

BVGer C-4096/2021 vom 16. Juli 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-07-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4096_2021_d20210716

FR: TAF C-4096/2021 du 16 juillet 2021

IT: TAF C-4096/2021 del 16 luglio 2021

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch, Verfügung der IVSTA vom 16. Juli 2021

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. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten

C-4096/2021 Seite 4 (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. b ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 16. Juli 2021, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung.

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 16. Juli 2021 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. Juli 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in B._____/DE. 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

C-4096/2021 Seite 5 schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 4.3

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019)

C-4096/2021 Seite 6 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a).

E. 4.4

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

E. 4.5

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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation ein-

C-4096/2021 Seite 7 leuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.7

Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidend, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung (en) des Sachverhalts – bezieht. 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. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des BGer 9C_613/2020 vom 14. April 2021 E. 3.2; 9C_418/2010 vom 29. August 2011 [SVR 2012 IV Nr. 18] E. 4.2).

E. 4.8

Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA oder des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (statt vieler: vgl. Urteil des BGer 9C_642/2020 vom 26. August 2021 E. 4.2 mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3 mit Verweis auf Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 2009 IV Nr. 50 E. 4.4 mit Hinweis). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei wider-

C-4096/2021 Seite 8 sprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). 5. 5.1 Die Vorinstanz ist auf die Neuanschuldung vom 5. Juli 2020 eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 16. Juli 2021 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsverneinenden Verfügung vom 6. November 2018 und der angefochtenen Verfügung vom 16. Juli 2021 eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist beziehungsweise, ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist. 5.2 Der Beschwerdeführer macht sinngemäss geltend, die versicherungsinternen medizinisch-theoretischen Feststellungen würden sich auf eine unvollständige, nicht mehr aktuelle Befundlage stützen und weder den gesamten Beschwerdeverlauf noch das ganze Beschwerdebild berücksichtigen. Ferner mangle es den Stellungnahmen an Schlüssigkeit und Begründetheit. Die Vorinstanz habe daher gegen den Untersuchungsgrundsatz verstossen, indem sie es unterlassen habe, den richtigen und vollständigen rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären (BVGer-act. 1 S. 7-13). 5.3 Die Vorinstanz geht im Wesentlichen von einer – auf der Grundlage aller verfügbaren Unterlagen – rechtmässigen versicherungsmedizinischen Würdigung der vorhandenen kohärenten Befunde aus und hebt hervor, dass den Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA insbesondere dann Bedeutung zukomme, wenn keine Berichte von Sachverständigen aktenkundig seien, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut seien, sondern

C-4096/2021 Seite 9 eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie von ausländischen Versi- cherungsträgern beauftragten Ärztinnen und Ärzte vorlägen (BVGer-act. 7 S. 2 f.). 6.1 Der rentenabweisenden Verfügung vom 6. November 2018 lag folgen- der Sachverhalt zugrunde: Dem Beschwerdeführer wurde eine seit April 2016 bestehende symptomatische Charcot-Neuroosteoarthropathie, Sta- dium II-III, im rechten Fuss, bei einer schweren symmetrischen distal be- tonnten sensomotorischen, vorwiegend axonalen Polyneuropathie, attes- tiert. Ferner wurden als Diagnosen Kribbelparästhesien an beiden Füßen (seit ca. 2010), ein Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose 2015), eine arte- rielle Hypertonie, ein gastroösophagealer Reflux, eine chronische Venenin- suffizienz, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit rechts und ein Sta- tus nach Varizenoperation links (2003) festgehalten (act. 1, 9, 23 und 45; act. 57 S. 1; act. 188 S. 10 E. 4.1). Aufgrund der Charcot-Neuroosteo- arthropathie im rechten Fuss attestierte der regionale ärztliche Dienst (RAD) dem Beschwerdeführer vom 31. Januar 2017 bis 20. Mai 2017 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit als Küchenchef und ab 21. Mai 2017 bis auf Weiteres eine 50-prozentige Ar- beitsunfähigkeit. Eine leichte, selten mittelschwere, wechselbelastende und vorwiegend sitzende Tätigkeit sei aus medizinischen Gründen zu 100 % möglich, solange die ununterbrochene Steh- und Gehdauer nicht länger als 10 bis 15 Minuten andauere. Aus dem Einkommensvergleich re- sultierte ein Invaliditätsgrad von lediglich 2.69 % (act. 148 S. 1 f.; act. 188 S. 10 E. 4.1). Das Verwaltungsgericht des Kantons Graubündens bestä- tigte diese Schlussfolgerungen mit Urteil S 18 149 vom 4. März 2020 inso- fern, als es die Beschwerde abwies und die Verfügung vom 6. November 2018 vollumfänglich stützte, weil der Beschwerdeführer «nichts Stichhalti- ges» gegen die RAD-Einschätzung vorbringen konnte (act. 188 S. 11 E. 4.2). 6.2 Zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Arbeits- und Leis- tungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der ersten Rentenabweisung vom 6. November 2018 lässt sich den medizinischen Akten im Wesentli- chen Folgendes entnehmen: – Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, diagnostizierte am 13. Februar 2019 in seinem Bericht an die Deutsche Rentenversi- cherung (DRV) eine symmetrische, distal betonte, sensomotorische,

C-4096/2021 Seite 10 vorwiegend axonale Polyneuropathie mit einer Charcot-Arthropathie im rechten Fuss, einen Diabetes mellitus Typ 2, eine arterielle Hypertonie und eine Psoriasis. Überdies hielt er fest, dass sich der Gesundheits- zustand des 180 cm grossen, 100 kg schweren Beschwerdeführers in den letzten zwölf Monaten nicht verändert habe. Er hielt zudem eine medikamentöse Behandlung mit Lyrica und Selincro fest und erachtete den Beschwerdeführer seit 3. Januar 2017 als arbeitsunfähig (act. 169). – Das Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik E._____, hielt in seinen neurologischen und neurophysiologischen Untersuchungsbe- richten vom 20. Februar 2019 und 10. Mai 2019 eine schwere symmet- rische, distale betonte, sensomotorische, vorwiegend axonale Poly- neuropathie, einen Diabetes mellitus Typ 2, eine arterielle Hypertonie und einen gastroösophagealen Reflux fest. Erstmals wurden nicht mehr ableitbare sensible Potenziale der Armnerven sowie aktive Denervierungszeichen im musculus abductor digiti minimi rechts (Mus- kel zur Abduktion und Beugung der Grundphalanx sowie Streckung der Mittel- und Endphalanx des kleinen Fingers; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2012, S. 1374) und ein Karpaltunnelsyndrom (CTS) links erwähnt. Die bisherige medikamentöse Behandlung um- fasste laut diesen Berichten die Verabreichung der Präparate Lyrica, Pregabalin und Duloxetin (Antidepressivum: <<https://compensium.ch/product/1314091-duloxetin-axapharm-kaps-30-mg>>, abgeru- fen am 4. April 2022; act. 159 und 163). – Im neurologischen Fachgutachten vom 8. Oktober 2019, welches

von der DRV in Auftrag gegeben wurde, führte Dr. med. F._____, Fach- arzt Neurologie und Psychiatrie, eine schwere Polyneuropathie mit Charcot-Fuss (Ätiologie Diabetes mellitus), einen früheren C2-Abusus, ein niedriges Vitamin B12 sowie differentialdiagnostisch eine CIDP (chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie; < www.msmanuals.com/de > Ausgabe für medizinische Fachkreise > medizinische Themen und Kapitel > CIDP, abgerufen am 4. April 2022) an, die nicht nur das Gehvermögen des 89 kg schweren Beschwerde- führers stark einschränke, sondern auch zu einer Vielzahl qualitativer Leistungseinschränkungen führe. Der Beschwerdeführer könne jedoch eine körperlich leichte, sitzende Tätigkeit während vier bis unter sechs Stunden verrichten, wobei hierbei auch auf die bestehende Beeinträch- tigung der Sensibilität in den Händen zu achten sei, so dass beispiels-

C-4096/2021 Seite 11 wiese feinmechanische Tätigkeiten oder ähnliche Tätigkeiten auszu- schliessen seien. Die zeitliche Einschränkung sei auf den erhöhten Zeitaufwand zurückzuführen, den der Beschwerdeführer für alle Tätig- keiten des täglichen Lebens benötige (act. 216 S. 12 f.). – Dr. med. G._____, Facharzt Augenheilkunde (nachfolgend: behan- delnder Augenarzt), diagnostizierte in seinem Bericht vom 14. Novem- ber 2019 eine exsudative Maculopathie beidseits, eine choroidale Ne- ovaskularisation der Macula am linken Auge und eine beidseitige (am ehesten) Retinopathia diabetica sowie eine Pseudophakie (Kunstlinse) in beiden Augen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich nicht (act. 230). – Dem Befundbericht des Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemein- medizin sowie für Anästhesiologie und Intensivmedizin, vom 26. No- vember 2019 ist zu entnehmen, dass die Auswertung des PHQ-D (Ge- sundheitsfragebogen für Patienten: BERND LÖWE et al., PHQ-D Ge- sundheitsfragebogen für Patienten, Manual Kompletversion und Kurz- form, 2. Aufl. 2002, S. 1) und des Schmerzfragebogens PD-Q vom 2. Oktober 2019 beim Beschwerdeführer einen Verdacht auf eine schwere depressive Störung (mittlerer Schweregrad) und eine wahr- scheinliche neuropathische Schmerzkomponente (>90 %) ergeben hat, bei einer diagnostizierten diabetischen Polyneuropathie, neuropa- thischen Schmerzen (Stadium II) und einem BMI-Wert von 29.9 kg/m² (act. 229). – Am 6. November 2019 und 23. Januar 2020 wurde ein BMI-Wert von 31.6 kg/m² festgestellt (Laborblatt vom 28. Januar 2020, act. 176). – Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie (nach- folgend: behandelnde Neurologin), hielt in ihrem Bericht vom 10. Feb- ruar 2020 einen Diabetes mellitus Typ 2 mit Neuropathie, eine diabeti- sche Neuropathie beziehungsweise Polyneuropathie (ICD-10: G63.2) sowie eine schlaffe Paraparese fest und ging von einer fortgeschritte- nen, gemischt sensomotorischen Polyneuropathie mit fortgeschrittener axonaler Schädigung aus, wobei sie eine Störung der afferenten Bahn von den Armen zum sensorischen Kortex, bei nicht sicher ableitbaren Antwortpotenzialen, nicht ausschloss. Zur Arbeits- und Leistungsfähig- keit äusserte sie sich nicht, da beim Beschwerdeführer eine neurologi- sche Rehabilitation zur Beurteilung der Erwerbsminderung angedacht sei (act. 184).

C-4096/2021 Seite 12 – Mit Stellungnahmen vom 12. und 27. Mai 2020 bestätigte der medizini- sche Dienst der IVSTA (Dr. med. I._____, Facharzt FMH für Allge- meine Medizin) eine glaubhafte Verschlimmerung der Beschwerden des Beschwerdeführers (act. 198 und 201). – Am 7. Juli 2020 wiederholte die behandelnde Neurologin ihre Diagno- sen vom 10. Februar 2020 mehrheitlich. Nunmehr attestierte sie eine schlaffe Tetraparese und hielt eine medikamentöse Behandlung mit Pa- lexia und Pregabalin (225mg-0-0-325mg) fest. Zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nahm sie nicht Stellung (act. 228). –

Am 25. August 2020 und 13. Oktober 2020 verneinte der medizinische Dienst der IVSTA eine psychiatrische Störung (Dr. med. J. _____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie; act. 209 f.). – Der behandelnde Augenarzt attestierte am 24. November 2020 weiter eine beidseitige (am ehesten) Retinopathia diabetica und hielt einen Diabetes mellitus Typ 2 fest. Der Bericht enthält keine Angaben zur Arbeits(un)fähigkeit (act. 231). – In ihren Berichten vom 29. Oktober 2020 und 11. März 2021 hielt Dr. med. K. _____, Fachärztin Neurologie des medizinischen Dienstes der IVSTA, fest, dass die ergänzend eingereichten medizinischen Berichte auf eine Verschlechterung der neurologischen Befunde schliessen liessen, da nunmehr nicht nur die unteren Extremitäten des Beschwerdeführers polyneuropathische Symptome aufweisen würden, sondern alle vier Gliedmassen davon betroffen seien. Seit der erstmaligen Befundung der Empfindungsstörungen in den Händen am 20. Februar 2019 sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. In einer sitzenden Tätigkeit, mit Pause(n), ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, ohne repetitive Bewegungen, ohne Treppensteigen, ohne Klettern auf Leitern und Gerüste, ohne Begehen eines unebenen Geländes, ohne Einflüsse wie Kälte und Hitze, ohne Anforderungen an die Feinmotorik der Hände bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, da der Beschwerdeführer aufgrund der neurologischen Befunde für alltägliche und berufliche Verrichtungen einen erhöhten Zeitbedarf habe (act. 212 und 220). – Dem Laborblatt vom 20. Mai 2021 ist unter anderem zu entnehmen, dass sich der BMI-Wert des Beschwerdeführers vom 9. April 2020 bis C-4096/2021 Seite 13 1. April 2021 zwischen 31.6 und 33.1 kg/m² bewegt hat (act. 226 S. 3; Adipositas Grad I; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 305). – Mit Bericht vom 14. Juni 2021 attestierte die behandelnde Neurologin beim Beschwerdeführer ein CTS links, eine Neuralgie, eine fortschrittliche gemischt sensomotorische Polyneuropathie vom axonalen Typ (diabetogen) und eine schlaffe Tetraparese. Ferner führte er unter den Diagnosen auch Schmerzen in den Beinen und Händen auf und hielt zudem eine medikamentöse Behandlung mit Pregabalin (150mg- 0-300mg) fest. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sie sich nicht (act. 235). – In den Stellungnahmen vom 17. Juni und 13. Juli 2021 hielt die Neurologin des medizinischen Dienstes der IVSTA an ihren bisherigen Stellungnahmen fest, weil sich aus den Berichten der behandelnden Neurologin vom 7. Juli 2020 und 14. Juni 2021 keine neuen Befunde und Diagnosen ergeben würden (act. 233 und 237). 6.3 Im Beschwerdeverfahren wurde der Bericht von Dr. med. L. _____ vom 12. Oktober 2021 eingereicht. Darin werden eine Polyneuropathie und andere periphere neurologische Erkrankungen (Charcot-Fuss) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom Stadium 3 nach Gebershagen, Dyskinesien und einschiessende Schmerzen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten attestiert. Weiter hielt Dr. med. L. _____ eine medikamentöse Behandlung mit Lyrica und Palexia, zuletzt umgestellt auf Fentanyl Pflaster 75, fest und empfahl die Weiterführung der Bewegungstherapie und der balneophysikalischen Massnahmen. Mit Blick auf die funktionelle Leistungsfähigkeit äusserte er sich dahingehend, dass der Beschwerdeführer ein unsicheres ataktisches Gangbild zeige, die Gehstrecke auf ungefähr einen Kilometer beschränkt sei und dass für längere Gehstrecken ein Gehstock benötigt werde (BVGer act. 9 Beilage 4). 7. 7.1 Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 6. November 2018 nicht rentenrelevant verschlechtert habe. 7.2 7.2.1 Die Vorinstanz stützt ihre Auffassung auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 25. August 2020, 29. Oktober

C-4096/2021 Seite 14 2020, 11. März 2021, 17. Juni 2021 und 13. Juli 2021 (act. 209, 212, 220, 233 und 237). 7.2.2 Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA und des RAD sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). 7.2.3 Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem medizinischen Dienst der IVSTA erlauben, sich ein Gesamtbild über eine allfällige invaliditätsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu machen, und ob ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind. 7.3 7.3.1 Gestützt auf die Aktenlage, insbesondere basierend auf den Berichten der Universitätsklinik E._____ vom 20. Februar 2019 und 10. Mai 2019 (act. 159 und 163) sowie dem Gutachterbericht vom 8. Oktober 2019 (act. 216), hielt die Neurologin des medizinischen Dienstes der IVSTA als Hauptdiagnose eine schwere sensitiv-motorische Polyneuropathie (vorwiegend distal betont, mit einem Charcot-Fuss unbestimmten Ursprungs) fest, welche aufgrund der neu hinzugetretenen Empfindungsstörungen in beiden Händen ab 20. Februar 2019 eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Küchenchef und eine Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 80 % begründete. Weiter werden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit aufgelistet: Diabetes mellitus Typ 2, Status nach Varizenoperation links (2003), chronische Veneninsuffizienz, Status nach einer Pankreatitis (2011), Status nach Meniskusoperation Knie links (2003), arterielle Hypertonie und ein gastroösophagealer Reflux (act. 220).

C-4096/2021 Seite 15 7.3.2 In den neurologischen Berichten vom 20. Februar 2019 und 10. Mai 2019 der Universitätsklinik E._____ wurde hinsichtlich der versicherungsintern bestätigten zusätzlichen Symptomatik der oberen Extremitäten eine Kraftminderung bezüglich der Fingerabduktion rechtsbetont (M4/5), bei schwach erhaltenen beidseitigen MER (Muskeleigenreflexe: PSCHY-REMBEL, a.a.O., S. 1319) in den oberen Extremitäten, festgehalten. Elektrophysiologisch sei an den Armnerven seit 2017 eine Progredienz mit nun nicht mehr ableitbaren sensiblen Potenzialen eingetreten und es zeige sich eine zunehmende Abnahme der motorischen Amplitude. Auch myografisch seien Zeichen der aktiven Denervierung im Musculus abductor digiti minimi rechts zu ermitteln (act. 159 und 163). Der neurologische Gutachter Dr. med. F._____ befundete in seinem Bericht vom 8. Oktober 2019 in den oberen Extremitäten eine allseits erhaltene grobe Kraft, Feinbeweglichkeit und Koordination, bei leichter Hypästhesie bis etwa in die Mitte der Handteller beidseits und einem seitengleich schwach bis mittlebhaften MER in den Armen (act. 216 S. 11). Die behandelnde Neurologin Dr. med. H._____ hielt in ihrem Bericht vom

E. 5.1

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 5. Juli 2020 eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 16. Juli 2021 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist zu

prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsverneinenden Verfügung vom 6. November 2018 und der angefochtenen Verfügung vom 16. Juli 2021 eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist beziehungsweise, ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer macht sinngemäss geltend, die versicherungsinternen medizinisch-theoretischen Feststellungen würden sich auf eine unvollständige, nicht mehr aktuelle Befundlage stützen und weder den gesamten Beschwerdeverlauf noch das ganze Beschwerdebild berücksichtigen. Ferner mangle es den Stellungnahmen an Schlüssigkeit und Begründetheit. Die Vorinstanz habe daher gegen den Untersuchungsgrundsatz verstossen, indem sie es unterlassen habe, den richtigen und vollständigen rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären (BVGer-act. 1 S. 7-13).

E. 5.3

Die Vorinstanz geht im Wesentlichen von einer - auf der Grundlage aller verfügbaren Unterlagen - rechtmässigen versicherungsmedizinischen Würdigung der vorhandenen kohärenten Befunde aus und hebt hervor, dass den Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA insbesondere dann Bedeutung zukomme, wenn keine Berichte von Sachverständigen aktenkundig seien, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut seien, sondern eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie von ausländischen Versicherungsträgern beauftragten Ärztinnen und Ärzte vorlägen (BVGer-act. 7 S. 2 f.).

E. 6.1

Der rentenabweisenden Verfügung vom 6. November 2018 lag folgender Sachverhalt zugrunde: Dem Beschwerdeführer wurde eine seit April 2016 bestehende symptomatische Charcot-Neuroosteoarthropathie, Stadium II-III, im rechten Fuss, bei einer schweren symmetrischen distal betonten sensomotorischen, vorwiegend axonalen Polyneuropathie, attestiert. Ferner wurden als Diagnosen Kribbelparästhesien an beiden Füßen (seit ca. 2010), ein Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose 2015), eine arterielle Hypertonie, ein gastroösophagealer Reflux, eine chronische Veneninsuffizienz, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit rechts und ein Status nach Varizenoperation links (2003) festgehalten (act. 1, 9, 23 und 45; act. 57 S. 1; act. 188 S. 10 E. 4.1). Aufgrund der Charcot-Neuroosteoarthropathie im rechten Fuss attestierte der regionale ärztliche Dienst (RAD) dem Beschwerdeführer vom 31. Januar 2017 bis 20. Mai 2017 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit als Küchenchef und ab 21. Mai 2017 bis auf Weiteres eine 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit. Eine leichte, selten mittelschwere, wechselbelastende und vorwiegend sitzende Tätigkeit sei aus medizinischen Gründen zu 100 % möglich, solange die ununterbrochene Steh- und Gehdauer nicht länger als 10 bis 15 Minuten andauere. Aus dem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von lediglich 2.69 % (act. 148 S. 1 f.; act. 188 S. 10 E. 4.1). Das Verwaltungsgericht des Kantons Graubündens bestätigte diese Schlussfolgerungen mit Urteil S 18 149 vom 4. März 2020 insofern, als es die Beschwerde abwies und die Verfügung vom 6. November 2018 vollumfänglich stützte, weil der Beschwerdeführer «nichts Stichhaltiges» gegen die RAD-Einschätzung vorbringen konnte (act. 188 S. 11 E. 4.2).

E. 6.2

Zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der ersten Rentenabweisung vom 6. November 2018 lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen: - Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, diagnostizierte am 13. Februar 2019 in seinem Bericht an die Deutsche Rentenversicherung (DRV) eine symmetrische, distal betonte, sensomotorische, vorwiegend axonale Polyneuropathie mit einer Charcot-Arthropathie im rechten Fuss, einen Diabetes mellitus Typ 2, eine arterielle Hypertonie und eine Psoriasis. Überdies hielt er fest, dass sich der Gesundheitszustand des 180 cm grossen, 100 kg schweren Beschwerdeführers in den letzten zwölf Monaten nicht verändert habe. Er hielt zudem eine medikamentöse Behandlung mit Lyrica und Selincro fest und erachtete den Beschwerdeführer seit 3. Januar 2017 als arbeitsunfähig (act. 169). - Das Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik E._____ hielt in seinen neurologischen und neurophysiologischen Untersuchungsberichten vom 20. Februar 2019 und 10. Mai 2019 eine schwere symmetrische, distale betonte, sensomotorische, vorwiegend axonale Polyneuropathie, einen Diabetes mellitus Typ 2, eine arterielle Hypertonie und einen gastroösophagealen Reflux fest. Erstmals wurden nicht mehr ableitbare sensible Potenziale der Armnerven sowie aktive Denervierungszeichen im musculus abductor digiti minimi rechts (Muskel zur Abduktion und Beugung der Grundphalanx sowie Streckung der Mittel- und Endphalanx des kleinen Fingers; Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2012, S. 1374) und ein Karpaltunnelsyndrom (CTS) links erwähnt. Die bisherige medikamentöse Behandlung umfasste laut diesen Berichten die Verabreichung der Präparate Lyrica, Pregabalin und Duloxetin (Antidepressivum: <<https://compendium.ch/product/1314091-duloxetin-axapharm-kaps-30-mg>>, abgerufen am 4. April 2022; act. 159 und 163). - Im neurologischen Fachgutachten vom 8. Oktober 2019, welches von der DRV in Auftrag gegeben wurde, führte Dr. med. F._____, Facharzt Neurologie und Psychiatrie, eine schwere Polyneuropathie mit Charcot-Fuss (Ätiologie Diabetes mellitus), einen früheren C2-Abusus, ein niedriges Vitamin B12 sowie differentialdiagnostisch eine CIDP (chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie; < www.msmanuals.com/de > Ausgabe für medizinische Fachkreise > medizinische Themen und Kapitel > CIDP, abgerufen am 4. April 2022) an, die nicht nur das Gehvermögen des 89 kg schweren Beschwerdeführers stark einschränke, sondern auch zu einer Vielzahl qualitativer Leistungseinschränkungen führe. Der Beschwerdeführer könne jedoch eine körperlich leichte, sitzende Tätigkeit während vier bis unter sechs Stunden verrichten, wobei hierbei auch auf die bestehende Beeinträchtigung der Sensibilität in den Händen zu achten sei, so dass beispielsweise feinmechanische Tätigkeiten oder ähnliche Tätigkeiten auszuschliessen seien. Die zeitliche Einschränkung sei auf den erhöhten Zeitaufwand zurückzuführen, den der Beschwerdeführer für alle Tätigkeiten des täglichen Lebens benötige (act. 216 S. 12 f.). - Dr. med. G._____, Facharzt Augenheilkunde (nachfolgend: behandelnder Augenarzt), diagnostizierte in seinem Bericht vom 14. November 2019 eine exsudative Maculopathie beidseits, eine choroidale Neovaskularisation der Macula am linken Auge und eine beidseitige (am ehesten) Retinopathia diabetica sowie eine Pseudophakie (Kunstlinse) in beiden Augen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich nicht (act. 230). - Dem Befundbericht des Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeinmedizin sowie für Anästhesiologie und Intensivmedizin, vom 26. November 2019 ist zu entnehmen, dass die Auswertung des PHQ-D (Gesundheitsfragebogen für Patienten: Bernd Löwe et al., PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten, Manual Komplettversion und Kurzform, 2. Aufl.

2002, S. 1) und des Schmerzfragebogens PD-Q vom 2. Oktober 2019 beim Beschwerdeführer einen Verdacht auf eine schwere depressive Störung (mittlerer Schweregrad) und eine wahrscheinliche neuropathische Schmerzkomponente (>90 %) ergeben hat, bei einer diagnostizierten diabetischen Polyneuropathie, neuropathischen Schmerzen (Stadium II) und einem BMI-Wert von 29.9 kg/m² (act. 229). - Am 6. November 2019 und 23. Januar 2020 wurde ein BMI-Wert von 31.6 kg/m² festgestellt (Laborblatt vom 28. Januar 2020, act. 176). - Dr. med. H. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie (nachfolgend: behandelnde Neurologin), hielt in ihrem Bericht vom 10. Februar 2020 einen Diabetes mellitus Typ 2 mit Neuropathie, eine diabetische Neuropathie beziehungsweise Polyneuropathie (ICD-10: G63.2) sowie eine schlaffe Paraparese fest und ging von einer fortgeschrittenen, gemischt sensomotorischen Polyneuropathie mit fortgeschrittener axonaler Schädigung aus, wobei sie eine Störung der afferenten Bahn von den Armen zum sensorischen Kortex, bei nicht sicher ableitbaren Antwortpotenzialen, nicht ausschloss. Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit äusserte sie sich nicht, da beim Beschwerdeführer eine neurologische Rehabilitation zur Beurteilung der Erwerbsminderung angedacht sei (act. 184). - Mit Stellungnahmen vom 12. und 27. Mai 2020 bestätigte der medizinische Dienst der IVSTA (Dr. med. I. _____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin) eine glaubhafte Verschlimmerung der Beschwerden des Beschwerdeführers (act. 198 und 201). - Am 7. Juli 2020 wiederholte die behandelnde Neurologin ihre Diagnosen vom 10. Februar 2020 mehrheitlich. Nunmehr attestierte sie eine schlaffe Tetraparese und hielt eine medikamentöse Behandlung mit Palexia und Pregabalin (225mg-0-0-325mg) fest. Zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nahm sie nicht Stellung (act. 228). - Am 25. August 2020 und 13. Oktober 2020 verneinte der medizinische Dienst der IVSTA eine psychiatrische Störung (Dr. med. J. _____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie; act. 209 f.). - Der behandelnde Augenarzt attestierte am 24. November 2020 weiter eine beidseitige (am ehesten) Retinopathia diabetica und hielt einen Diabetes mellitus Typ 2 fest. Der Bericht enthält keine Angaben zur Arbeits(un)fähigkeit (act. 231). - In ihren Berichten vom 29. Oktober 2020 und 11. März 2021 hielt Dr. med. K. _____, Fachärztin Neurologie des medizinischen Dienstes der IVSTA, fest, dass die ergänzend eingereichten medizinischen Berichte auf eine Verschlechterung der neurologischen Befunde schliessen liessen, da nunmehr nicht nur die unteren Extremitäten des Beschwerdeführers polyneuropathische Symptome aufweisen würden, sondern alle vier Gliedmassen davon betroffen seien. Seit der erstmaligen Befundung der Empfindungsstörungen in den Händen am 20. Februar 2019 sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. In einer sitzenden Tätigkeit, mit Pause(n), ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, ohne repetitive Bewegungen, ohne Treppensteigen, ohne Klettern auf Leitern und Gerüste, ohne Begehen eines unebenen Geländes, ohne Einflüsse wie Kälte und Hitze, ohne Anforderungen an die Feinmotorik der Hände bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, da der Beschwerdeführer aufgrund der neurologischen Befunde für alltägliche und berufliche Verrichtungen einen erhöhten Zeitbedarf habe (act. 212 und 220). - Dem Laborblatt vom 20. Mai 2021 ist unter anderem zu entnehmen, dass sich der BMI-Wert des Beschwerdeführers vom 9. April 2020 bis 1. April 2021 zwischen 31.6 und 33.1 kg/m² bewegt hat (act. 226 S. 3; Adipositas Grad I; Psyhyrembel, a.a.O., S. 305). - Mit Bericht vom 14. Juni 2021 attestierte die behandelnde Neurologin beim Beschwerdeführer ein CTS links, eine Neuralgie, eine fortgeschrittene gemischt sensomotorische Polyneuropathie vom axonalen Typ (diabetogen) und eine schlaffe Tetraparese. Ferner führte er unter den

Diagnosen auch Schmerzen in den Beinen und Händen auf und hielt zudem eine medikamentöse Behandlung mit Pregabalin (150mg-0-300mg) fest. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sie sich nicht (act. 235). - In den Stellungnahmen vom 17. Juni und 13. Juli 2021 hielt die Neurologin des medizinischen Dienstes der IVSTA an ihren bisherigen Stellungnahmen fest, weil sich aus den Berichten der behandelnden Neurologin vom 7. Juli 2020 und 14. Juni 2021 keine neuen Befunde und Diagnosen ergeben würden (act. 233 und 237).

E. 6.3

Im Beschwerdeverfahren wurde der Bericht von Dr. med. L. _____ vom 12. Oktober 2021 eingereicht. Darin werden eine Polyneuropathie und andere periphere neurologische Erkrankungen (Charcot-Fuss) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom Stadium 3 nach Gebershagen, Dyskinesthesien und einschiessende Schmerzen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten attestiert. Weiter hielt Dr. med. L. _____ eine medikamentöse Behandlung mit Lyrica und Palexia, zuletzt umgestellt auf Fentanyl Pflaster 75, fest und empfahl die Weiterführung der Bewegungstherapie und der balneophysikalischen Massnahmen. Mit Blick auf die funktionelle Leistungsfähigkeit äusserte er sich dahingehend, dass der Beschwerdeführer ein unsicheres ataktisches Gangbild zeige, die Gehstrecke auf ungefähr einen Kilometer beschränkt sei und dass für längere Gehstrecken ein Gehstock benötigt werde (BVGer act. 9 Beilage 4).

E. 7.1

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 6. November 2018 nicht rentenrelevant verschlechtert habe.

E. 7.2.1

Die Vorinstanz stützt ihre Auffassung auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 25. August 2020, 29. Oktober 2020, 11. März 2021, 17. Juni 2021 und 13. Juli 2021 (act. 209, 212, 220, 233 und 237).

E. 7.2.2

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

E. 7.2.3

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

E. 7.3.1

Gestützt auf die Aktenlage, insbesondere basierend auf den Berichten der Universitätsklinik E. _____ vom 20. Februar 2019 und 10. Mai 2019 (act. 159 und 163) sowie dem Gutachterbericht vom 8. Oktober 2019 (act. 216), hielt die Neurologin des medizinischen Dienstes der IVSTA als Hauptdiagnose eine schwere sensitiv-motorische Polyneuropathie (vorwiegend distal betont, mit einem Charcot-Fuss unbestimmten Ursprungs) fest, welche aufgrund der neu hinzugetretenen Empfindungsstörungen in beiden Händen ab 20. Februar 2019 eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Küchenchef und eine Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 80 % begründe. Weiter werden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit aufgelistet: Diabetes mellitus Typ 2, Status nach Varizenoperation links (2003), chronische Veneninsuffizienz, Status nach einer Pankreatitis (2011), Status nach Meniskusoperation Knie links (2003), arterielle Hypertonie und ein gastroösophagealer Reflux (act. 220).

E. 7.3.2

In den neurologischen Berichten vom 20. Februar 2019 und 10. Mai 2019 der Universitätsklinik E. _____ wurde hinsichtlich der versicherungsintern bestätigten zusätzlichen Symptomatik der oberen Extremitäten eine Kraftminderung bezüglich der Fingerabduktion rechtsbetont (M4/5), bei schwach erhaltenen beidseitigen MER (Muskeleigenreflexe: Pschyrembel, a.a.O., S. 1319) in den oberen Extremitäten, festgehalten. Elektrophysiologisch sei an den Armnerven seit 2017 eine Progredienz mit nun nicht mehr ableitbaren sensiblen Potenzialen eingetreten und es zeige sich eine zunehmende Abnahme der motorischen Amplitude. Auch myografisch seien Zeichen der aktiven Denervierung im Musculus abductor digiti minimi rechts zu ermitteln (act. 159 und 163). Der neurologische Gutachter Dr. med. F. _____ befundete in seinem Bericht vom 8. Oktober 2019 in den oberen Extremitäten eine allseits erhaltene grobe Kraft, Feinbeweglichkeit und Koordination, bei leichter Hypästhesie bis etwa in die Mitte der Handteller beidseits und einem seitengleich schwach bis mittellebhaften MER in den Armen (act. 216 S. 11). Die behandelnde Neurologin Dr. med. H. _____ hielt in ihrem Bericht vom 10. Februar 2020 seitengleiche untermittellebhaftige MER-Werte in den Armen fest und schloss bei nicht sicher ableitbaren Antwortpotenzialen des Medianus-SEP (somatosensible evozierten Potenziale: Pschyrembel, a.a.O., S. 1920) eine Störung der afferenten Bahn von den Armen zum sensorischen Kortex nicht aus (act. 184).

E. 7.3.3

Den weiteren Berichten der behandelnden Neurologin vom 7. Juli 2020 und 14. Juni 2021, die keine detaillierten Untersuchungsbefunde enthalten, ist zu entnehmen, dass seit 2019 die Motorik und Sensorik der unteren Extremitäten leicht verbessert seien, die Feinmotorik der Hände allerdings nun so eingeschränkt sei, dass der Beschwerdeführer kaum alleine Knöpfe oder kleine Dinge, wie Münzen, greifen könne. Zudem sei die Kraft in den Händen deutlich vermindert, so dass der Beschwerdeführer kein Messer fest packen und führen könne (act. 228 und 235).

E. 7.3.4

Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, die Vorinstanz berücksichtige den Beschwerdeverlauf nicht und stütze ihre Beurteilung auf eine unvollständige Befundlage (vgl. BVerfGE act. 1 S. 9 und 11 ff.), ist ihm insofern Recht zu geben, als die Neurologin des medizinischen Dienstes der IVSTA in ihren ergänzenden Stellungnahmen vom 17. Juni 2021 und 13. Juli 2021 hinsichtlich der neu eingegangenen Berichte der behandelnden

Neurologin ab Juli 2020 (act. 233 und 237) nicht plausibel darlegt, weshalb diese keine neuen medizinischen Erkenntnisse enthalten. Im Unterschied zur gutachterlichen Exploration im Oktober 2019, die noch eine allseits erhaltene grobe Kraft sowie eine uneingeschränkte Feinbeweglichkeit und Koordination beider Arme ergab und bei welcher der Beschwerdeführer nebst beginnenden Missempfindungen in den Händen - die jeweils mit Schmerzen verbunden seien - keine weiteren Einschränkungen in den oberen Extremitäten geltend machte (act. 216 S. 10 f.), führte der Beschwerdeführer acht Monate später an, er könne kaum Knöpfe schliessen oder etwas Kleines vom Boden aufheben. Ferner wird keine Paraparese mehr diagnostiziert, sondern vielmehr eine «gesicherte» schlaffe Tetraparese festgehalten (act. 228). Nach weiteren elf Monaten klagte der Beschwerdeführer über eine deutliche Kraftminderung in den Händen, so dass er mit den Händen kein Messer fest packen und sicher führen könne (act. 235). Diese Kraftminderung wird von Dr. med. L. _____ in dessen Bericht vom 2. Oktober 2021 (BVGer act. 9 Beilage 4) indirekt bestätigt, indem er dem Beschwerdeführer bescheinigt, keine Arbeiten mehr mit Kraft und feinmotorischen Ansprüchen durchführen zu können. Dass dieser Bericht nach Verfügungserlass erstellt wurde, ist insofern unwesentlich, als darin der Gesundheitszustand der letzten erfolgten Behandlung umschrieben wird, welche fünf Tage nach Erlass der Verfügung, nämlich am 21. Juli 2021, erfolgte. Aufgrund des engen Sachzusammenhanges mit dem Streitgegenstand und der Tatsache, dass dieses Indiz geeignet ist, die Beurteilung zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen, ist dieser Bericht bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BGer 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 mit Hinweisen). Angesichts des bisherigen aktenkundigen Gesundheitsverlaufs (Ausweitung der Symptomatik von den unteren auf alle vier Extremitäten innerhalb zweier Jahre) ist nicht auszuschliessen, dass sich die neurologischen Werte des Beschwerdeführers - und demnach auch seine Kraft in den Händen - seit Oktober 2019 beziehungsweise seit Februar 2020 bis zum erneuten rentenabweisenden Entscheid vom 16. Juli 2021 noch weiter verschlechtert haben. Bereits im Februar 2019 wird von der Universitätsklinik E. _____ eine beginnende Atrophie der Ulnaris-versorgten Muskulatur attestiert (act. 159 bzw. 163). Sodann stellt der Gutachter im Oktober 2019 eine zunehmende Abnahme der motorischen Amplitude der oberen Extremitäten fest, nennt ein Fromentzeichen rechts bei leichter Atrophie des Abduktors pollicis (kompensatorische Beugung der Endphalanx des Daumens bei Ulnarislähmung, da das Festhalten eines flachen Gegenstandes zwischen radialer Zeigefingerseite und Daumen nur durch Kontraktion der Abduktors pollicis möglich ist; Pschyrembel, a.a.O., S. 709) und prognostiziert eine mögliche Gesundheitsveränderung (act. 216 S. 10 f.). Schliesslich finden sich in den Akten keine neueren detaillierten neurologischen Untersuchungsbefunde (EMG, Neurographie etc.), die einen objektiven Vergleich der neurologischen Werte zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses mit jenen vom Februar 2020 zulassen würden (vgl. act. 228 und 235).

E. 7.4

Weiter fällt auf, dass die Vorinstanz die vom Beschwerdeführer geklagten psychischen Beschwerden (depressive Episoden, Schmerz- und Schlafstörungen; vgl. act. 205 S. 6; act. 223, 229 und 235) nicht weiter abgeklärt hat. Auf die unmittelbar nach Eingang der IV-Neuanmeldung erfolgte psychiatrische Stellungnahme des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 25. August 2020, der zu entnehmen ist, dass kein psychiatrisches Dossier vorliege, weil in den Dokumenten keine psychiatrische Störung geltend gemacht werde (act. 209), kann sich die Vorinstanz nicht berufen. Zum einen erwähnt der

Beschwerdeführer bereits bei der IV-Neuanmeldung Schmerz- und Schlafstörungen (act. 205 S. 6), zum anderen ergab die Auswertung des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D) vom 2. Oktober 2019 beim Beschwerdeführer einen Verdacht auf eine schwere depressive Störung (mittlerer Schweregrad; act. 229 S. 4). Darüber hinaus ist auch aktenkundig, dass dem Beschwerdeführer das ärztlich verordnete Antidepressivum Duloxetin abgegeben wird (act. 159, 163, 167 S. 9). Wie die Vorinstanz in ihrer Duplik vom 28. Dezember 2021 zutreffend vorbringt (vgl. BVGer act. 11, Beilage vom 09.12.2021), ist vorliegend keine fachärztlich einwandfrei gestellte psychiatrische Diagnose aktenkundig. Dennoch ist die durch Dr. med. L. _____ (Facharzt für Allgemeinmedizin und Anästhesiologie und Intensivmedizin) vorgenommene Auswertung des PHQ-D (act. 229 S. 4) als Indiz zu werten, dass der Beschwerdeführer allenfalls doch an einer psychischen Störung leiden könnte. Dies gilt insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass der PHQ-D gerade dazu entwickelt wurde, um die Erkennung und Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen in der Primärmedizin zu erleichtern (Bernd Löwe et al., a.a.O., S. 4). Hinzu kommt, dass der Gutachter lediglich das objektiv wahrnehmbare Verhalten des Beschwerdeführers umschreibt und in Bezug auf die Psyche keine weiteren Abklärungen festhält, insbesondere keinen subjektiven Befund, keinen Tagesablauf und keine Anamnese auflistet. Es bleibt somit unklar, ob und gegebenenfalls inwiefern sich psychische Befunde auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken.

E. 7.5

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass sich der medizinische Dienst der IVSTA in seinen Stellungnahmen jeweils auf neurologische beziehungsweise neurologisch-psychiatrische Berichte stützt. Hinsichtlich der weiteren aktenkundigen Diagnosen, insbesondere der chronischen Veneninsuffizienz, der attestierten peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, des Tinnitus (vgl. act. 167 S. 9), der Gleichgewichtsstörungen (vgl. act. 167 S. 8), oder des Charcot-Fusses fehlen (neue) fachärztliche Berichte. Es bleibt somit offen, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die entsprechenden Befunde seit der ersten Leistungsablehnung verändert haben und welchen Einfluss sie insgesamt auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit 6. November 2018 ausüben.

E. 7.6

Sodann finden sich in den Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA keine Ausführungen zu möglichen vorhandenen Folgeschäden aufgrund des attestierten Übergewichts (Adipositas Grad I) des Beschwerdeführers (bspw. eine mögliche metabolische oder kardiovaskuläre Komplikation, wie der attestierte Diabetes mellitus Typ 2 oder die diagnostizierte arterielle Hypertonie), noch wird auf die Frage der Zumutbarkeit und die Erfolgchancen einer Gewichtsreduktion eingegangen. Damit steht fest, dass einerseits die Ursache und die Auswirkungen der Adipositas ungeklärt geblieben sind; andererseits kann aufgrund der vorliegenden Akten auch keine verlässliche Aussage zur Zumutbarkeit einer Behandlung im Rahmen einer Schadenminderungsobliegenheit gemacht werden. Ungeklärt geblieben sind ebenso Art und Ausprägung des diagnostizierten Diabetes mellitus sowie die Frage, ob der Diabetes mellitus allenfalls in einem Zusammenhang zur Adipositas steht. Zwar vermag ein adäquat eingestellter Diabetes mellitus nach Rechtsprechung für sich alleine ebenfalls keine Invalidität zu begründen (Urteile des BGer 8C_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen), dennoch bleiben hier aus dialektologischer/endokrinologischer Sicht die genauen Befunde und ein

allfälliger Bezug zur Adipositas ungeklärt.

E. 7.7

Unklar ist überdies, ob das Übergewicht des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit den weiteren Diagnosen, wie der Polyneuropathie, dem Diabetes mellitus Typ 2 und der arteriellen Hypertonie eine derartige Schwere aufweist, dass die funktionelle Leistungsfähigkeit dauerhaft eingeschränkt bleibt (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_506/2020 vom 10. März 2021 E. 5.3.2; 8C_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 7.8

Auch wenn aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten aus neurologischer Sicht von einer seit 6. November 2018 veränderten funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen ist, kann deren Ausmass und Ursache nicht abschliessend beurteilt werden. Mitunter bleibt ungewiss, wie der vom medizinischen Dienst der IVSTA attestierte vermehrte Pausenbedarf (vgl. act. 220) sich in Bezug auf das zeitliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auswirkt.

E. 7.9

Nach dem Dargelegten beruhen die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA, auf welche sich die Vorinstanz stützt, weder auf einem lückenlosen Befund noch auf einem bereits festgestellten Sachverhalt. Folglich hätte die Vorinstanz nicht von einem versicherungsexternen Administrativgutachten mit persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers absehen dürfen.

E. 7.10

Insgesamt steht fest, dass sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt, insbesondere auch die Entwicklung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 6. November 2018, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen lässt. Es fehlt somit eine verlässliche Entscheidungsgrundlage, um abschliessend über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden. Folglich ist der medizinische Sachverhalt, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten (unter Einbezug aller relevanten medizinischen Dokumente), weiter abzuklären.

E. 8.1

Nachdem die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und den rechtserheblichen Sachverhalt unvollständig festgestellt hat, ist die Beschwerde insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 16. Juli 2021 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit sie in Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst der IVSTA ein polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz im Sinne von Art. 72bis IVV (nach dem Zufallsprinzip) einhole und anschliessend erneut über das Leistungsbegehren entscheide.

E. 8.2

Hat die Verwaltung - wie vorliegend - wesentliche Fragen überhaupt nicht abgeklärt, steht die Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 einer Rückweisung nicht entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2).

E. 8.3.1

Bei der Durchführung der gebotenen polydisziplinären Begutachtung sind aufgrund des dargelegten Sachverhaltes in jedem Fall die Fachbereiche Neurologie, Psychiatrie und Allgemeine Innere Medizin zu berücksichtigen.

E. 8.3.2

Angesichts der Tatsache, dass bei sämtlichen psychischen Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), inklusiv den leichten bis mittelschweren depressiven Störungen (BGE 143 V 409), deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anhand systematisierten Indikatoren zu beurteilen sind, die unter anderem auch den Aspekt der Komorbiditäten berücksichtigen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.), bleibt es in Bezug auf die übrigen aktenkundigen Diagnosen und Befunde des Beschwerdeführers, insbesondere aufgrund der chronischen Veneninsuffizienz, der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, dem Tinnitus, den beklagten Gleichgewichtstörungen und dem Charcot-Fuss im pflichtgemässen Ermessen der Gutachter, allfällige weitere Spezialisten beizuziehen. Dies zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der polydisziplinären Begutachtung soll vorliegend sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 E. 2.1).

E. 8.3.3

Sollten sich im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung Hinweise auf einen erneuten problematischen Alkoholkonsum des Beschwerdeführers ergeben (vgl. Gutachterbericht vom 18. Oktober 2019, der einen früheren Alkoholabusus des Beschwerdeführers aufgrund mitgeteilter Laborwerte und aktueller Anamnese als «glaubhaft eingestellt» umschreibt; act. 216 S. 12), wäre auch diesbezüglich eine genaue Prüfung angezeigt. Nach neuer Rechtsprechung ist bei Abhängigkeitssyndromen ebenfalls ein strukturiertes Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 durchzuführen (vgl. Urteil des BVer C-4515/2020 vom 7. Mai 2021 E. 8.2 mit Hinweis auf die Rechtsprechung in Bezug auf die Aussagekraft relevanter Werte im Zusammenhang mit Alkoholkonsum [insb. CDT-Wert]; BGE 145 V 215 E. 5 und 6.2 f.; Urteil des BGer 9C_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4).

E. 8.4

Im Anschluss an die umfassende und vollständige Abklärung des medizinischen Sachverhaltes und unter Würdigung sämtlicher rechtserheblicher Akten wird die Vorinstanz neu über das Rentengesuch des Beschwerdeführers zu entscheiden haben.

E. 8.5

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 16. Juli 2021 aufzuheben und die Streitsache zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen 8.1 bis 8.4 zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 9

E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich auch im Neuanmeldungsverfahren zunächst durch den 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). 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. 9.1

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.2

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- dem Beschwerdeführer auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.3

Dem Beschwerdeführer ist angesichts seines Obsiegens in Anwendung von Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) eine Entschädigung zuzusprechen und gemäss Art. 64 Abs. 2 VwVG der Vorinstanz aufzuerlegen. Nachdem seine nicht im Anwaltsregister eingetragene berufsmässige Vertreterin keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Das Honorar und die Entschädigung für eine nichtanwaltliche berufsmässige Vertretung werden nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen (Art. 10 Abs. 1 VGKE). Der Stundenansatz beträgt für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.- (Art. 10 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 erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 600.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; vgl. dazu Urteil des BVGer C-1741/2014 vom

C-4096/2021 Seite 22 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen) angemessen (Art. 9 Abs. 1, Art. 10 Abs. 2 VGKE).

(Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

C-4096/2021 Seite 23

E. 10

Februar 2020 seitengleiche untermittellebhaftere MER-Werte in den Armen fest und schloss bei nicht sicher ableitbaren Antwortpotenzialen des Medianus-SEP (somatosensible evozierten Potenziale: PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1920) eine Störung der afferenten Bahn von den Armen zum sensorischen Kortex nicht aus (act. 184). 7.3.3 Den weiteren Berichten der behandelnden Neurologin vom 7. Juli 2020 und 14. Juni 2021, die keine detaillierten Untersuchungsbefunde enthalten, ist zu entnehmen, dass seit 2019 die Motorik und Sensorik der unteren Extremitäten leicht verbessert seien, die Feinmotorik der Hände allerdings nun so eingeschränkt sei, dass der Beschwerdeführer kaum alle Knöpfe oder kleine Dinge, wie Münzen, greifen könne. Zudem sei die Kraft in den Händen deutlich

vermindert, so dass der Beschwerdeführer kein Messer fest packen und führen könne (act. 228 und 235). 7.3.4 Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, die Vorinstanz berücksichtige den Beschwerdeverlauf nicht und stütze ihre Beurteilung auf eine unvollständige Befundlage (vgl. BVGer act. 1 S. 9 und 11 ff.), ist ihm insofern Recht zu geben, als die Neurologin des medizinischen Dienstes der IVSTA in ihren ergänzenden Stellungnahmen vom 17. Juni 2021 und

E. 13

Juli 2021 hinsichtlich der neu eingegangenen Berichte der behandelnden

C-4096/2021 Seite 16 den Neurologin ab Juli 2020 (act. 233 und 237) nicht plausibel darlegt, weshalb diese keine neuen medizinischen Erkenntnisse enthalten. Im Unterschied zur gutachterlichen Exploration im Oktober 2019, die noch eine allseits erhaltene grobe Kraft sowie eine uneingeschränkte Feinbeweglichkeit und Koordination beider Arme ergab und bei welcher der Beschwerdeführer nebst beginnenden Missempfindungen in den Händen – die jeweils mit Schmerzen verbunden seien – keine weiteren Einschränkungen in den oberen Extremitäten geltend machte (act. 216 S. 10 f.), führte der Beschwerdeführer acht Monate später an, er könne kaum Knöpfe schliessen oder etwas Kleines vom Boden aufheben. Ferner wird keine Paraparese mehr diagnostiziert, sondern vielmehr eine «gesicherte» schlaffe Tetraparese festgehalten (act. 228). Nach weiteren elf Monaten klagte der Beschwerdeführer über eine deutliche Kraftminderung in den Händen, so dass er mit den Händen kein Messer fest packen und sicher führen könne (act. 235). Diese Kraftminderung wird von Dr. med. L. _____ in dessen Bericht vom 2. Oktober 2021 (BVGer act. 9 Beilage 4) indirekt bestätigt, indem er dem Beschwerdeführer bescheinigt, keine Arbeiten mehr mit Kraft und feinmotorischen Ansprüchen durchführen zu können. Dass dieser Bericht nach Verfügungserlass erstellt wurde, ist insofern unwesentlich, als darin der Gesundheitszustand der letzten erfolgten Behandlung umschrieben wird, welche fünf Tage nach Erlass der Verfügung, nämlich am 21. Juli 2021, erfolgte. Aufgrund des engen Sachzusammenhanges mit dem Streitgegenstand und der Tatsache, dass dieses Indiz geeignet ist, die Beurteilung zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen, ist dieser Bericht bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BGer 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 mit Hinweisen). Angesichts des bisherigen aktenkundigen Gesundheitsverlaufs (Ausweitung der Symptomatik von den unteren auf alle vier Extremitäten innerhalb zweier Jahre) ist nicht auszuschliessen, dass sich die neurologischen Werte des Beschwerdeführers – und demnach auch seine Kraft in den Händen – seit Oktober 2019 beziehungsweise seit Februar 2020 bis zum erneuten rentenabweisenden Entscheid vom 16. Juli 2021 noch weiter verschlechtern haben. Bereits im Februar 2019 wird von der Universitätsklinik E. _____ eine beginnende Atrophie der Ulnarisversorgten Muskulatur attestiert (act. 159 bzw. 163). Sodann stellt der Gutachter im Oktober 2019 eine zunehmende Abnahme der motorischen Amplitude der oberen Extremitäten fest, nennt ein Fromentzeichen rechts bei leichter Atrophie des Abduktors pollicis (kompensatorische Beugung der Endphalanx des Daumens bei Ulnarislähmung, da das Festhalten eines flachen Gegenstandes zwischen radialer Zeigefingerseite und Daumen nur durch Kontraktion der

C-4096/2021 Seite 17 Abduktors pollicis möglich ist; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 709) und prognostiziert eine mögliche Gesundheitsveränderung (act. 216 S. 10 f.). Schliesslich finden sich in den Akten keine neueren detaillierten neurologischen Untersuchungsbefunde (EMG, Neurographie etc.), die einen objektiven Vergleich der

neurologischen Werte zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses mit jenen vom Februar 2020 zulassen würden (vgl. act. 228 und 235). 7.4 Weiter fällt auf, dass die Vorinstanz die vom Beschwerdeführer geklagten psychischen Beschwerden (depressive Episoden, Schmerz- und Schlafstörungen; vgl. act. 205 S. 6; act. 223, 229 und 235) nicht weiter abgeklärt hat. Auf die unmittelbar nach Eingang der IV-Neuanmeldung erfolgte psychiatrische Stellungnahme des medizinischen Dienstes der IV-STA vom 25. August 2020, der zu entnehmen ist, dass kein psychiatrisches Dossier vorliege, weil in den Dokumenten keine psychiatrische Störung geltend gemacht werde (act. 209), kann sich die Vorinstanz nicht berufen. Zum einen erwähnt der Beschwerdeführer bereits bei der IV-Neuanmeldung Schmerz- und Schlafstörungen (act. 205 S. 6), zum anderen ergab die Auswertung des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D) vom 2. Oktober 2019 beim Beschwerdeführer einen Verdacht auf eine schwere depressive Störung (mittlerer Schweregrad; act. 229 S. 4). Darüber hinaus ist auch aktenkundig, dass dem Beschwerdeführer das ärztlich verordnete Antidepressivum Duloxetin abgegeben wird (act. 159, 163, 167 S. 9). Wie die Vorinstanz in ihrer Duplik vom 28. Dezember 2021 zutreffend vorbringt (vgl. BVGer act. 11, Beilage vom 09.12.2021), ist vorliegend keine fachärztlich einwandfrei gestellte psychiatrische Diagnose aktenkundig. Dennoch ist die durch Dr. med. L. _____ (Facharzt für Allgemeinmedizin und Anästhesiologie und Intensivmedizin) vorgenommene Auswertung des PHQ-D (act. 229 S. 4) als Indiz zu werten, dass der Beschwerdeführer allenfalls doch an einer psychischen Störung leiden könnte. Dies gilt insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass der PHQ-D gerade dazu entwickelt wurde, um die Erkennung und Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen in der Primärmedizin zu erleichtern (BERND LÖWE et al., a.a.O., S. 4). Hinzu kommt, dass der Gutachter lediglich das objektiv wahrnehmbare Verhalten des Beschwerdeführers umschreibt und in Bezug auf die Psyche keine weiteren Abklärungen festhält, insbesondere keinen subjektiven Befund, keinen Tagesablauf und keine Anamnese auflistet. Es bleibt somit unklar, ob und gegebenenfalls inwiefern sich psychische Befunde auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken.

C-4096/2021 Seite 18 7.5 Ferner ist darauf hinzuweisen, dass sich der medizinische Dienst der IVSTA in seinen Stellungnahmen jeweils auf neurologische beziehungsweise neurologisch-psychiatrische Berichte stützt. Hinsichtlich der weiteren aktenkundigen Diagnosen, insbesondere der chronischen Veneninsuffizienz, der attestierten peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, des Tinnitus (vgl. act. 167 S. 9), der Gleichgewichtsstörungen (vgl. act. 167 S. 8), oder des Charcot-Fusses fehlen (neue) fachärztliche Berichte. Es bleibt somit offen, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die entsprechenden Befunde seit der ersten Leistungsablehnung verändert haben und welchen Einfluss sie insgesamt auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit 6. November 2018 ausüben. 7.6 Sodann finden sich in den Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA keine Ausführungen zu möglichen vorhandenen Folgeschäden aufgrund des attestierten Übergewichts (Adipositas Grad I) des Beschwerdeführers (bspw. eine mögliche metabolische oder kardiovaskuläre Komplikation, wie der attestierte Diabetes mellitus Typ 2 oder die diagnostizierte arterielle Hypertonie), noch wird auf die Frage der Zumutbarkeit und die Erfolgchancen einer Gewichtsreduktion eingegangen. Damit steht fest, dass einerseits die Ursache und die Auswirkungen der Adipositas ungeklärt geblieben sind; andererseits kann aufgrund der vorliegenden Akten auch keine verlässliche Aussage zur Zumutbarkeit einer Behandlung im Rahmen einer Schadenminderungsobliegenheit gemacht werden. Ungeklärt geblieben sind ebenso Art und Ausprägung des diagnostizierten Dia-

betes mellitus sowie die Frage, ob der Diabetes mellitus allenfalls in einem Zusammenhang zur Adipositas steht. Zwar vermag ein adäquat eingestellter Diabetes mellitus nach Rechtsprechung für sich alleine ebenfalls keine Invalidität zu begründen (Urteile des BGer 8C_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen), dennoch bleiben hier aus dialektologischer/en- dokrinologischer Sicht die genauen Befunde und ein allfälliger Bezug zur Adipositas ungeklärt. 7.7 Unklar ist überdies, ob das Übergewicht des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit den weiteren Diagnosen, wie der Polyneuropathie, dem Diabetes mellitus Typ 2 und der arteriellen Hypertonie eine derartige Schwere aufweist, dass die funktionelle Leistungsfähigkeit dauerhaft eingeschränkt bleibt (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_506/2020 vom 10. März 2021 E. 5.3.2; 8C_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2 mit Hinweisen).

C-4096/2021 Seite 19 7.8 Auch wenn aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten aus neurologischer Sicht von einer seit 6. November 2018 veränderten funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen ist, kann deren Ausmass und Ursache nicht abschliessend beurteilt werden. Mitunter bleibt ungewiss, wie der vom medizinischen Dienst der IVSTA attestierte vermehrte Pausenbedarf (vgl. act. 220) sich in Bezug auf das zeitliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auswirkt. 7.9 Nach dem Dargelegten beruhen die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA, auf welche sich die Vorinstanz stützt, weder auf einem lückenlosen Befund noch auf einem bereits festgestellten Sachverhalt. Folglich hätte die Vorinstanz nicht von einem versicherungsexternen Administrativgutachten mit persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers absehen dürfen. 7.10 Insgesamt steht fest, dass sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt, insbesondere auch die Entwicklung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 6. November 2018, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen lässt. Es fehlt somit eine verlässliche Entscheidungsgrundlage, um abschliessend über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden. Folglich ist der medizinische Sachverhalt, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten (unter Einbezug aller relevanten medizinischen Dokumente), weiter abzuklären. 8. 8.1 Nachdem die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und den rechtserheblichen Sachverhalt unvollständig festgestellt hat, ist die Beschwerde insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 16. Juli 2021 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit sie in Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst der IVSTA ein polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz im Sinne von Art. 72bis IVV (nach dem Zufallsprinzip) einhole und anschliessend erneut über das Leistungsbegehren entscheide. 8.2 Hat die Verwaltung – wie vorliegend – wesentliche Fragen überhaupt nicht abgeklärt, steht die Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 einer Rückweisung nicht entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2).

C-4096/2021 Seite 20 8.3 8.3.1 Bei der Durchführung der gebotenen polydisziplinären Begutachtung sind aufgrund des dargelegten Sachverhaltes in jedem Fall die Fachbereiche Neurologie, Psychiatrie und Allgemeine Innere Medizin zu berücksichtigen. 8.3.2 Angesichts der Tatsache, dass bei sämtlichen psychischen Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), inklusiv den leichten bis mittelschweren depressiven Störungen (BGE 143 V 409), deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anhand systematisierten Indikatoren zu beurteilen sind, die unter anderem auch den Aspekt der Komorbiditäten berücksichtigen

(BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.), bleibt es in Bezug auf die übrigen aktenkundigen Diagnosen und Befunde des Beschwerdeführers, insbesondere aufgrund der chronischen Veneninsuffizienz, der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, dem Tinnitus, den beklagten Gleichgewichtstörungen und dem Charcot-Fuss im pflichtgemässen Ermessen der Gutachter, allfällige weitere Spezialisten beizuziehen. Dies zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der polydisziplinären Begutachtung soll vorliegend sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 E. 2.1). 8.3.3 Sollten sich im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung Hinweise auf einen erneuten problematischen Alkoholkonsum des Beschwerdeführers ergeben (vgl. Gutachterbericht vom 18. Oktober 2019, der einen früheren Alkoholabusus des Beschwerdeführers aufgrund mitgeteilter Laborwerte und aktueller Anamnese als «glaubhaft eingestellt» umschreibt; act. 216 S. 12), wäre auch diesbezüglich eine genaue Prüfung angezeigt. Nach neuer Rechtsprechung ist bei Abhängigkeitssyndromen ebenfalls ein strukturiertes Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 durchzuführen (vgl. Urteil des BVerfG C-4515/2020 vom 7. Mai 2021 E. 8.2 mit Hinweis auf die Rechtsprechung in Bezug auf die Aussagekraft relevanter Werte im Zusammenhang mit Alkoholkonsum [insb. CDT-Wert]; BGE 145 V 215 E. 5 und 6.2 f.; Urteil des BGer 9C_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4).

C-4096/2021 Seite 21 8.4 Im Anschluss an die umfassende und vollständige Abklärung des medizinischen Sachverhaltes und unter Würdigung sämtlicher rechtserheblicher Akten wird die Vorinstanz neu über das Rentengesuch des Beschwerdeführers zu entscheiden haben. 8.5 Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 16. Juli 2021 aufzuheben und die Streitsache zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen 8.1 bis 8.4 zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. 9.

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