

# **BVGer C-4782/2021 vom 23. Januar 2024**

Bundesverwaltungsgericht, 2024-01-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4782\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4782_2021)

FR: TAF C-4782/2021 du 23 janvier 2024

IT: TAF C-4782/2021 del 23 gennaio 2024

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 1. Oktober 2021, mit welcher die Vorinstanz das neue Leistungsgesuch vom 29. Januar 2021 mit der Begründung, dass keine Invalidität vorliege, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge, abgewiesen hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung zu Recht abgewiesen hat.

### **E. 3.1**

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). Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG).

### **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: 1. Oktober 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**

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).

C-4782/2021 Seite 8 Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 21. Oktober 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. Noch keine Anwendung finden vorliegend die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2017 2535).

### **E. 3.4**

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen vorliegend 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 (vgl. Art. 80a Abs. 1 IVG). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010 (AS 2015 343), Nr. 465/2012 (AS 2015 345) und Nr. 1224/2012 (AS 2015 353) 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; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). 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). Denn nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Vorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität im Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Österreich und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist. 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).

C-4782/2021 Seite 9

### **E. 3.5**

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 haben die Verwaltung und im Beschwerdefall 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; 144 V 427 E. 3.2; 137 V 210 E. 1.2.1 und 2.1.1). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. FRITZ

GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273; BGE 117 V 282 E. 4a). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6).

#### **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).

#### **E. 4.2**

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). Unter Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen (vgl. BGE 130 V 97 E. 3.2; SVR 2007 IV Nr. 38 S. 130; BGE 105 V 156 E. 2). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass die versicherte Person im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat,

C-4782/2021 Seite 10 was vorliegend unbestritten und aktenkundig der Fall ist (vgl. IVSTA-act. 13 überprüfen).

#### **E. 4.3**

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrads 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 Neu-anmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads 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 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

#### **E. 4.4**

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrads von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbe- gründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustands 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 Neuanmeldungsver- fahren – analog zur Rentenrevision – durch einen Vergleich des Sachver- halts, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechts- kräftigen 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; vgl. dazu un- ten E. 5.8).

#### **E. 4.5**

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die er- forderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchfüh- rungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so

C-4782/2021 Seite 11 dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leis- tung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

#### **E. 4.6**

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 ha- ben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und be- züglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Be- urteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 4.7**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Unter- suchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darle- gung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der me- dizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die not- wendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 4.8**

Der Beweiswert eines zwecks Prüfung einer Neuanmeldung erstellten Gutachtens hängt, analog zu in Revisionsverfahren eingeholten Experti- sen, wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Die Feststellung ei- ner revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüber- stellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit

das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in 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

C-4782/2021 Seite 12 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. 4.9**

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. 4.10**

Bei Vorliegen psychischer Erkrankungen fordert die neue bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren (Beweisthemen), die es – 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 bis 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

C-4782/2021 Seite 13 Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens- druck (E. 4.4.2).

## **E. 5**

Mit Urteil vom 17. Dezember 2019 hat das Bundesverwaltungsgericht im Verfahren C-2932/2018 in Aufhebung der angefochtenen vorinstanzlichen Verfügung vom 20. April 2018 dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Juni 2016 bis 31. Dezember 2017 eine rückwirkend abgestufte befristete IV-Rente zugesprochen. Auf die Neuanschuldung vom 29. Januar 2021 ist die Vorinstanz eingetreten und hat nach einer materiellen Prüfung mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. Oktober 2021 einen Renten- anspruch verneint. Die Eintretensfrage ist damit vorliegend nicht zu beur- teilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Zu prüfen ist nachfolgend, ob im vorliegend massgeblichen Vergleichszeitraum, d. h. zwischen dem 20. April 2018 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. Oktober 2021 eine an- spruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Be- schwerdeführers eingetreten ist, und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer Hin- sicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

### **E. 5.1**

Im Urteil C-2932/2018 vom 17. Dezember 2019 hat das Bundesverwal- tungsgericht in medizinischer Hinsicht auf das in den Akten liegende und als beweiskräftig beurteilte E. \_\_\_\_\_-Gutachten des Jahres 2018 abge- stellt.

#### **E. 5.1.1**

Im bidisziplinären E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 7. Februar 2018 stell- ten Dres. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nach durchgeführter orthopädischer (8. Januar 2018) und psychiatrischer Untersuchung (17. Januar 2018) fol- gende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätig- keit): – Cervikalsyndrom ohne radikuläre Reizung mit geringer Bewegungseinschrän- kung bei Status nach ventraler Spondylodese C5 bis C7 und Cage-Implanta- tion C5/6 und C6/7 am 3. Mai 2016; – pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei Status nach dorsaler Spon- dylodese BWK 9 bis LWK 2 am 24. November 2016;

C-4782/2021 Seite 14 – Einschränkung der Seitwärtsbewegung beider Schultergelenke bei Status nach Rotatorenmanschetten-Naht linkes Schultergelenk 1993, Rotatorenman- schetten-Naht rechtes Schultergelenk 1994, Rotatorenmanschetten-Naht lin- kes Schultergelenk am 30. Juli 2008, Rotatorenmanschetten-Naht rechtes Schultergelenk am 10. Januar 2013, arthroskopische subakromiale Dekom- pression und perkutane Tenotomie der langen Bizepssehne linkes Schulter- gelenk am 9. Februar 2017. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) nannten die Gutachter: – Chondrokalzinose und geringe retropatellare Chondropathie des rechten Kniegelenks bei Status nach vorderer Kreuzbandplastik im April 1998; – geringe retropatellare Chondropathie des linken Kniegelenks, Status nach Arthroskopie des linken Kniegelenks am 16. Februar 2001; – Achillodynie links; – Senk-Spreiz-Platt-Knickfuss beidseits, Status nach Cheilotomie des linken Grosszehengrundgelenks am 16. Februar 2015, Arthrolyse des linken Grosszehengrundgelenks am 5. Juli 2016 und Osteosynthesematerial-Entfer- nung

am linken Grosszeh am 4. Juli 2017; – posttraumatische ulnare Achsabweichung im PIP-Gelenk des linken Kleinfingers; – Mb. Dupuytren D IV rechte Hand ohne Gelenkkontraktur; – übergewichtiger Ernährungszustand (BMI 30.9 kg/m<sup>2</sup>). Im Gutachten wurde festgehalten, der Beschwerdeführer klagt über Schmerzen im Nacken, im gesamten Rücken mit Ausstrahlung in beide Beine (rechtsbetont) bis zu den Waden, in beiden Kniegelenken, im linken Grosszeh, der linken Achillessehne, in den Fingergrundgelenken beider Hände (rechtsbetont) und in beiden Schultern. Aus orthopädischer Sicht wurde im Wesentlichen ausgeführt, die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei gering eingeschränkt; Hinweise auf eine akute Reizung zervikaler Nervenwurzeln bestünden nicht. Aufgrund des klinischen und radiologischen Untersuchungsbefundes seien gelegentlich auftretende, belastungsabhängige Nackenschmerzen nachvollziehbar. Die Beweglichkeit der Brustwirbelsäule sei frei, die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule bezüglich der Seitneigung und Rotation des Oberkörpers gering eingeschränkt. Die seitengleiche Beschwielung beider Hände sei Ausdruck eines regelmässigen Gebrauchs. In psychiatrischer Hinsicht konnte im Rahmen des erhobenen

C-4782/2021 Seite 15 psychopathologischen Befundes keine relevante psychische Störung festgestellt werden. Die Gutachter kamen in der bidisziplinären Konsensbesprechung zum Schluss, dass die angestammte schwere Tätigkeit als Lackierer und Schreiner seit dem 20. Dezember 2014 dauerhaft nicht mehr zumutbar sei. In einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit ab Mitte September 2017 100 %. Das Belastungsprofil legten die Gutachter wie folgt fest: Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, ohne häufige Überkopfarbeiten, Seitwärtsheben beider Arme oberhalb der Horizontalen sowie häufiges Bücken und Knien (IV-act. 79 S. 40 f.).

### **E. 5.1.2**

Das Bundesverwaltungsgericht hat im Urteil C-2932/2018 vom 17. Dezember 2019 im Rahmen der Beweiswürdigung festgehalten, dass das ebenfalls in den Vorakten liegende Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2018, das auf einer Untersuchung vom 29. August 2018 beruhte, nicht geeignet sei, die Beurteilung der Gutachter der E. \_\_\_\_\_ betreffend den Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen (Urteil des BVGer C-2932/2018 vom 17. Dezember 2019 E. 7.8).

### **E. 5.2**

Für die Beurteilung des Gesundheitszustands im vorliegenden Vergleichszeitpunkt liegen die nachfolgenden medizinischen Unterlagen vor:

#### **E. 5.2.1**

Im mit Neuanmeldung am 12. Februar 2021 bei der Vorinstanz eingegangenen ärztlichen Gutachten zum Antrag auf Weitergewährung der Invaliditätspension der Anstalt I. \_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2020 gab Dr. med. C. \_\_\_\_\_ an, die Beschwerden an der Lendenwirbelsäule seien anhaltend und gemäss dem Versicherten zunehmend. Das Kribbeln in den Beinen sei unverändert beidseits vorhanden. Es handle sich um einen Dauerschmerz, der bei Belastung verstärkt auftrete. Die Gehstrecke sei auf 30 Minuten limitiert. Stehen sei wie vorbestehend 15 Minuten möglich; dann sei ein Lagewechsel nötig. Eine Lähmung oder Schwäche in den Beinen sei nicht bemerkt worden. Der Versicherte berichte auch bezüglich der Halswirbelsäule von anhaltenden Schmerzen im Nacken. Es sei eine Einschränkung der Rotation mit Ausstrahlung in Richtung Oberarm lateral beidseits

gegeben. Bezüglich Brustwirbelsäule und Thorax bestehe seit Monaten ein unverändertes thorakales Druckgefühl in Bauch-, Rückenlage und bei Flexion der Halswirbelsäule. Auch bei den Schultern beidseits sei keine Besserung der Beschwerden eingetreten. Insbesondere das Heben des Armes über Schulterhöhe sei gemäss dem Versicherten deutlich

C-4782/2021 Seite 16 eingeschränkt und schmerzhaft. Auch bezüglich des Knies rechts bestünden unverändert Schmerzen beim Treppensteigen, beim Knien und bei Belastung. Ausserdem beklage der Versicherte auch bezüglich des linken Knies unverändert seit vier Jahren Beschwerden. Die Schmerzen seien beim Treppensteigen, beim Knien und bei Belastung medial und retropatellar lokalisiert. Im Fuss links bestehe ein Schmerz im Bereich des IP-Gelenks der Grosszehe. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ stellte als Hauptdiagnose: - ICD-10 M511: Lumboischialgie bds. bei Osteochondrose in den Bereichen L2/L3 und L3/L4, Scheuermannresiduen mit Keilwirbel in den Bereichen Th12 und L1, dorsale Spondylodese Th9-L2 von November 2016 sowie die folgenden Nebendiagnosen: - Zervikobrachialgie rechts bei Neuroforamenstenose rechts C5/C6 und C6/C7, Diskushernie C5/C6, Protrusion C6/C7, Zustand nach ventraler zervikaler Spondylodese C5-C7 von Mai 2016 (ICD-10 M501); - Varusgonarthrose beidseits, patellofemorale Arthrose beidseits, Zustand nach vorderer Kreuzbandplastik (ICD-10 M170); - Impingement Schulter beidseits, Zustand nach Rotatorenmanschettennaht beidseits (ICD-10 M755). Als weitere Diagnosen führte er auf: - Hallux rigidus links, Arthrodese GZGG 2016, Zustand nach Cheilektomie links; - Achillessehnentendinopathie links; - Zustand nach Quetschfraktur D V links. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ gab an, es bestehe ein anhaltender starker Schmerz im Bereich des Nackens und eine Einschränkung der Beweglichkeit. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei im Vergleich zur Voruntersuchung mässig gebessert. Bezüglich der Schultern sei beidseits eine anhaltende Einschränkung der Beweglichkeit über Schulterhöhe gegeben. Sonst sei keine wesentliche Änderung der Symptomatik eingetreten. Ein sensomotorisches Defizit könne nicht festgestellt werden. Die Fehlstellung des Kleinfingers links sei unverändert. Bezüglich der Knie bestehe beidseits unverändert ein Druckschmerz am medialen Gelenkspalt; eine Besserung im Vergleich zur Voruntersuchung sei nicht eingetreten. Die Grosszehe

C-4782/2021 Seite 17 rechts zeige ebenfalls eine unveränderte Symptomatik und einen unveränderten Befund. Am IP-Gelenk liege derzeit eine Druckdolenz vor; eine Fehlstellung sei nicht sichtbar und die Bewegung sei endlagig schmerzhaft eingeschränkt. Es sei kein Hämatom und keine Prellmarke sichtbar. Insgesamt sei es zu keiner wesentlichen Besserung des Leistungskalküls gekommen. Geregelte Tätigkeiten seien derzeit nicht zumutbar (IVSTA-act. 194).

### **E. 5.2.2**

Mit Stellungnahme vom 15. Juni 2021 hielt RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ fest, gemäss dem E.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 7. Februar 2018 seien leichte Tätigkeiten möglich; als Schreiner bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 20. Dezember 2014. In Zusammenfassung der im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten gestellten Befunde gab er an: Halswirbelsäule 30-0-3 Rotation, Schürzen-/Nackengriff möglich. Abduktion 120 Grad rechts und 80 Grad links, Jobe negativ, HG frei, Achsabweichung 30 Grad PIP D5. BWS frei, FBA bis Knie, psychiatrisch keine Einschränkung. Die Befunde des Gesamtgutachtens (gemeint Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2018, vgl. IVSTA-act. 158) vom 29. August 2018 fasste er wie folgt zusammen: Halswirbelsäule Spondylodese 2016, Lendenwirbelsäule Spondylodese November 2016. Arthrodese Grosszehengrundgelenk

2016, ME 23017 (sic). Dekompression Schulter links 2017. Halswirbelsäule Rotation 20-0-20 Grad, Seitneigung 5-0-5 Grad, Kraft normal, Lasègue negativ, Zehen/Fersengang normal, Sensomotorik unauffällig. Abduktion Schulter 110 Grad. Keine Überkopfarbeiten. Kein neurologisches Defizit. Achillessehne deutlich gebessert. GZGG gut kompensiert. Keine regelrechte Tätigkeit möglich. Das Gesamtgutachten vom 26. August 2020 (gemeint Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ 5. Oktober 2020) habe keine Änderung zum Vorgutachten festgestellt. Er gab die im Gesamtgutachten vom 26. August 2020 gestellten Befunde wie folgt wieder: Halswirbelsäule Rotation 40-0-40 Grad, Seitneigung 5-0-5, Reflexe seitengleich, Lasègue negativ, Sensomotorik unauffällig, Abduktion Schulter 100 Grad. Jobe-Test negativ. Als Hauptdiagnose führte er auf: – Halswirbelsäulensyndrom bei Status nach Spondylodese C5-C7 und Cage am 3. Mai 2016; – Lendenwirbelsäulensyndrom bei Status nach Spondylodese Th9-L2 am 24. November 2016; – Impingement Schulter beidseits bei Arthroskopie links 2008, rechts 2013, und links am 9. Februar 2017.

C-4782/2021 Seite 18 Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er: – Chondrokalzinose rechtes Knie; – Chondropathie linkes Knie; – Achillodynie links; – Status nach Arthrodrese GZGG vom 5. Juli 2016 und OSME am 4. Juli 2017; – ulnare Achsabweichung PIP DIG IV links. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ stellte eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab dem 20. Dezember 2014 fest. Es sei eine Verweisungstätigkeit zumutbar unter Ausschluss von Rumpfrotation, Überkopfarbeit, Heben von Gewichten (Maximalgewicht: fünf Kilogramm), repetitiven Bewegungen, Klettern auf Leiter/Gerüst, Treppensteigen und unebenem Gelände (vgl. Tabelle betreffend funktionelle Einschränkungen in IVSTA-act. 209 S. 2 f.). Die beiden österreichischen Gutachten stünden im Widerspruch zum schweizerischen Gutachten der E.\_\_\_\_\_ von 2018. Dieses sei sehr ausführlich und entspreche den Anforderungen und Leitlinien für Begutachtungen in der Schweiz. Es sei daher stärker zu gewichten als die knappen österreichischen Gutachten. Die Befunde sowohl der österreichischen Gutachten als auch des Schweizer Gutachtens seien mit einer leichten, angepassten Tätigkeit kompatibel. Die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe nur in der Rekonvaleszenzzeit nach den Operationen. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Schreinertätigkeit sei dauerhaft seit 2014. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ab dem 18. September 2017 zu 0 % eingeschränkt (IVSTA-act. 209).

### **E. 5.2.3**

Mit seiner Beschwerde hat der Beschwerdeführer den Bericht des Krankenhauses F.\_\_\_\_\_ vom 27. September 2021 eingereicht. Hiernach wurde der Versicherte vom 20. September 2021 bis zum 28. September 2021 aufgrund bewegungsabhängiger Schmerzen im Bereich der linken Schulter bei deutlicher Bewegungseinschränkung hospitalisiert. Als Diagnosen bei der Entlassung wurden aufgeführt: – beginnende Frozen Shoulder links (ICD-10 M75.0) mit/bei – Z. SSP-repair vor Jahren, – Zustand nach subacromialer Dekompression und Tenotomie der linken Bizepssehne 2017;

C-4782/2021 Seite 19 – Impingementsyndrom rechte Schulter mit/bei Zustand nach subacromialer Dekompression vor Jahren; – Zervikalgie mit/bei – Zustand nach ventraler Spondylodese C5-C7 2016, – muskulärer Dysbalance, – chronischer Lumbalgie mit/bei Zustand nach dorsaler Spondylodese TH9-L2 2016, – Grosszehengrundgelenksarthrodese links; – Metatarsalgie MT 2 und 3 distal (ICD-10 M77.4) mit/bei Ausschluss eines Morton Neuroms; – Verdacht auf Gonarthrose – rechts mehr als links – (ICD-10 M17.9) mit/bei – Zustand nach VKB-Rekonstruktion rechts vor

vielen Jahren, – Zustand nach Meniskusoperation beider Knie vor vielen Jahren; – Zustand nach malignem Melanom Bauchdecke 2007; – Zustand nach CHE (Cholinesterase); – Zustand nach Funduplicatio-Operation. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes sei die analgetische Therapie umgestellt worden mittels einer Opiatrotation, sodass hierbei der Wirkstoff- Spiegel habe konstant gehalten werden können. Der Versicherte habe in gutem Allgemeinzustand und mit einer deutlichen Schmerzbesserung nach Hause entlassen werden können (Beilage zu BVGer-act. 1).

#### **E. 5.2.4**

Mit Stellungnahme vom 11. April 2022 hielt RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ fest, aus dem nachgereichten Austrittsbericht ergäben sich keine neuen Erkenntnisse. Die beschriebenen Befunde der bekannten Halswirbelsäulen- und Schulterprobleme seien weitgehend unverändert und kompatibel mit einer leichten angepassten Tätigkeit, wie im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten festgehalten. Von einem neuen Gutachten seien keine wesentlichen neuen und IV-relevanten Erkenntnisse zu erwarten (Beilage zu BVGer-act. 13).

#### **E. 5.2.5**

In seiner Replik (BVGer-act. 21) hat der Beschwerdeführer die nach- folgenden Berichte eingereicht:

C-4782/2021 Seite 20

##### **E. 5.2.5.1**

Auf dem Karteiausdruck von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ (ohne Unterschrift), wurde mit Datum vom 22. September 2020 verzeichnet, dass eine ankylosierende Spondylose im Bereich C3/4, eine diskrete Spondylose im Bereich C4/5 und etwas ausgeprägter im Bereich C7/Th1, gleichfalls wie eine Spondylodese im Bereich Th10 bis L3 (anders oben Th9 bis L2, vgl. E. 5.1.1) ohne ankylosierende Verknöcherung im Spatium intervertebrale, Keilwirbel und teils ankylosierende Osteochondrose und Spondylose samt Fehlhaltung und als Normvariante sechs Lendenwirbelkörper vorlägen. Rechts bestehe eine aktivierte, gering ausgeprägte Retropatellararthrose sowie links allenfalls eine inzipiente minimal aktivierte Retropatellararthrose. Beidseits liege eine prominente Arteriosklerose vor. Ausserdem wurde darauf hingewiesen, dass der Versicherte keine Physiotherapie mehr machen solle; Radfahren sei auf niedrigem Niveau möglich (Beilage 4 zu BVGer-act. 21).

##### **E. 5.2.5.2**

Im Arztbericht vom 27. August 2020 erkannte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, eine Spondylodese im Bereich Th10 bis L3 ohne ankylosierende Verknöcherung im Spatium intervertebrale, Keilwirbel und teils ankylosierende Osteochondrose und Spondylose samt Fehlhaltung und als Normvariante sechs Lendenwirbelkörper, bei im Übrigen normalem Befund, sowie einen Zustand nach Rekonstruktion des vorderen Kreuz- bandes rechts, Chondrocalcinosis meniscorum ausgeprägt rechts und links diskret im Bereich des Corpus des Aussenmeniskus, rechts aktivierte gering ausgeprägte Retropatellararthrose, links allenfalls inzipiente minimal aktivierte Retropatellararthrose, beidseits prominente Arteriosklerose, bei im Übrigen normalem Befund (Beilage 5 zu BVGer-act. 21).

##### **E. 5.2.5.3**

Dem Ambulanzbericht des Krankenhauses F. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2020 ist zu entnehmen, dass der Versicherte berichtet habe, er sei ausge- rutscht und dabei auf die linke Zehe gestürzt. Seitdem stehe die Zehe weg. Ein Röntgenbild habe eine Luxation des PIP-Gelenks der Grosszehe links gezeigt, woraufhin eine Reposition mit guter Stellung erfolgt sei. Anlässlich der Kontrolle vom 21. Dezember 2020 habe der Versicherte weiterhin Schmerzen im Bereich des linken Vorfusses bei Arthrose des Grosszehen- grundgelenks beklagt. Hinweise für eine rheumatische Erkrankung bestün- den nicht. Auch anlässlich der Kontrolle am 5. Februar 2021 habe der Ver- sicherte weiterhin Schmerzen im Bereich des rechten (recte: linken) Fus- ses und zwar am Köpfchen des II. Mittelfusssknochens beklagt (Beilage 6 zu BVGer-act. 21).

C-4782/2021 Seite 21

#### **E. 5.2.5.4**

Gemäss dem Ambulanzbericht Rheumatologie des Krankenhau- ses F. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2020 wurde aktuell kein sicherer Hin- weis für das Vorliegen – einer primär entzündlichen – Systemerkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis erkannt (Beilage 7 zu BVGer- act. 21).

#### **E. 5.2.5.5**

Im Ambulanzbericht des Krankenhauses F. \_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2021 wurde die Diagnose unspezifische Schulterschmerzen links bei be- kanntem multimodalem Schmerzsyndrom und Zustand nach SAD und LSP-Tendotomie der Schulter links 2017 gestellt. Ein Röntgenbild der Schulter links habe keine frische knöcherne Verletzungszeichen aufge- zeigt. Dem Bericht ist weiter zu entnehmen, dass anlässlich der Kontrolle vom 10. Februar 2022 eine degenerative Ruptur der Rotatorenmanschette links mit Impingementsyndrom diagnostiziert wurde, die mittels Schmerzthe- rapie behandelt worden sei (Beilage 8 zu BVGer-act. 21).

#### **E. 5.2.5.6**

Im Befundbericht vom 23. August 2021 führte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, die nachfolgenden Diagnosen auf: – 21. Januar 2021: short Barrett Ösophagus; – 11. September 2018: DEXA 09/2018 (Normalbefund); – 14. Juni 2018: Zustand nach Melanom, Zustand nach lap CHE (laparoskopische Cholezystektomie); – 16. Mai 2018: Niereninsuffizienz G2; – 22. März 2018: Zustand nach dorsaler Spondylodese Th9-L2, Zustand nach ventraler Spondylodese C5-C7, Zustand nach Operation RM-Refixation Schulter links, Zustand nach Arthrodesse Grosszehengrundgelenk links; –

#### **E. 5.2.6**

Mit Stellungnahme vom 27. Juni 2022 hielt RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hierzu fest, die nachgereichten Berichte datierten vor der letz- ten Stellungnahme vom 11. April 2022. Vorliegend habe bereits 2018 die Spondylosis der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule bestanden. Auch die Chondropathie und die geringe Retropatellararthrose hätten 2018

C-4782/2021 Seite 22 bereits vorgelegen. Der Rechtsanwalt führe an, es läge eine Arterioskler- rose des Kniegelenks vor. Eine Arteriosklerose sei eine Gefässerkrankung, eine Arteriosklerose des Kniegelenks gebe es nicht. Entscheidend seien nicht die radiologischen Befunde und deren naturgemässe Zunahme im Laufe der Zeit, sondern die klinischen

Auswirkungen. Ein Vergleich der Befunde von 2018 mit jenen von 2020/2021 zeige, dass sich der ROM der Halswirbelsäule nicht verschlechtert, sondern sogar verbessert habe (Rotation 2018: 30-0-30 Grad, 2021: 45-0-45 Grad; Seitneigung 2018: 30-0-20 Grad, 2021: 20-0-30 Grad). Radikuläre Ausfälle seien auch 2021 nicht beschrieben worden. Das Schulterimpingement habe bereits 2018 und früher vorgelegen, die Abduktion habe 2018 90 Grad und 2021 100 Grad betragen. Der Kniegelenksbefund 2021 zeige ein reizloses Knie, keine Schwellung, keine Überwärmung, kein Erguss, stabil, Meniskuszeichen negativ. Es handle sich um einen völlig unauffälligen Kniebefund. Somit könne von keiner ausgeprägten, IV-relevanten Befundverschlechterung im Vergleich zu 2018 die Rede sein. Auch die Behauptung, die Schmerzmedikation sei wesentlich erhöht worden, treffe nicht vollständig zu (2018: Fentanyl 25 mg, Hydal 2,6 mg; 2021: Durogesic 50 uG [sic], Hydal 2,6 mg). Eine Absetzung der Opiate sei bereits 2018 empfohlen worden. Es scheine hier eher ein Abhängigkeitsproblem vorzuliegen. Zusammenfassend liege keine wesentliche, IV-relevante Verschlechterung der klinischen Befunde vor. Eine leichteste, wirbelsäulen- und schulterschonende, leidensadaptierte Tätigkeit sei nach wie vor möglich und mit den vorliegenden Befunden kompatibel (Beilage zu BVGer-act. 23).

### **E. 5.3**

Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung ausgeführt, im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2020 bestehe keine Änderung zum Vorgutachten vom 10. Oktober 2018. Somit könne weiterhin auf das vom Bundesverwaltungsgericht überprüfte E.\_\_\_\_\_ -Gutachten abgestellt werden. Neue Arbeitsunfähigkeiten, welche über die im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. Dezember 2019 hinausgehen, seien nicht festgestellt worden. Nachdem der Beschwerdeführer dem beschwerdeweise entgegeng gehalten hatte, der Arztbericht des Krankenhauses F.\_\_\_\_\_ vom 27. September 2021 würde die von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ mit Gutachten vom 5. Oktober 2020 getroffenen Feststellungen widerlegen und aufzeigen, dass sowohl im Bereich der Halswirbelsäule als auch im Bereich der Schulter starke Schmerzen vorhanden seien und auch die Beweglichkeit deutlich herabgesetzt sei, hatte die Vorinstanz den Arztbericht vom 27. September 2021 dem ärztlichen Dienst zur Stellungnahme unterbreitet. Dieser hatte C-4782/2021 Seite 23 aufgeführt, aus dem Arztbericht vom 27. September 2021 würden sich keine neuen Erkenntnisse ergeben, denn es würden die bekannten Halswirbelsäulen- und Schulterprobleme beschrieben; die Befunde seien weitgehend unverändert und kompatibel mit einer leichtesten, leidensangepassten Tätigkeit (vgl. oben E. 5.2.4). Gestützt darauf hielt die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung an der angefochtenen Verfügung fest.

### **E. 5.4**

Diesbezüglich lässt der Beschwerdeführer replizieren, die Vorinstanz habe zwar den neu eingereichten Arztbericht des Krankenhauses F.\_\_\_\_\_ vom 27. September 2021 dem ärztlichen Dienst zur Stellungnahme unterbreitet. Allerdings habe dieser wahrscheinlich übersehen, dass sich die Schmerzen und die erforderliche Schmerzmedikation des Beschwerdeführers massgeblich erhöht hätten. Er müsse starke Morphiumpflaster (Fentanyl 50 µg/h TTS) verwenden, die er durchgehend trage und alle 72 Stunden wechsle. Ausserdem seien zu den bisherigen umfangreichen körperlichen Beschwerden zwischenzeitlich eine beginnende Frozen Shoulder links und eine Zervikalgie im Bereich C6-C7 dazu gekommen. Die Schmerzen in der linken Schulter seien im September 2021

der- art stark gewesen, dass eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus F. \_\_\_\_\_ erforderlich gewesen sei. Ausserdem habe sich seine Wirbel- säule in relevanter Weise verschlechtert und auch seine abgenutzten Knie- gelenke würden zur Schmerzsymptomatik beitragen. Ein Vergleich des Gutachtens von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 26. August 2020 (recte 5. Okto- ber 2020) mit dem Gutachten vom 10. Oktober 2018 zeige folgende Ver- änderungen des Gesundheitszustands: Die Beschwerden an der Lenden- wirbelsäule hätten zugenommen; 2018 sei noch eine Gehstrecke von einer Stunde möglich gewesen, nurmehr sei diese auf 30 Minuten limitiert; das Ent- und Ankleiden sei anlässlich der Untersuchung im Jahr 2018 selbstän- dig erfolgt, 2020 sei dies auch ohne Hilfe, jedoch mit Schmerzzeichen er- folgt; im Bereich des Nackens bestünden 2020 neu anhaltende Schmerzen und eine Einschränkung der Beweglichkeit mit Einschränkung der Rotation und lateral beidseitiger Ausstrahlung in Richtung der Oberarme; bei beiden Schultern sei das Heben des Armes laut Gutachten 2020 deutlich einge- schränkt. Gemäss seinen Angaben hätten die Schmerzen gegenüber 2018 wieder zugenommen. Laut den Ausführungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Gutachten des Jahres 2018 habe die Versteifung an der Lendenwirbel- säule langfristig keine Besserung der Beschwerdesituation gebracht. Die Haupteinschränkung der Leistungsfähigkeit sei durch die Schmerzen der Lendenwirbelsäule und deren Einschränkung der Beweglichkeit bedingt. Dennoch habe Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Gutachten des Jahres 2020 zu die- sem Umstand nichts angemerkt. Es sei davon auszugehen, dass dies

C-4782/2021 Seite 24 deshalb nicht vertieft untersucht worden sei, weil der Gutachter ohnehin von Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sei und daher keine weiteren Befunde erhoben habe. Auch die Hausärztin des Beschwerdeführers Dr. med. L. \_\_\_\_\_ bestätige im Befundbericht vom 23. August 2021, dass es in den letzten Jahren trotz therapeutischer Interventionen zu weiteren Ver- schlechterungen der Beschwerden gekommen sei, mit der Notwendigkeit einer entsprechend starken analgetischen Therapie. Aus diesem Befund- bericht ergebe sich auch die zusätzliche neue Diagnose „short Barret Öso- phagus“ (BVGer-act. 21). Soweit der Beschwerdeführer aufgrund eines Vergleichs der beiden Gut- achten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Pensionsversicherungsanstalt M. \_\_\_\_\_, der Jahre 2018 und 2020 auf einen veränderten Gesundheits- zustand schliesst, ist ihm entgegenzuhalten, dass im vorliegenden Aus- gangspunkt das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-2932/2018 vom 17. Dezember 2019 das E. \_\_\_\_\_-Gutachten des Jahres 2018 als mas- sgebende medizinische Grundlage betrachtet und explizit festgehalten hat, dass das ebenfalls in den Vorakten liegende Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2018 nicht geeignet sei, die Beurteilung der Gutachter der E. \_\_\_\_\_ betreffend den Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen (vgl. oben E. 5.1.2). Entgegen der Auf- fassung des Beschwerdeführers ist damit zur Beantwortung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der letzten Verfügung erheblich verän- dert hat, für den vorliegenden Ausgangspunkt nicht auf das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2018 abzustellen.

### **E. 5.5**

In Bezug auf die Argumentation der Vorinstanz fällt demgegenüber auf, dass RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2021 ausgeführt hat, die beiden Gutachten aus Österreich würden in Wi- derspruch zum schweizerischen Gutachten der E. \_\_\_\_\_ stehen. Er hat insbesondere darauf hingewiesen, dass das E. \_\_\_\_\_-Gutachten sehr ausführlich sei und den Anforderungen und Leitlinien der Begutachtung in der

Schweiz entspreche. Er ist damit davon ausgegangen, dass auf die kurzen Gutachten aus Österreich nicht abgestellt werden könne. Somit hat er insbesondere auch für den vorliegenden Vergleichszeitpunkt nach wie vor auf das E.\_\_\_\_\_-Gutachten des Jahres 2018 und nicht auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_- des Jahres 2020 abgestellt. Unter diesen Umständen erscheint es widersprüchlich, dass die Vorinstanz gestützt auf das Gutachten aus Österreich von 2020 auf einen unveränderten Gesundheitszustand schliesst, zumal Dr. med. C.\_\_\_\_\_- in diesem die Feststellung eines unveränderten Gesundheitszustands implizit auf einen

C-4782/2021 Seite 25 Vergleich des aktuellen Gesundheitszustands mit jenem, wie er sich anlässlich seiner früheren, im Jahr 2018 vorgenommenen Begutachtung manifestierte, abgestützt hat. Ausserdem haben die beiden Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_- aus Österreich dem Beschwerdeführer jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher beruflichen Tätigkeit (2020: «Leistungskalkül: geregelte Tätigkeiten sind nicht mehr zumutbar» [vgl. IVSTA-act. 194 S. 8]; 2018: «Im Rahmen der polytopen Beschwerden am ganzen Körper ist derzeit eine regelrechte Tätigkeit nicht möglich» [IVSTA-act. 158 S. 6]) bescheinigt, anders als das E.\_\_\_\_\_-Gutachten von 2018, welches den Beschwerdeführer als seit September 2017 in einer Verweisungstätigkeit voll arbeitsfähig eingestuft hat. Entsprechend hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2021 noch eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit festgestellt. In seiner im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens von der Vorinstanz eingeholten Stellungnahme vom 27. Juni 2022 hat er hingegen nurmehr eine leichteste wirbelsäulen- und schulterschonende, leidensadaptierte Tätigkeit als zumutbar bezeichnet. Der Beschwerdeführer weist sodann zu Recht darauf hin, dass der von ihm im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichte Arztbericht des Krankenhauses F.\_\_\_\_\_- vom 27. September 2021 Hinweise darauf enthält, dass zu den bisherigen körperlichen Beschwerden eine beginnende Frozen Shoulder links hinzugekommen sei. Aus dem entsprechenden Bericht geht hervor, dass der Beschwerdeführer aufgrund bewegungsabhängiger Schmerzen im Bereich der linken Schulter bei deutlicher Bewegungseinschränkung hospitalisiert und im Rahmen des stationären Aufenthalts die analgetische Therapie mittels einer Opiatrotation umgestellt worden ist, um den Wirkstoffspiegel konstant zu halten. Später wurde gemäss Bericht vom

### **E. 6.1**

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Gutheissung des Hauptantrags des Beschwerdeführers sowie in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und zu anschliessendem neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine solche insbesondere im Falle der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend eindeutig der Fall ist, nachdem die Vorinstanz bezüglich der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Rentenprüfung erheblich verändert hat, nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Überdies würde dem Beschwerdeführer mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

### **E. 6.2**

Die Vorinstanz ist anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie erforderlich. Hierbei sind betreffend allfällige psychiatrische Diagnosen für die objektivierte Einschätzung des zumutbaren Leistungsvermögens die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281 E. 10.2; vgl. oben E. 4.9) massgebend. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 m. w. H.; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8).

### **E. 6.3**

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.). Es sind vorliegend keine Gründe ersichtlich, 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 es sind dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

### **E. 6.4**

Da die neuen Abklärungen der Beantwortung der Frage, ob eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ab 20. April 2018 eingetreten ist, dienen sollen, wird das einzuholende polydisziplinäre Gutachten auch die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen haben. Das Gutachten wird sich mithin insbesondere auch darüber auszusprechen haben, ob und inwiefern gegenüber dem vorliegenden Ausgangspunkt April 2018 eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands des Versicherten stattgefunden hat und dazu wie auch zur Krankheitsentwicklung sowie zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit konkrete und begründete Angaben zu machen haben (vgl. oben E. 4.8). Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen erheblich veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m. H.; vgl. auch Urteil des BVGer C-920/2019 vom 25. Juni 2020 E. 5.7).

### **E. 6.5**

Damit ist die Beschwerde im Hauptantrag gutzuheissen, die Verfügung vom 1. Oktober 2021 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit sie respektive - da es sich beim Beschwerdeführer um einen ehemaligen Grenzgänger handelt (vgl. Urteil des BVGer C-2932/2018 vom 17. Dezember 2019 E.2) - die für die Abklärung zuständige kantonale IV-Stelle den medizinischen Sachverhalt im Sinne der Erwägungen ergänzend abkläre und die Vorinstanz anschliessend neu verfüge. Infolge Gutheissung des

Hauptantrags wird der Eventualantrag gegenstandslos.

### **E. 7.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss im Betrag von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 7.2**

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i. V. m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da seitens des Rechtsvertreters keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie auch des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, dies insbesondere in Anbetracht des Umstands, dass die Mandatierung zwar erst mit Schreiben vom 28. März 2022 - und damit nach Einreichung der Beschwerde - erfolgte, in der Folge jedoch ein zusätzlicher Schriftenwechsel durchgeführt wurde und sich der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer in seiner Replik vom 7. Juni 2022 (BVGer-act. 21) sowie in seiner Triplik vom 14. September 2022 (BVGer-act. 25) einlässlich (auf insgesamt 11 Seiten) zur Beschwerdesache geäußert hat, erscheint vorliegend eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen; Art. 9 Abs. 1 i. V. m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen.

### **E. 8**

August 2016: arterielle Hypertonie. Sie hielt fest, in den letzten Jahren sei es trotz therapeutischer Interventionen zu einer weiteren Verschlechterung der Beschwerden gekommen, mit der Notwendigkeit einer entsprechend starken analgetischen Therapie (Beilage 9 zu BVGer-act. 21).

### **E. 10**

Februar 2022 eine degenerative Ruptur der linken Rotatorenman- schette diagnostiziert. Bei fortschreitenden degenerativen Leiden ist es da- mit nicht ausgeschlossen, dass sich der Gesundheitszustand und die Ar- beitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der E.\_\_\_\_\_-Begutachtung verändert haben könnten. Es überzeugt daher nicht, dass der RAD nach wie vor auf das E.\_\_\_\_\_-Gutachten aus dem Jahres 2018 abgestellt und das Gutachten aus Österreich von 2020 als hierzu widersprüchlich be- zeichnet hat. Indem Dr. med. C.\_\_\_\_\_- in seinem Gutachten von 2020 einen Vergleich lediglich mit seinem früheren Gutachten von 2018 zieht und der RAD das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_- von 2020 überdies als widersprüchlich zum E.\_\_\_\_\_-Gutachten bezeichnet, fehlt vorliegend eindeutig eine gutachterliche Auseinandersetzung mit dem Verlauf des Ge- sundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit dem E.\_\_\_\_\_-Gutachten des Jahres 2018. Ausserdem fehlt in den vorliegen- den Akten ein Vergleich des aktuellen Gesundheitszustands des

C-4782/2021 Seite 26 Versicherten mit jenem, wie er in dem für den vorliegenden Ausgangspunkt massgebenden E. \_\_\_\_\_-Gutachten des Jahres 2018 beschrieben wurde. Auch die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen erlauben keine umfassende Beurteilung seines aktuellen Gesundheitszustands sowie seiner Arbeitsfähigkeit, dies insbesondere auch aus dem Grunde, dass keiner der vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte Angaben zu seiner Arbeitsfähigkeit enthält (vgl. oben E. 5.2.3 und 5.2.5 ff.). Der Beschwerdeführer hat ferner in seiner Tripplik vom 14. September 2022 zu Recht darauf hingewiesen, dass die bei ihm vorliegenden Beschwerden (insbesondere) in die Fachbereiche der Orthopädie und der Inneren Medizin fallen, womit RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ als Facharzt für physikalische Medizin nicht die erforderliche Fachkompetenz aufweist, um die verschiedenen gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers zu beurteilen (vgl. Sachverhalt Bst. D.g). Erforderlich wäre vielmehr eine interdisziplinäre Beurteilung unter Einbezug sämtlicher Facharztbereiche gewesen. Nach dem Gesagten fehlt damit vorliegend in den Akten ein aktuelles interdisziplinäres Revisionsgutachten, das insbesondere zum Verlauf des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit dem E. \_\_\_\_\_- Gutachten des Jahres 2018 Stellung nimmt und den aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten unter Einbezug sämtlicher erforderlichen medizinischen Fachgebiete umfassend abklärt. 6. 6.1 Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Gutheissung des Hauptantrags des Beschwerdeführers sowie in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und zu anschliessendem neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine solche insbesondere im Falle der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend eindeutig der Fall ist, nachdem die Vorinstanz bezüglich der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Rentenprüfung erheblich verändert hat, nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Überdies würde dem Beschwerdeführer mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

C-4782/2021 Seite 27 6.2 Die Vorinstanz ist anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie erforderlich. Hierbei sind betreffend allfällige psychiatrische Diagnosen für die objektivierte Einschätzung des zumutbaren Leistungsvermögens die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281 E. 10.2; vgl. oben E. 4.9) massgebend. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 m. w. H.; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8). 6.3 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.). Es sind vorliegend keine Gründe ersichtlich, 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 es sind dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). 6.4 Da die neuen Abklärungen der Beantwortung der Frage, ob eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ab 20. April 2018 eingetreten ist, dienen sollen, wird das einzuholende polydisziplinäre Gutachten auch die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen haben. Das Gutachten wird sich mithin insbesondere auch darüber auszusprechen haben, ob und inwiefern gegenüber dem vorliegenden Ausgangspunkt April 2018 eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands des Versicherten stattgefunden hat und dazu wie auch zur Krankheitsentwicklung sowie zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit konkrete und begründete Angaben zu machen haben (vgl. oben E. 4.8). Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt,

C-4782/2021 Seite 28 um auf einen erheblich veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m. H.; vgl. auch Urteil des BVGer C-920/2019 vom 25. Juni 2020 E. 5.7). 6.5 Damit ist die Beschwerde im Hauptantrag gutzuheissen, die Verfügung vom 1. Oktober 2021 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit sie respektive - da es sich beim Beschwerdeführer um einen ehemaligen Grenzgänger handelt (vgl. Urteil des BVGer C-2932/2018 vom 17. Dezember 2019 E.2) - die für die Abklärung zuständige kantonale IV-Stelle den medizinischen Sachverhalt im Sinne der Erwägungen ergänzend abkläre und die Vorinstanz anschliessend neu verfüge. Infolge Gutheissung des Hauptantrags wird der Eventualantrag gegenstandslos. 7. 7.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss im Betrag von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 7.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i. V. m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da seitens des Rechtsvertreters keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie auch des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, dies insbesondere in Anbetracht des Umstands, dass die Mandatierung zwar erst mit Schreiben vom 28. März 2022 – und damit nach Einreichung der Beschwerde – erfolgte, in der Folge jedoch ein zusätzlicher Schriftenwechsel durchgeführt wurde und sich der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer in seiner Replik vom 7. Juni 2022 (BVGer-act. 21) sowie in seiner Triplik vom 14. September 2022 (BVGer-act. 25) einlässlich (auf insgesamt 11

Seiten) zur Beschwerdesache geäußert hat, erscheint

C-4782/2021 Seite 29 vorliegend eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen; Art. 9 Abs. 1 i. V. m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen.

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