

BVGer C-4935/2018 vom 18. Februar 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-02-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4935_2018

FR: TAF C-4935/2018 du 18 février 2020

IT: TAF C-4935/2018 del 18 febbraio 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 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 4. Juli 2018, mit welcher die Vorinstanz einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt hat. Nachdem das erste Leistungsgesuch des Beschwerdeführers bereits mit Verfügung vom 26. März 2010 abgewiesen worden war, ist vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 4. Juli 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 4. Juli 2018 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind

E. 3.3

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

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

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

E. 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 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 Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2).

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 der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 4.7

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. 5

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 26. April 2016 eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 4. Juli 2018 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 26. März 2010 und der angefochtenen Verfügung vom 4. Juli 2018 eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist bzw. ob sich der medizinische Sacherhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 5.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass sich sein Gesundheitszustand seit der rentenablehnenden Verfügung vom 26. März 2010 verschlechtert habe. Er sei seit rund zehn Jahren gesundheitlich eingeschränkt, weshalb er von der deutschen Rentenversicherung seit August 2009 bis zum Vorbezug seiner Altersrente im Jahr 2016 eine IV-Teilrente bezogen habe. Die Beeinträchtigungen seien sowohl körperlicher als auch psychischer Natur. Die somatischen Beschwerden führten jedoch nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, sondern einzig zu Einschränkungen in körperlich schweren Tätigkeiten, wie der angestammten Tätigkeit. Die Einschränkungen in einer adaptierten Tätigkeit basierten einzig auf den psychischen Erkrankungen. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. B._____ sei ab Mai 2017 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten auszugehen. Die Einschätzung vom IV-Arzt Dr. med. E._____, bei dem es sich nicht um einen Facharzt in Psychiatrie handle, sei nicht geeignet diese Einschätzung in Zweifel zu ziehen. Sollte nicht auf die Beurteilung von Dr. med. B._____ abgestellt werden können, müsste eine Begutachtung unter Berücksichtigung der Standardindikatoren erstellt werden. Hierbei sei jedoch zu beachten, dass die Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2017 vorliege und damit ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf des Wartjahres ab Mai 2018 hätte entstehen können. Im Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit sei der Beschwerdeführer bereits über 62 Jahre und im Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginns bereits über 63 Jahre alt gewesen. Da der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit hochgradig eingeschränkt sei, müsste er sich vollständig in einen neuen Beruf einarbeiten. Bei den festgestellten Einschränkungen sei es aber nicht realistisch, dass er sich in eine neue Tätigkeit einarbeiten und diese auch zur Zufriedenheit eines Arbeitgebers auf dem freien Arbeitsmarkt ausüben könnte. Die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei bei einer restlichen Erwerbszeit von 2.5 Jahren nicht mehr realistisch. Entsprechend hätte der Beschwerdeführer auch bei einer höhergradigen Arbeitsfähigkeit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

E. 5.2

Die Vorinstanz hält in ihrer Vernehmlassung fest, dass unbestritten sei, dass der Beschwerdeführer in leidensangepassten Tätigkeiten aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt sei. In Bezug auf die psychischen Beschwerden habe der medizinische Dienst festgestellt, dass unverändert eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Im Beschwerdeverfahren seien die gesamten medizinischen Akten zudem noch einem Psychiater des medizinischen Dienstes vorgelegt worden. Dieser habe sogar eine

Verbesserung des psychischen Zustandes festgestellt. Dem Beschwerdeführer sei zumindest im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung im Jahr 2010 die Selbsteingliederung zumutbar gewesen. Sein Gesundheitszustand habe sich seitdem nicht verschlechtert. Dass sich der Beschwerdeführer aus invaliditätsfremden Gründen nicht eingegliedert habe, könne heute nicht als Grund herangezogen werden, um eine Resterwerbsfähigkeit auszuschliessen.

E. 6

Die rentenablehnende Verfügung vom 26. März 2010 beruhte auf der Annahme einer Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im angestammten Beruf als Bauarbeiter von 50 % und einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit und basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf folgenden ärztlichen Einschätzungen:

E. 6.1

Die behandelnde Ärztin, Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 25. September 2007 eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F 45.0) mit einem leichtgradigen depressiven Syndrom (ICD-10: F 32.0; act. 26 S. 25 f.).

E. 6.2

Im Bericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Oktober 2007 wurden als Diagnosen eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0; DD: anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10: F45.4], Neurasthenie [ICD-10: F48]) sowie ein Status nach einer depressiven Episode genannt. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe in einer dem körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Soweit dies beurteilbar sei, liege keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende depressive Störung mehr vor, da diese offensichtlich medikamentös gut behandelt sei (act. 26 S. 45 ff.).

E. 6.3

Dr. med. H._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt in seinem Bericht vom 23. November 2007 als Diagnosen eine somatoforme Schmerz- und Funktionsstörung, Osteochondrosen und Bandscheibenprotrusionen zervikal C4/5 und C5/6 ohne organisches Korrelat, Bandscheibenprotrusionen L5/S1 mediolateral links ohne organisches Korrelat sowie Coxarthrosen fest. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten gegeben (act. 26 S. 19 f.).

E. 6.4

Im Gutachten von Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Juli 2009 wurden als Diagnosen Psychosomatisierungen (ICD-10: F45.9) und eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) aufgeführt. Als Verdachtsdiagnose wurde zudem eine asthenische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7) genannt. Es bestehe ein leichtgradiger psychiatrisch psychosomatischer Beschwerdekomples, welche die Fähigkeit des Beschwerdeführers zu einer wirtschaftlich sinnvollen und regelmässigen Erwerbstätigkeit beeinträchtige, ohne ihn aber unfähig zu machen. In seiner letzten Tätigkeit könne er 3 bis unter 6 Stunden arbeiten. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnte er 6 Stunden und mehr leichte Arbeiten in Tagesschicht verrichten. Bei geringen Anforderungen an Stresstoleranz, emotionaler Belastbarkeit, Beherrschung komplexer Arbeitsvorgänge, wären die Kriterien der Regelmässigkeit, Verlässlichkeit und Zuverlässigkeit erfüllt (act. 24).

E. 6.5

Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Schlussbericht vom 3. Dezember 2009 keine Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Als Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Lumbalgie (ICD-10: M54.4) sowie eine beginnende Coxarthrose (ICD-10: M16.9). Unter den Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine Somatisierung (ICD-10: F45.0) und eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) auf. Er wies daraufhin, dass gemäss der internen Stellungnahme von Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. November 2009 keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit legte der Dr. med. J. _____ auf 50 % ab April 2007 fest. Er ging davon aus, dass in einer angepassten Tätigkeit (ab April) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Das Zumutbarkeitsprofil legte er wie folgt fest: Arbeitszeit: ganztags, sitzend/wechselnde Arbeitsposition, Heben von Gewichten: Maximum 15 kg, Vermeidung von Schlechtwetter, Feuchtigkeit und Kälte, leicht verminderte Stressresistenz, ohne Zwangshaltungen des Oberkörpers (act. 29).

E. 7

Aus dem Zeitraum ab Erlass der Verfügung vom 26. März 2010 liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Einschätzungen in den Akten:

E. 7.1

Von 23. bis 27. März 2017 wurde der Beschwerdeführer im Klinikum C. _____ (Klinik für Neurologie) stationär behandelt. Im Hospitalisationsbericht vom 27. März 2017 wurden folgende Diagnosen gestellt: Passagere Desorientiertheit (DD: komplex-fokale epileptische Anfälle), Verdacht auf leichte demenzielle Entwicklung, THS Rezeptor-Antikörper erhöht bei euthyreoten Stoffwechsellage. Weiter wurden eine arterielle Hypertonie, eine Herzinsuffizienz, eine Hypercholesterinämie, chronisch periphere Ödeme, Niereninsuffizienz sowie eine mittelschwere depressive Episode mit Somatisierungsstörung 5/2007 erwähnt (act. 61). Wegen Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und eines Tinnitus wurde der Beschwerdeführer am 25. April 2017 erneut im Klinikum C. _____ vorstellig. Im entsprechenden Bericht wurde als Diagnose ein Tinnitus aurium (ICD-10: H93.1) festgehalten (act. 63).

E. 7.2

Im Gutachten von Dr. med. B. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Mai 2017 wurden eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0 G), eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0 G) sowie intellektuelle Leistungsvoraussetzungen im unteren Normbereich (ICD-10: F79.0 G) diagnostiziert. Die Gutachterin kam zum Schluss, dass aufgrund des Hirnleistungsbefunds der Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung nicht bestätigt werden könne. In Anbetracht der Anamnese und des Lebensalters sei nicht mit der Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt sowohl für eine Vollzeitstelle als auch für eine Teilzeitstelle im erlernten Beruf und für andere Tätigkeit auszugehen. Die psychophysischen Leistungsvoraussetzungen dazu lägen nicht vor. Es sei davon auszugehen, dass unter Arbeitsbelastung erneut somatische und Erschöpfungssymptome auftreten würden, die die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers erheblich beeinträchtigen würden (act. 50).

E. 7.3

Der IV-Arzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2017 fest, dass im Gutachten von Dr. med. B._____, kein anderer psychiatrischer Zustand als im Jahr 2009 beschrieben werde (act. 53). In seiner zweiten Stellungnahme vom 20. März 2018 hielt er fest, dass sich aus den Berichten des Klinikums C._____, vom 27. März 2017 und vom 25. April 2017 sowie aus den Laborwerten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben würden (act. 83).

E. 7.4

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden die folgenden Arztberichte eingereicht:

E. 7.4.1

Die Vorinstanz holte eine Stellungnahme von Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. November 2018 ein. Dieser hielt fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht nur nicht verschlechtert, sondern sogar verbessert habe. Es bestehe keine Persönlichkeitsstörung, keine wesentliche Depression und keine Somatisierungsstörung (Beilage zu BVGer-act. 11).

E. 7.4.2

Der Beschwerdeführer hat replikweise einen Kurzaustrittsbericht der Klinik für Neurologie des Spitals D._____ vom 1. März 2019 betreffend eine Hospitalisation vom 26. Februar bis 2. März 2019 eingereicht. Als Diagnose wurde ein Verdacht auf anhaltende wahnhaftige Störung (DD: paranoide Schizophrenie, DD: bipolare Störung mit manischer Phase (ICD-10: F 22) festgehalten. Unter anderem wurde erwähnt, dass eine neuropsychologische Abklärung eine mittelgradige neuropsychologische Störung ergeben habe (Verhaltensauffälligkeiten mit Logorrhoe und Weitschweifigkeit im kognitiven Bereich eine mittelschwere mnestiche und eine leicht bis mittelschwere Funktionsstörung, leicht verminderte Grundaktivierung und geteilte Aufmerksamkeit). Es bestehe kein Hinweis auf neurodegenerative Erkrankung oder eine Demenz. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von 26. Februar bis 2. März 2019 attestiert (Beilage zu BVGer-act. 15).

E. 7.4.3

Der IV-Arzt Dr. med. L._____ nahm am 25. März 2019 zum Kurzaustrittsbericht vom 1. März 2019 Stellung. Er hielt fest, dass im Bericht nur Verdachtsdiagnosen genannt würden. Die Verfasserin des Berichts sei sich aber nicht sicher, um welche Verdachtsdiagnose es sich handle, weshalb sie gleich drei Diagnosen zur Auswahl stelle. Der Bericht sei von einer Assistenzärztin der Neurologie verfasst worden, obwohl sie psychiatrische Diagnosen vermute. Soweit sie sich auf die Ergebnisse einer neuropsychologischen Testung berufe, sei zu beachten, dass solche Testungen in der IV-Abklärung allenfalls zur Bestätigung einer Diagnose zulässig seien. Psychiatrische Diagnosen würden nicht aufgrund von Testergebnissen, sondern anhand der klinischen Beobachtungen gestellt. Zudem sei keine Symptomvalidierung durchgeführt worden. Ein einziger Test würde zudem nicht genügen. Im MRI sei kein Hinweis auf eine neurodegenerative Erkrankung oder eine Demenz gefunden worden. Schliesslich habe der Psychologe bestätigt, dass keine relevante Stimmungsproblematik - also keine Depression - vorliege (Beilage zu BVGer-act. 17).

E. 8

Zu prüfen ist zunächst, ob ein Neuanmeldegrund vorliegt (siehe E. 4.4).

E. 8.1

Die Feststellung einer neuanmelde- bzw. revisionsrechtlich relevanten Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist das Vorhandensein einer entscheidenderheblichen Differenz in den - hier den medizinischen Berichten und Gutachten 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 entscheidenderheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Tatsachenebene zum früheren Zustand wiedergibt. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, neuanmelde- bzw. revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen und nicht revisionsbegründend (vgl. Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1 und 4.2).

E. 8.2

Die Vorinstanz stützt ihre Auffassung, wonach keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei, im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der Ärzte ihres medizinischen Dienstes. Die IV-Ärzte Dr. med. E. _____ und Dr. med. L. _____ haben den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern reine Aktenbeurteilungen vorgenommen. Die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Zu prüfen ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem medizinischen Dienst erlaubte, sich ein Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

E. 8.3

Die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes ergingen in Kenntnis sämtlicher vorliegenden medizinischen Akten. Zur Beurteilung der geltend gemachten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes stand dem medizinischen Dienst das aktuelle psychiatrische Gutachten von Dr. med. B. _____ vom 12. Mai 2017 zur Verfügung, das auf einer fachärztlichen persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers beruht. Das Gutachten enthält eine Anamnese, den psychiatrischen Untersuchungsbefund, die Diagnosen sowie eine Epikrise sowie eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes hat sich die Gutachterin zwar nicht geäußert, gestützt auf ihr Gutachten war es dem medizinischen Dienst aber möglich, sich ein umfassendes Bild über den psychischen Gesundheitszustand zu machen und auch ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers einen Vergleich mit der Situation im Jahr 2009 vorzunehmen. Nachdem die Vorinstanz im Beschwerdeverfahren noch eine Stellungnahme von Dr. med. L. _____ eingeholt hat, liegt hierzu neben einer allgemein-medizinischen auch eine psychiatrisch-fachärztliche Beurteilung des medizinischen Dienstes vor.

E. 8.4

Die Schlussfolgerung, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2010 nicht verschlechtert habe, begründet Dr. med. E. _____ damit, dass im Gutachten von Dr. med. B. _____ im Vergleich zum Jahr 2009 keine wesentlichen neuen Diagnosen gestellt worden seien und kein anderer psychiatrischer Zustand beschrieben werde. Die objektiven psychiatrischen Befunde seien nicht eindrücklich. Der psychiatrische Facharzt des medizinischen Dienstes, Dr. med. L. _____, hielt in seiner Stellungnahme vom 13. November 2018 fest, dass die intellektuellen Leistungsvoraussetzungen seit Anfang des Erwerbslebens bestünden und den Beschwerdeführer nicht davon abgehalten hätten, bis ins Jahr 2007 zu arbeiten. Die Gutachterin habe den Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung ausdrücklich nicht bestätigen können. Somit habe die intellektuelle Leistungseinschränkung schon immer bestanden und könne aktuell nicht zur Begründung einer Arbeitsfähigkeit herangezogen werden. Zudem liege sie noch im Normbereich und sei schon allein deswegen nicht massgeblich. Die Gutachterin habe auch ausdrücklich das Bestehen einer mittleren oder schweren Depression verneint. Hinsichtlich der Affektivität habe sich der Gesundheitszustand daher sogar verbessert, denn damals sei einige Male noch eine mittelgradige Depressivität erwähnt worden. Auch die Somatisierungsstörung werde aktuell nicht mehr diagnostiziert, denn der Versicherte leide unter Schmerzen, die beispielweise von einer Trümmerfraktur und altersentsprechenden Abnützungen bei einem Maurer herrührten. Die Gutachterin habe auch noch eine Neurasthenie diagnostiziert. Damit meine sie die lebenslang bestehende eingeschränkte Belastungsfähigkeit. Diese sei aber auch nicht neu. Der Gesundheitszustand habe sich damit insgesamt nicht nur nicht verschlechtert, sondern sogar verbessert. Es bestehe keine Persönlichkeitsstörung, keine wesentliche Depression und keine Somatisierungsstörung.

E. 8.5

Der Vergleich der im Neuanmeldeverfahren eingegangenen medizinischen Akten mit den ärztlichen Berichten, welche der Verfügung vom 26. März 2010 zugrunde lagen, zeigt, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Wesentlichen gleichgeblieben sind (insbesondere Schmerzen, Erschöpfung). Auch die im Jahr 2017 diagnostizierte leichte depressive Episode sowie die Neurasthenie wurden bereits im Jahr 2007 bzw. 2009 diagnostiziert. Die damalige Verdachtsdiagnose einer (asthenischen) Persönlichkeitsstörung wurde im aktuellen psychiatrischen Gutachten nicht mehr gestellt. Neu hinzugekommen ist lediglich die Diagnose der intellektuellen Leistungsvoraussetzungen im unteren Normbereich. Abgesehen davon, dass intellektuelle Leistungsvoraussetzungen, die sich noch im Normbereich befinden, hier keine Arbeitsunfähigkeit im IV-rechtlichen Sinn zu begründen vermögen (vgl. auch die Stellungnahme von Dr. med. L. _____ vom 13. November 2018), stellt eine neue Diagnose nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (Urteil des BGer 9C_91/2018 vom 7. Juni 2018 E. 4.2.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 9 E. 5.2). Anders als der Beschwerdeführer anzunehmen scheint, genügt für die Anerkennung eines verschlechterten Gesundheitszustandes auch nicht, dass die Gutachterin Dr. med. B. _____ im Vergleich zu den Fachärzten im Jahr 2009 eine höhere Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. auch Urteile 9C_561/2018 vom 8. Februar 2019 E. 5.3.2.1; 8C_419/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 4.3).

E. 8.6

Für die Beurteilung, ob sich der Gesundheitszustand in neu-anmelde- bzw. revisionsrechtlich erheblicher Weise geändert hat, ist in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik massgebend (vgl. Urteil des BGer 9C_388/2016 vom 2. November 2016 E. 4.2.2).

E. 8.6.1

Im Rahmen des Abklärungsverfahrens, das zur ersten Ablehnung des Leistungsanspruchs im Jahr 2010 führte, beschrieb der Psychiater Dr. med. G. _____ den Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 15. Oktober 2007 als wach, in allen Qualitäten orientiert, im Gespräch als logorrhoeisch berichtend und auf körperliche Beschwerden, insbesondere Schmerzen, eingeschränkt. Im Antrieb sei er unauffällig und im Affekt schwingungsfähig. Die Stimmung sei ausgeglichen. Es bestehe kein Anhalt für eine akute Suizidalität oder Fremdgefährdung. Im Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 13. Juli 2009 wurden im psychopathologischen Befund im Wesentlichen dynamische Störungen im Sinne von Psychosomatisierungen, Antriebsminderung und permanente Müdigkeit sowie fehlende Zukunftsperspektiven und Schwäche festgehalten. Der Beschwerdeführer habe von Schlafstörungen berichtet. Es bestünden Ängste und massives Insuffizienzerleben. Die kognitiven Funktionen (Wahrnehmung, Ich-Grenzen, formal inhaltliches Denken) seien ungestört. Die höheren Intelligenzleistungen (Kritik-, Urteils-, Einsichts-, und Übersichtsfähigkeit) böten ebenfalls keine psychopathologisch relevanten Störungen. Die Persönlichkeit des Beschwerdeführers biete Hinweise auf Asthenik, Schwäche, geringe Belastbarkeit, aber keine Ängste oder absurde Ideen.

E. 8.6.2

Dr. med. B. _____ hielt in ihrem aktuellen Gutachten vom 12. Mai 2017 im Wesentlichen fest, dass die Stimmung, der Antrieb, die Affektivität und die Psychomotorik keine Auffälligkeiten aufwiesen. Ebenfalls seien keine vegetativen Funktionsstörungen vorhanden. Der Gedankengang sei formal geordnet, inhaltlich aber auf das Erschöpfungsgefühl eingeengt. Es gebe kein Anhalt für pathologische Denkinhalte. Bei der durchgeführten Hirnleistungsdiagnostik sei der Beschwerdeführer angespannt, fahrig und wenig anstrengungsbereit gewesen. Es bestünden Störungen der Merkfähigkeit bei intellektuellen Leistungsvoraussetzungen im unteren Normbereich. Der Hirnleistungsbefund sei jedoch altersentsprechend und weist nicht auf eine kognitive Störung hin. Die Persönlichkeit sei ausreichend differenziert.

E. 8.7

Der Vergleich der in den beiden Vergleichszeitpunkten fachärztlich erhobenen psychiatrischen Befunde zeigt, dass keine relevanten Unterschiede im medizinischen Substrat auszumachen sind. Insbesondere waren die Erschöpfungssymptome, welche laut der Gutachterin Dr. med. B. _____ die von ihr attestierte volle Arbeitsunfähigkeit wesentlich begründen, bereits anlässlich der ersten Leistungsverweigerung im Jahr 2009 vorhanden und wurden damals bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. So wurde insbesondere im Gutachten von Dr. med. I. _____ eine permanente Müdigkeit, Schwäche und eine geringe Belastbarkeit beschrieben. Aufgrund der im wesentlich unveränderten Befundlage, ist die Schlussfolgerung des medizinischen Dienstes, wonach keine neu-anmelderechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist, nachvollziehbar und schlüssig. Gegen eine Verschlechterung des psychischen Zustandes spricht auch, dass sich aus den Akten keinerlei Anhaltspunkte

darauf ergeben, dass sich der Beschwerdeführer eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen hat. So wird im Gutachten von Dr. med. B. _____ festhalten, dass sich der Beschwerdeführer nicht in ambulanter nervenärztlicher Behandlung befinde. Im vorliegenden Verordnungsplan vom Hausarzt Dr. med. M. _____ sind zudem keine psychiatrischen Medikamente aufgeführt (act. 50 S. 7). Ob sogar eine Verbesserung des psychischen Zustandes Gesundheitszustandes eingetreten ist, ist vorliegend nicht von Belang und kann daher offengelassen werden. Wenn die Gutachterin Dr. med. B. _____ eine volle Arbeitsunfähigkeit einer Verweistätigkeit ausgeht - was im Übrigen aufgrund der erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar ist - handelt es sich dabei somit lediglich um eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts, was im Kontext einer Neuanmeldung unbeachtlich ist.

E. 8.8

Die mit Erlass des Urteils BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 geänderte Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen, die auch auf andere psychische Störungen anwendbar ist (vgl. BGE 143 V 418 und 409), betrifft die materielle Beurteilung des umstrittenen Rentenanspruchs. Für die sich bei einer Neuanmeldung vorab stellende Frage nach einer erheblichen Sachverhaltsveränderung lässt sich daraus nichts ableiten. Zudem stellt die Praxisänderung für sich allein keinen Neuanmeldungs- bzw. Revisionsgrund dar und sie gibt auch nicht Anlass zu einer Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG (Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4.4; BGE 141 V 585 E. 5).

E. 8.9

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich eine neu anmelderechtlich relevante Verschlechterung seines psychischen Zustandes mit dem Kurzaustrittsbericht des Spitals D. _____ vom 1. März 2019 belegen will, verkennt er, dass sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum sich grundsätzlich auf den Sachverhalt beschränkt, wie er sich bis zum Erlass der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 4. Juli 2018) verwirklicht hat. Allfällige Verschlechterungen des Gesundheitszustands nach Verfügungserlass sind nicht beschwerdeweise, sondern auf dem Wege der (nochmaligen) Neuanmeldung geltend zu machen (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]; vgl. etwa auch Urteil 9C_399/2017 vom 10. August 2017 E. 3.6). Inwiefern sich aus dem Bericht des Spitals D. _____, der rund acht Monate nach Verfügungserlass erstellt wurde, massgebende Rückschlüsse auf den Zeitraum vor Verfügungserlass ziehen lassen, wird vom Beschwerdeführer nicht dargelegt. Überdies handelt es sich beim genannten Bericht um keine fachärztliche Einschätzung und es werden nur fachfremde psychiatrische Verdachtsdiagnosen genannt, die keine rechtsgenügende Grundlage bilden können, um eine mögliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nachzuweisen (vgl. Urteil des BGer 9C_81/2019 vom 11. November 2019 E. 3.3.2). Die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit bezieht sich schliesslich nur auf den Zeitraum der Hospitalisation. Insgesamt ist damit nicht ersichtlich, inwiefern sich daraus Erkenntnisse hinsichtlich einer allfälligen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bis zum Verfügungserlass ergeben sollen. Es erübrigt sich daher, den definitiven Austrittsbericht des Kantonsspitals einzuholen. Der replikweise gestellte Editionsantrag wird daher abgewiesen.

E. 8.10

Eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes macht der Beschwerdeführer nicht geltend. Auf Aufforderung der Vorinstanz hin, sämtliche ärztlichen Berichte

einzureichen, legte er lediglich die beiden Berichte des Klinikums C. _____ vom 27. März 2017 und vom 25. April 2017 sowie zwei Laborberichte vor. Diesen Berichten lässt sich jedoch kein Hinweis auf eine anspruchrelevante Verschlechterung entnehmen. Dr. med. E. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 20. März 2018 hierzu überzeugend fest, dass die passagere Desorientiertheit während der Hospitalisation am 27. März 2017 nicht mehr bestanden habe. Der Verdacht auf eine leichte dementielle Entwicklung, der sich im Übrigen nicht bestätigt hat, sei nicht limitierend. Die Hypertonie werde behandelt. Eine Herzinsuffizienz sei klinisch ausgeschlossen worden, weshalb die Diagnose einer Herzinsuffizienz in der der Diagnoseliste schlicht falsch sei. Chronisch periphere Ödeme seien nicht limitierend. Die Niereninsuffizienz sei leichtgradig und verursache keine Beschwerden. Aufgrund dieser Berichte bestehe keine Einschränkung. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar. Da auch der Beschwerdeführer einräumt, dass aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe, ist davon auszugehen, dass auch in somatischer Hinsicht keine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

E. 8.11

Insgesamt ist eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Da sich aus den Akten auch keine Hinweise auf eine solche Verschlechterung bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 4. Juli 2018 ergeben, besteht kein weiterer Abklärungsbedarf. Sind wie hier von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, ist darauf zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Insgesamt kann daher auf die für die im Hinblick auf die Fragen nach einer anspruchrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes beweiskräftige Stellungnahmen des medizinischen Dienstes abgestellt werden. Liegt damit keine neu anmelderechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor, fällt eine umfassende tatsächliche und rechtliche Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs ausser Betracht. Somit ist auch die vorgebrachte Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit infolge fortgeschrittenen Alters nicht zu prüfen. Soweit der Beschwerdeführer schliesslich darauf hinweist, dass ihm in Deutschland eine Rente zugesprochen worden sei, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten, weil die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Die angefochtene Verfügung ist daher nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 9.2

Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3

VGKE).

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