunden seien; Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten. Tätigkeiten auf einem Laufbrett; Tätigkeiten, die eine Belastung des linken und rechten Armes forcierten sowie eine mehr als

nur fallweise Tätigkeit über Schulterhöhe bzw. über Kopfhöhe erforderten; Tätigkeiten, die mit Gehen in Schräglagen, Bergabgehen und Gehen in unbefestigtem Gelände verbunden seien; Tätigkeiten, bei denen die Kniegelenke immer wieder gebeugt und gestreckt werden müssten, insbesondere unter Gewichtsbelastungen; Tätigkeiten, die mit häufigem Treppensteigen verbunden seien sowie Tätigkeiten dauernd im Knien und in Hockstellung, schliesslich derzeit auch Tätigkeiten im Wechsel von Tag- und Nachtschicht aufgrund von Schlafstörungen.

E. 6.3.2

Zusätzlich wurde im Auftrag des Landesgerichts E. _____ am 3. Mai 2017 ein internistisches Fachgutachten erstellt. Dr. med. E.f. _____, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte eine Cholesterinerhöhung (Hypercholesterinämie) mit niedrigem HDL sowie ein orthopädisches Schmerzsyndrom. Die Cholesterinerhöhung mit Erniedrigung des guten HDL sei per se eine Risikokonstellation für eine Verkalkung der Gefässe. Bei der Untersuchung hätten sich aber keine Ablagerungen gezeigt. Lediglich im Bereich der linken Karotis fänden sich leicht beginnende arteriosklerotische Wandveränderungen, die derzeit noch keine pathologische Bedeutung erlangten. Die Herzfunktion sei uneingeschränkt, das RR-Verhalten regelrecht; Rauchen bestehe nicht, ebenso wenig ein Diabetes mellitus Typ II. Somit fänden sich keine weiteren Risikokonstellationen. Der Belastungsversuch sei aufgrund der orthopädischen Beschwerden eingeschränkt gewesen, Hinweise für eine koronare Insuffizienz fänden sich aber nicht. Der restliche Organstatus sei unauffällig. Aus internistischer Sicht sei der Beschwerdeführer ohne Einschränkungen arbeitsfähig (vgl. Dok. 175).

E. 6.3.3

In Ergänzung zu seinem Gutachten vom 3. Mai 2017 nahm Dr. med. E.f. _____ am 9. Januar 2018 auf Ersuchen des Landesgerichts E. _____ zu einem Befundbericht von Dr. med. O. _____ vom 2. Juni 2017, zu einem MRT-Befundbericht vom 19. September 2017 (ohne Nennung des untersuchenden Arztes) sowie zu einem Magenspiegelungsbefund von Dr. med. F.g. _____, Facharzt für Innere Medizin, vom 12. Oktober 2017 Stellung. Hinsichtlich des MRT-Befundberichts hielt er fest, dass dieser orthopädisch zu beurteilen sei. Im Weiteren hielt er bezüglich des Berichts von Dr. med. F.g. _____ fest, dass eine milde Magenschleimhautentzündung grundsätzlich mittels Medikamente heilbar sei. Aus internistischer Sicht ändere sich nichts am Leistungskalkül vom 3. Mai 2017 (vgl. Dok. 176).

E. 6.3.4

Befragt zu denselben drei Berichten führte Dr. med. D.e. _____ am 17. Januar 2018 ergänzend aus, dass sich daraus keine neuen Aspekte ergäben. Die elektrophysiologische Untersuchung habe keine Hinweise für periphere Nervenläsionen oder eine Wurzelläsion ergeben. Dem MRT-Befund seien keine neuen Aspekte aus neuropsychiatrischer Sicht zu entnehmen. Es ergäben sich dort keine Anhaltspunkte für eine zervikale Myelopathie, namentlich eine Schädigung des Halsmarkes. Dem Arztbericht von Dr. med. F.g. _____ seien ebenso wenig neue Aspekte zu entnehmen, die das neuropsychiatrische Gebiet betreffen. Gesamthaft ergebe sich keine Änderung des Leistungskalküls auf neuropsychiatrischem Gebiet (vgl. Dok. 173).

E. 6.3.5

Mit abschliessender Stellungnahme vom 1. Juni 2018 hielt Dr. med. A.b._____, ohne näher detailliert auf die im Vorbescheidverfahren vorgelegten Gutachten einzugehen, an ihrer Beurteilung vom 2. Februar 2018 fest (vgl. Dok. 183).

E. 7

Zu prüfen ist zunächst, ob ein Neuanmeldegrund vorliegt (vgl. E. 3.5 und E. 3.8.1 hiervor) respektive ob die Vorinstanz diesbezüglich den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 7.1

Die Vorinstanz hat vorliegend selber kein externes Gutachten eingeholt, sondern stützt sich im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. A.b._____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, vom 2. Februar 2018 (Dok. 164) und vom 1. Juni 2018 (Dok. 183), die ohne eigene Untersuchungen eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat. Auf Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Nach der Praxis kann einem reinen Aktengutachten auch voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). 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). Die versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzte müssen dabei über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 7.2

Der RAD-Ärztin standen für die Aktenbeurteilung im zweiten Gesuchsverfahren zwar zahlreiche ärztliche Berichte zur Verfügung, jedoch enthalten nur die im Vorbescheidverfahren vom Beschwerdeführer vorgelegten, im Auftrag des Landesgerichts E._____ erstellten internistischen sowie orthopädisch-neuropsychiatrischen Gutachten und die beiden ergänzenden Stellungnahmen der Dres. med. D.e._____, C.d._____ sowie E.f._____ vom 26. und 29. September 2016, vom 3. Mai 2017 sowie vom 9. und 17. Januar 2018 (vgl. Dok. 172-176) eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Aus diesen geht hervor, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht insbesondere an Beschwerden der Lenden- sowie Halswirbelsäule, an Schultergelenksbeschwerden sowie an Kniebeschwerden leidet, und dass deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit insofern unbestritten sind, als schwere körperliche Tätigkeiten, wie z.B. die zuletzt in der Schweiz ausgeübte als Produktionsmitarbeiter, nicht mehr als zumutbar erachtet werden. Umstritten ist hingegen

die Einschätzung aus somatischer Sicht, wonach im Vergleich zur letzten umfassenden materiellen Beurteilung unverändert eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeiten attestiert wird (vgl. Dok. 172-176). Im Weiteren gilt es in casu zu beachten, dass im Vergleich zur letzten auf einer umfassenden materiellen Abklärung basierenden Gesuchs-Abweisung vom 6. Mai 2013 beim Beschwerdeführer zwischenzeitlich psychische Beschwerden hinzugetreten sind. Rechtsprechungsgemäss muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierenden Grundlage erfolgen. Denn Zweck solcher interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Insbesondere beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen ist es nicht gerechtfertigt, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (Urteil des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2).

E. 7.3

Zwar enthält das vom Landesgericht E._____ in Auftrag gegebene orthopädisch-neuropsychiatrische Gutachten vom 29. September 2016 in Bezug auf diese Fachdisziplinen eine Gesamtschau über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Dok. 174; vgl. auch das psychiatrische Teil-Gutachten vom 26. September 2016 [Dok. 172]). Indessen erfüllt dieses Gutachten trotz der darin enthaltenen Gesamtbeurteilung im vorliegenden Fall nicht die in der Schweiz geltenden versicherungsmedizinischen Anforderungen an ein Gutachten, um als rechtsgenügende Grundlage für eine Aktenbeurteilung zu dienen. Zum einen weicht Dr. med. D.e._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, in seinem neuropsychiatrischen Teilgutachten vom 26. September 2016 (vgl. Dok. 172) bezüglich der Diagnosestellung in psychiatrischer Hinsicht von den übrigen in den Akten befindlichen Arztberichten ab, indem er lediglich die Diagnose «leichtgradig ausgeprägte Depression mit chronifizierendem Verlauf bei langjährigen Schmerzen und sozialen Problemen» stellt, während sowohl Dr. med. X._____, Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, im ärztlichen Entlassungsbericht des Zentrums W._____ vom 16. März 2016 (Dok. 138) als auch der behandelnde Psychiater Dr. med. Z._____ in seinem Bericht vom 13. Mai 2016 (Dok. 136) wie auch insbesondere der vom österreichischen Sozialversicherungsträger beauftragte Psychiater Dr. med. Y._____ in seinem Gutachten vom 20. Mai 2016 (Dok. 137) übereinstimmend auch die Diagnose chronische Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) stellen. Dr. med. Y._____ erachtete diese Diagnose im Rahmen seiner Begutachtung gar als Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit, während er die Diagnose leichte depressive Episode mit Chronifizierung (ICD-10: F32.0) lediglich als weiteres Leiden aufführte. Obwohl der vom Landesgericht E._____ beauftragte Gutachter Dr. med. D.e._____ bei der Aktenauflistung alle drei Berichte erwähnte (vgl. Seite 7 des Gutachtens), setzt er sich mit keinem Wort mit der von seiner Diagnosestellung abweichenden Beurteilung der übrigen Fachpsychiater auseinander. Im Gegenteil. Beim Zitieren der vorgenannten Berichte bleibt die von Dr. med. X._____, Dr. med. Z._____ und von Dr. med. Y._____ übereinstimmend gestellte Diagnose chronische Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren gänzlich unerwähnt. Dr. med.

D.e. _____ erwähnt lediglich die von den Ärzten ebenfalls gestellte Diagnose der leichten depressiven Episode mit Chronifizierung und führt in Beantwortung der ersten Frage dazu aus, dass diese Diagnose in Einklang zu seinem Untersuchungsbefund stehe. Bereits das unvollständige Wiedergeben der entsprechenden Berichte verstösst gegen Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (vgl. Urteil des BGer 9C_203/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 3.3.1.2), welche zwar nicht behördlich-verbindlichen Charakter besitzen, aber doch den fachlich anerkannten Standard für eine sachgerechte, rechtsgleiche psychiatrische Begutachtungspraxis in der Schweiz formulieren (vgl. Urteil des BGer 8C_913/2010 vom 18. April 2011 E. 3.4.1). Im Weiteren unterlässt es Dr. med.

D.e. _____ auch zu begründen, weshalb die Diagnose chronische Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren vorliegend nicht zu stellen sei (vgl. Dok. 172 S. 7 f.). Damit fehlt es dem psychiatrischen Teil-Gutachten für die Beurteilung der Invalidität bereits an der erforderlichen lege artis gestellten Diagnose (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2) und die Vorinstanz wäre aufgrund dieser Widersprüche gehalten gewesen, weitere medizinische Abklärungen zu tätigen.

E. 7.4

Kommt hinzu, dass bei Vorliegen psychischer Erkrankungen, namentlich einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (wobei bei der Diagnosestellung der diagnoseinhärente Schweregrad zu beachten ist, vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und E. 4.3.1.1) bzw. eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder einer depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), die neue bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren fordert, die es - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. E. 5.7 hiervor). Gerade bei chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren fehlt der Bezug zum Schweregrad, so dass die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens zentral ist und diese anhand der rechtserheblichen Indikatoren im Sinne einer Überprüfung der schmerzbedingten Beeinträchtigung im Alltag zu erfolgen hat (vgl. BGE 142 V 106 E. 4.2-E. 4.4). Die von einer sachverständigen medizinischen Fachperson, namentlich einem Psychiater, vorzunehmende Prüfung der Standardindikatoren (vgl. dazu eingehend BGE 141 V 281) ist vorliegend offensichtlich nicht erfolgt, weshalb vorliegend insbesondere allfällige Auswirkungen der psychischen Leiden vollständig ungeklärt geblieben sind. Diese lässt sich vorliegend auch nicht nachholen, da das psychiatrische Teil-Gutachten vom 26. September 2016 - wie soeben dargelegt (E. 6.2 hiervor) - mangels einer Auseinandersetzung mit den abweichenden Schlussfolgerungen bezüglich der Diagnosestellung weder schlüssig noch nachvollziehbar ist. Darüber hinaus lassen sich dem Gutachten, welches lediglich in Bezug auf den vom Landesgericht E. _____ gestellten Fragekatalog erstellt wurde, zu wenige Angaben entnehmen, um den mit BGE 141 V 281 eingeführten Katalog von Standardindikatoren (vgl. dazu E. 3.8 hiervor) rechtsgenügend prüfen zu können. In diesem Zusammenhang ist im Übrigen anzumerken, dass bereits im Rahmen des vorangegangenen Neuanmeldeverfahrens trotz der bereits damals aktenkundigen Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren keine Prüfung der Standardindikatoren vorgenommen wurde, obwohl zum Zeitpunkt der RAD-ärztlichen Stellungnahme von Dr. med. A.b. _____ vom 4. Juli 2016 - deren

Beurteilung als Internistin in psychiatrischer Hinsicht mangels fachlicher Qualifikation ohnehin nur ein herabgesetzter Beweiswert zugekommen wäre - sowohl das die Indikatoren-Rechtsprechung begründete Grundsatzurteil des Bundesgerichts BGE 141 V 281 als auch insbesondere der im Zusammenhang mit dieser Diagnose ergangene konkretisierende Entscheid BGE 142 V 106 (dieses Urteil datiert vom 12. Februar 2016) bereits ergangen waren.

E. 7.5

Überdies war das psychiatrische Teil-Gutachten vom 26. September 2016 - wie auch das vier Monate zuvor erstellte Gutachten von Dr. med. Y._____ vom 20. Mai 2016 - im Zeitpunkt der abschliessenden Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 1. Juni 2018 bereits über anderthalb Jahre alt und somit ohnehin nicht mehr aktuell, zumal sich bezüglich des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers in den Akten für den Zeitraum nach der am 19. September 2016 erfolgten psychiatrischen Exploration keine weiteren medizinischen (Verlaufs-)Berichte finden lassen. Der Mangel der fehlenden Aktualität sowie der nicht nachvollziehbaren Diagnosestellung wird auch nicht durch die Gutachtensergänzung von Dr. med. D.e._____ vom 17. Januar 2018 (Dok. 173) behoben, da die ergänzende Stellungnahme lediglich im Zusammenhang mit dem MRT-Befundbericht vom 19. September 2017 (Dok. 155), dem in den vorinstanzlichen Akten nicht enthaltenen neurologischen Befundbericht von Dr. med. O._____ vom 2. Juni 2017 sowie dem in den vorinstanzlichen Akten ebenfalls nicht enthaltenen Magenspiegelungsbefund von Dr. med. F.g._____ vom 12. Oktober 2017 ergangen ist (vgl. auch Gutachtensergänzung von Dr. med. E.f._____ vom 9. Januar 2018 [Dok. 176]).

E. 7.6

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die medizinische Aktenlage unvollständig ist. Insbesondere sind die Auswirkungen der psychischen Beschwerden vollständig ungeklärt geblieben. Darüber hinaus ist den medizinischen Akten auch keine rechtsgenügende umfassende fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten somatischen und psychischen Beeinträchtigungen bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu entnehmen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Mangels eines lückenlos feststehenden medizinischen Sachverhalts kann mithin auf die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. A.b._____ als Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht abgestellt werden. Viel mehr bestehen aufgrund des soeben Dargelegten an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme des RAD erhebliche Zweifel. Dies konnte vor Verfügungserlass nur Anlass zu weiteren Abklärungen geben. Daraus folgt, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend daher auch nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat.

E. 8.1

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG) entscheidungswesentliche

Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es insbesondere an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung der somatischen und psychischen Beschwerden fehlt und die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren noch kein Gutachten eingeholt, sondern sich lediglich auf die - wie dargelegt - ungenügenden Aktenbeurteilungen ihrer versicherungsinternen Medizinerin gestützt hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich im Sinne des mit Beschwerde vom 10. Juli 2018 (Datum Postaufgabe) gestellten Eventualantrags gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 8.2

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie nach Aktualisierung des medizinischen Dossiers (insbesondere auch unter Beizug der im Gerichtsverfahren in Österreich ergangenen medizinischen Dokumente) eine umfassende interdisziplinäre medizinische Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen zur Klärung der Fragen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestehen, sowie insbesondere auch zur Klärung der sich im Rahmen des vorliegenden Neuanmeldeverfahrens stellenden Frage, ob und gegebenenfalls inwiefern, ab wann und in welchem Ausmass eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist im Vergleich zum Gesundheitszustand, wie er sich im Mai 2013 präsentierte; dabei ist selbstverständlich zum gesamten Verlauf des Gesundheitszustands seit Mai 2013 Stellung zu nehmen und aufzuzeigen, welche gesundheitlichen Veränderungen im Vergleich zum Vorzustand (Mai 2013) mit welchen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit insbesondere in einer angepassten Tätigkeit aufgetreten sind, dies insbesondere im Rahmen einer interdisziplinären Gesamtbetrachtung aller Leiden und ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der medizinischen Aktenlage geboten erscheint ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie sowie Psychiatrie (letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung, BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Allenfalls erscheint mit Blick auf die erstmals mit Replik vom 26. September 2018 unter Beilage von Berichten betreffend Ton- und Sprachaudiogramm sowie Audiometrie geltend gemachten Hörschwierigkeiten und damit zusammenhängenden Gangunsicherheiten zusätzlich die Disziplin Oto-Rhino-Laryngologie (HNO) als geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch ein HNO-Facharzt und allenfalls weitere Spezialisten beizuziehen sein werden, 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 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1), und sie letztverantwortlich sind für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3). Mit Blick auf das Beweisthema (rechtserhebliche Änderung des Gesundheitszustands seit der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 6. Mai 2013) haben die Gutachter betreffend den zu beurteilenden Zeitraum sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der neuen Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen.

E. 8.3

Die polydisziplinäre 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 BVGer 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. 8.4

Schliesslich ist die Vorinstanz darauf hinzuweisen, dass, sollte aufgrund der medizinischen Abklärungen eine Restarbeitsfähigkeit festgestellt werden, mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers gemäss höchstrichterlichen Rechtsprechung auch die nach den Umständen des Einzelfalls zu klärende Frage zu beantworten sein wird, ob eine allenfalls festgestellte Restarbeitsfähigkeit in casu auch verwertbar ist (vgl. statt vieler Urteil des BGer 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2 und E. 3 mit weiteren Hinweisen).

E. 9

Der Beschwerdeführer stellte mit Beschwerde vom 10. Juli 2018 (Datum Postaufgabe) den Antrag auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung.

E. 9.1

Von einer ausdrücklich beantragten öffentlichen Verhandlung kann dann abgewichen werden, wenn der Antrag der Partei als schikanös erscheint oder auf eine Verzögerungstaktik schliessen lässt und damit dem Grundsatz der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens zuwiderläuft oder sogar rechtsmissbräuchlich ist. Gleiches gilt, wenn sich ohne öffentliche Verhandlung mit hinreichender Zuverlässigkeit erkennen lässt, dass eine Beschwerde offensichtlich unbegründet oder unzulässig ist. Als weiteres Motiv für die Verweigerung einer beantragten öffentlichen Verhandlung fällt die hohe Technizität der zur Diskussion stehenden Materie in Betracht, was etwa auf rein rechnerische, versicherungsmathematische oder buchhalterische Probleme zutrifft, wogegen andere dem Sozialversicherungsrecht inhärente Fragestellungen materiell- oder verfahrensrechtlicher Natur wie die Würdigung medizinischer Gutachten in der Regel nicht darunterfallen. Schliesslich kann das kantonale Gericht von einer öffentlichen Verhandlung absehen, wenn es auch ohne eine solche aufgrund der Akten zum Schluss gelangt, dass dem materiellen Rechtsbegehren der bezüglich der Verhandlung antragstellenden Partei zu entsprechen ist (BGE 136 I 279 E. 1 mit Hinweis auf BGE 122 V 47 E. 3b/ee und 3b/ff.; Urteile des BGer 8C_64/2017 vom 27. April 2017 E. 3.2 [mit Hinweis auf BGE 136 I 279 E. 1 und 122 V 47 E. 3b] und 8C_338/2016 vom 21. November 2016 E. 1.2).

E. 9.2

Nachdem das Bundesverwaltungsgericht im Hauptentscheid die Beschwerde gutheisst, indem es die Sache zur Einholung eines für die invalidenversicherungsrechtlichen Belange umfassenden versicherungsexternen polydisziplinären Gutachtens an die Vorinstanz zurückweist, erübrigt sich die Durchführung der beantragten öffentlichen Parteiverhandlung

gemäss Art. 6 EMRK. Denn eine solche vermöchte am vorliegenden Verfahrensausgang nichts zu ändern. Unter diesen Umständen ist auf die beantragte mündliche Verhandlung zu verzichten (vgl. Urteile des BVGer C-5626/2017 vom 16. Juli 2019 E. 9 und C-6646/2016 vom 20. März 2019 E. 6).

E. 10

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 911.36 ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen.

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