

# **BVGer C-6010/2016 vom 13. August 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-08-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6010\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6010_2016)

FR: TAF C-6010/2016 du 13 août 2018

IT: TAF C-6010/2016 del 13 agosto 2018

## **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 [172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem dem Beschwerdeführer überdies die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde 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 29. August 2016, mit welcher die Vorinstanz das neue Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 9. Juni 2015 abgewiesen hat. Streitig und vorliegend zu prüfen ist daher die Frage, ob die Vorinstanz das neue Leistungsgesuch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat respektive ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung hat (vgl. hierzu nachfolgend E. 3.5).

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist schweizerischer Staatsangehöriger und lebt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen über die Freizügigkeit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie

vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, bestimmt sich die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung hat, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 29. August 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 29. August 2016 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. 3.4**

Wurde eine Rente auf der Basis eines früheren Leistungsbegehrens wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so richtet sich die Prüfung eines neuen Leistungsgesuches grundsätzlich nach den Regeln der Rentenrevision (BGE 130 V 71 E. 3.1). Gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV (SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Verordnungsbestimmung erfüllt sind. Danach ist vom Versicherten im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Urteil des Bundesgerichts I 556/02 vom 25. März 2003 und BGE 109 V 262 zu aArt. 87 Abs. 4 IVV).

### **E. 3.5**

Nach Eingang der Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die versicherte Person die genannte Veränderung glaubhaft dargelegt hat. Verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei hat sie unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, um dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher prüft das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur, wenn diese streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV Nichteintreten beschlossen hat, und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (Urteil des BGer I 888/05 vom 7. Juni 2006 E. 2; BGE 109 V 108 E. 2b, 109 V 262 E. 3; Urteil des BVGer C-2520/2006 vom 3. September 2007 E. 4.1). Vorliegend ist die Vorinstanz mit Verfügung vom 29. August 2016 auf das neue Leistungsgesuch des

Beschwerdeführers vom 9. Juni 2015 eingetreten und hat dieses aufgrund einer materiellen Beurteilung abgewiesen. Vom Bundesverwaltungsgericht ist damit ausschliesslich die Frage zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat (siehe E. 2). Ob die Vorinstanz zu Recht auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 9. Juni 2015 eingetreten ist, hat das Bundesverwaltungsgericht demgegenüber nicht zu überprüfen.

### **E. 3.6**

Eine Änderung des Invaliditätsgrads setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Ausgangspunkt zur Beurteilung dieser Veränderung ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht. Dieser Ausgangspunkt bestimmt sich vorliegend nach Massgabe der Verfügung vom 5. Juli 2010 (Sachverhalt Bst. A). Ihm ist als aktuellen Referenzzeitpunkt der Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung, das heisst der 29. August 2016, gegenüberzustellen (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1).

### **E. 3.7**

Die Veränderung der Verhältnisse zwischen den beiden Referenzzeitpunkten muss erheblich sein (Art. 17 ATSG). Erheblichkeit bedeutet vorliegend, dass diese Veränderung einen Einfluss auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Rentenanspruch der versicherten Person hat (BGE 130 V 343 E. 3.5 m.w.H).

### **E. 3.8**

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

### **E. 3.9**

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

### **E. 4**

In der rechtskräftigen Verfügung vom 5. Juli 2010 hat die Vorinstanz gestützt auf die Einschätzung des RAD dargelegt, es gehe aus den Akten hervor, dass infolge der Gesundheitsbeeinträchtigungen in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Industriebuchbinder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe. Die Ausübung einer leichteren, dem

Gesundheitszustand besser angepassten, gewinnbringenden Tätigkeit wie zum Beispiel als qualifizierter Hilfsarbeiter, Magaziner oder im Detailverkauf (z.B. in einem Einkaufszentrum, Kiosk oder Tankstellen-Shop) sei jedoch noch zu 100 % zumutbar, dies mit einer Erwerbseinbusse von 32 %.

#### **E. 4.1**

In der Stellungnahme vom 21. Dezember 2009 führte RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aufgrund des Berichts von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, vom 14. Mai 2009 (Formular E213) zusammenfassend die Hauptdiagnosen Schmerzen der Lendenwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen und chronische Schmerzstörung auf. Als Nebendiagnose ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine (leicht ausgeprägte) Anpassungsstörung. Der Versicherte sei seit dem 14. Mai 2009 in seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten beruflichen Tätigkeit betrage, ebenfalls ab dem 14. Mai 2009, 0 % (IV-act. 29).

#### **E. 4.2**

Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Vertrauensarzt der Deutschen Rentenversicherung D.\_\_\_\_\_, sowie Nervenarzt, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Sozialmedizin, stellte im Hauptgutachten vom 14. Mai 2009 (Formular E213) die Diagnosen: 1. Haltungs- und belastungsabhängige Schmerzen der Lendenwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen mit Fehlhaltung, ohne aktuelle Nervenwurzelaustrittserscheinungen (ICD-10 M54-G); 2. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; 3. Anpassungsstörungen (leicht ausgeprägt; ICD-10 F43.2-G). Aus nervenärztlicher Sicht lägen insgesamt keine erheblichen psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen vor, welche die Aufhebung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben begründen könnten (IV-act. 3, S. 1-15).

#### **E. 4.3**

Im fachorthopädischen Zusatzgutachten vom 14. Mai 2009 (Formular E213) stellte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Vertrauensarzt der Deutschen Rentenversicherung D.\_\_\_\_\_, sowie Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (vgl. BVGer-act. 16) ausserdem die Diagnosen: 1. Belastungsminderung des Achsenorgans bei bekannten Aufbrauchveränderungen, vorbeschriebenen Bandscheibenschädigungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, Funktionalität der Wirbelsäule ausreichend, zufriedenstellende Mobilitätssituation (ICD-10 M54-G); 2. Anhalt für wiederholte Reizungen der schultergelenksführenden Schultergelenksbereiche beidseits, bei erhaltener Gebrauchsfähigkeit beider oberer Extremitäten, unter Berücksichtigung bestehender Einschränkungen. Die bisherige Tätigkeit des Versicherten als Industriebuchbinder sei nicht leistungsgerecht, diesbezüglich bestehe eine Arbeitsunfähigkeit seit März 2008. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien indessen leichte bis gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten während sechs Stunden und mehr pro Tag in orthopädischer Hinsicht möglich, bei Beachtung des negativen Leistungsbildes (IV-act. 3, S. 17-32).

#### **E. 4.4**

In dem im Vorbescheidverfahren eingegangenen Arztbericht vom 24. Februar 2010 stellte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie und spezielle Schmerztherapie der Praxisklinik G.\_\_\_\_\_ (Deutschland), - gestützt auf ein MRT der Lendenwirbelsäule vom 15. April 2008 sowie eine computertomographische Untersuchung der Lendenwirbelsäule L3-S1 vom 30. Oktober 2008 - die Diagnosen: lumbales Facettensyndrom; lumbale Bandscheibenvorfälle L4-5 und L5-S1; lumbales Wurzelreizsyndrom L5 beidseits;

Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule. Es sei mit keiner durchgreifenden Befundbesserung mehr zu rechnen. Es seien daher zunehmend erhebliche und anhaltende Behinderungen und Beeinträchtigungen im Bewegungsablauf sowie eine anhaltende Erwerbsunfähigkeit anzunehmen (IV-act. 33).

#### **E. 4.5**

In der Stellungnahme vom 31. Mai 2010 hielt RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ aufgrund des Arztberichts von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 24. Februar 2010 fest, es sei eine ausgezeichnete Wirbelsäulenbeweglichkeit (Finger-Boden-Abstand 10-20 cm) festzustellen. Ebenfalls lägen keine sensomotorischen peripheren Ausfälle vor. Für ein subjektives Wurzelreizsyndrom L5 beidseits bestünden keine objektiven Befunde. Bei Rückenschmerzen wäre die Einnahme von Analgetika im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar. Zusammenfassend bestehe kein invalidisierendes Leiden am Rücken, auch aufgrund der objektiven Befunde von Dr. med. F.\_\_\_\_\_. Diese widerlegten damit nicht die unabhängige Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2009 (IV-act. 36).

#### **E. 5**

Die angefochtene Verfügung vom 29. August 2016 basiert auf den durch die Vorinstanz eingeholten RAD-Stellungnahmen. Diese basieren ihrerseits auf der nachfolgend darzustellenden medizinischen Aktenlage.

#### **E. 5.1**

In der Stellungnahme vom 19. Mai 2016 stellte RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, zusammenfassend die Diagnosen: chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen (ICD-10 M54.5); Status nach Knie-ASK rechts bei beginnender medialer Gonarthrose; Status nach Schulteroperation links bei Peritendinitis calcarea von Dezember 2009. Der Versicherte sei in seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit seit dem 14. Mai 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten beruflichen Tätigkeit bestehe, ebenfalls seit dem 14. Mai 2009, eine volle Arbeitsfähigkeit. Die medizinische Aktenlage sei vollständig. Der Versicherte sei in den letzten Jahren immer wieder von diversen Ärzten, vorwiegend des Bewegungsapparates, behandelt und beurteilt worden. Es habe sich in Bezug auf die Diagnosen im Vergleich zum Jahr 2009 nichts geändert: Der Versicherte klagte unverändert über primär nicht-radikuläre Rückenschmerzen bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. Hierbei fehlten klare Wurzelkompressionssymptome. Es sei eine Kniearthroskopie mit dem Nachweis einer leichten, beginnenden Gonarthrose rechts hinzugekommen. Dr. med. S.\_\_\_\_\_ versuche im nervenärztlichen Gutachten vom 27. Februar 2012, die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zu stellen. Dies sei indessen nicht zulässig, da die Schmerzen des Versicherten nicht unklarer Herkunft seien. Vielmehr lägen genügend anatomische Gründe zur Begründung der Schmerzen vor. Insgesamt zeige der Gesundheitszustand des Versicherten damit gegenüber der Beurteilung des RAD vom 21. Dezember 2006 (recte: vom 31. Mai 2010; vgl. E. 4.5; IV-act. 36) keine Änderung (IV-act. 78).

#### **E. 5.2**

In der Stellungnahme vom 18. August 2016 ergänzte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, der Versicherte führe einen subjektiven, ausführlichen Bericht seiner Schmerzsituation. Es bezweifle niemand, dass er Schmerzen habe. In seiner E-Mail vom 8. Juli 2016 vermöge er dennoch keine objektiven medizinischen und klinischen Angaben zu machen, die ein neues Licht auf

die bereits bekannten Tagsachen werfen könnten, weshalb an der RAD-Stellungnahme vom 19. Mai 2016 festzuhalten sei (IV-act. 84).

### **E. 5.3**

In dem (in den vorliegenden Akten aktuellsten) Formularbericht vom 24. Februar 2016 stellte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Arzt für Chirurgie und Sozialmedizin, im Rahmen des deutschen Rentenverfahrens die Diagnose einer zunehmenden Beeinträchtigung bei chronifiziertem Schmerzsyndrom und depressiver Störung unter Angabe der ICD-10-Codes F32 (depressive Episode), M79 (sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert) und M54 (Rückenschmerzen). Der Versicherte sei seit Juli 2015 noch in der Lage, während unter drei Stunden in einer dem Leistungsbild entsprechenden Tätigkeit zu arbeiten (IV-act. 73).

### **E. 5.4**

Im Bericht der Klinik für Manuelle Therapie, Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin, J. \_\_\_\_\_ (Deutschland), vom 23. Juli 2015 stellten Dres. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Allgemeinmedizin, L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesie, und M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, sowie die Diplom-Psychologin N. \_\_\_\_\_ die Behandlungsdiagnosen: chronisches lumbales Schmerzsyndrom MPSS II bei o Störung der Tiefenstabilisation und Bewegungskoordination, o muskulären Dysbalancen, o arthroligamentärer Überlastung bei Überlastungsbecken mit spinaler Enthesiopathie lumbal und Facettenreizung, o degenerativen Veränderungen (Protrusion L3/4, NPP L4/5, L5/S1 mit Wurzelreizung, mehr rechts als links, Spondylarthrose); chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; Dysthymia; Zustand nach ASK rechts; Zustand nach Schulter links (Zustand nach Impingement Syndrom). Als weitere Diagnosen erwähnten sie Hypertonie und Diclofenacallergie. Ausserdem gaben sie die folgenden ICD-Codes an: HD M54.16 (Lumbalsyndrom), M47.96 (Facettensyndrom LWS), M46.06 (Spinale Enthesopathie Lumbalbereich), M99.03 (segmentale und somatische Funktionsstörungen, Lumbalbereich [lumbosakral]), R52.1 (chronischer unbeeinflussbarer Schmerz), T78.4 (Allergie, nicht näher bezeichnet), I10.90 (nicht näher bezeichnete essentielle Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise), F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) und F34.1 (Dysthymia). Im psychotherapeutischen Aufnahmebefund wurde erwogen, es bestünden keine Hinweise auf Ich-Störungen, Sinnestäuschungen und psychotisches Erleben. Die Grundstimmung sei ausgeglichen, es bestehe eine aktive Schwingungsfähigkeit. Bei belastenden Themen sei der Versicherte bedrückt. Der Antrieb und die Belastbarkeit seien schmerzbedingt beeinträchtigt. Es lägen Einschränkungen der Lebensqualität und der Alltagsbewältigung vor. Es bestehe keine Eigen- oder Fremdgefährdung. Im Rahmen der Schmerzdiagnostik sei beim Screening auf Angst mit der "DASS" (Depression, Anxiety and Stress Scale) ein Wert von acht (0-21) erzielt worden. Der Wert von über sechs lege nahe, dass der Versicherte an einer ängstlichen Komorbidität leide. Beim Screening auf Depressivität mit der "DASS" sei ein Wert von 15 (0-21) erzielt worden. Der Wert von über zehn lege nahe, dass der Versicherte an einer depressiven Komorbidität leide. Beim Screening auf Stress sei mit der "DASS" ein Wert von sieben erzielt worden. Der Wert von unter zehn lege nahe, dass der Versicherte an keiner stressbezogenen Komorbidität leide. Die Schmerzsymptomatik des Versicherten basiere auf der Grundlage von psychosozialen, morphologischen und funktionellen Einflussfaktoren. Dank dem durchgeführten multimodalen und interdisziplinären

Behandlungskonzept habe eine Funktionsverbesserung, aber keine Schmerzlinderung, erzielt werden können. Die den Bericht unterzeichnenden Personen empfahlen die Verordnung eines Rollators (IV-act. 47).

### **E. 5.5**

Im Bericht der Klinik für Manuelle Therapie, Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin, J.\_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 25. Juni 2014 stellten Dres. med. O.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesie, Menke, Facharzt für Anästhesie und Innere Medizin, und K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, für physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie die Psychologin Himmel die nachfolgenden Behandlungsdiagnosen: chronische Schmerzkrankheit MPSS III; degenerative Lendenwirbelsäuleveränderung; BS-Protrusion L3-4, Facettensyndrom, BS-Prolaps L4/5, L5/S1, Wurzelreizsyndrom L5 beidseits, Spondylarthrose; insuffiziente Tiefenstabilisation und Koordinationsstörungen; Gonalgie rechts bei Zustand nach ASk Innenmeniskushinterhornpartialresektion, Chondromalazie; Zustand nach Impingementsyndrom Schulter links, beg. Frozen Shoulder, degenerative Rotatorenmanschettenveränderungen; chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; arterieller Hypertonus; keine Allergie. Ausserdem gaben sie die folgenden ICD-Codes an: HD M54.16 (Radikulopathie Lumbalbereich), M47.96 (Spondylose, nicht näher bezeichnet, Lumbalbereich), M25.56 (Gelenkschmerz Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]), M51.2 (sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung), M99.83 (sonstige biomechanische Funktionsstörungen, Lumbalbereich [lumbosakral]), M99.81 (sonstige biomechanische Funktionsstörungen, Zervikalbereich [zervikothorakal]), F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren), F33.1 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode) und M75.1 (Läsionen der Rotatorenmanschette, nicht traumatisch). Der im Bericht vom 25. Juni 2014 angegebene psychotherapeutische Aufnahmebefund entspricht im Wesentlichen jenem des Berichts der Klinik für Manuelle Therapie vom 23. Juli 2015 (IV-act. 47; vgl. E. 5.4). Als schmerzrelevante psychosoziale Faktoren lägen Belastungen in der Lebensgeschichte, ein sozialer Rückzug, finanzielle Einschränkungen, eine ärgerlich-gereizte emotionale Schmerzverarbeitung sowie die Aufgabe positiv erlebter Aktivitäten vor. Die Schmerzchronifizierung liege nach den Mainzer Schmerzstadien (MPSS 1-3) bei 2. Die Schmerzproblematik sei auf der Grundlage von Funktionsstörungen des Bewegungssystems und des autonomen Nervensystems zu stellen. Aufgrund der interdisziplinären Teambesprechung sei ein multimodales interdisziplinäres Behandlungskonzept unter Einbeziehung von ärztlichen, physiotherapeutischen und psychotherapeutischen Behandlungsmassnahmen erarbeitet worden. Der funktionelle Behandlungsschwerpunkt habe in der Mobilisation der ausgeprägten Gelenks-, Wirbelsäulen- und Gewebehypomobilitäten gelegen. Im Rahmen der (schmerz-) psychotherapeutischen Behandlung sei zunächst die aktuelle Symptomatik und Schmerzanamnese unter Berücksichtigung problemrelevanter Angaben zur Vorgeschichte erhoben worden. In Einzel- und Gruppensettings sei der Fokus auf die Förderung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses und die Vermittlung schmerzbezogenen Wissens gelegt worden. Durch die Behandlungen hätten sich die funktionelle Befundlage und die Schmerzsymptomatik im Entlassungszeitpunkt um 15 % gegenüber der Ausgangslage reduziert (IV-act. 48).

### **E. 5.6**

Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie und spezielle Schmerztherapie der Praxisklinik G.\_\_\_\_ (Deutschland), wiederholte im Arztbericht vom 17. März 2011 die bereits im Arztbericht vom 24. Februar 2010 (vgl. E. 4.4) gestellten Diagnosen. Auch die Befunde (basierend auf einem älteren MRT des Jahres 2008) entsprechen unverändert jenen, welche er bereits in seinem Bericht vom 24. Februar 2010 gestellt hatte (IV-act. 65). Im Arztbericht vom 21. Juli 2011 stellte Dr. med. F.\_\_\_\_ neu zusätzlich die Diagnose einer lumbalen Bandscheibenprotrusion L3-L4. Er stützte sich hierbei erneut auf das bereits bekannte MRT der Lendenwirbelsäule vom 15. April 2008 sowie auf eine neuere computertomographische Untersuchung der Lendenwirbelsäule L3-S1 vom 21. März 2011. Es sei bei dem inzwischen hohen Chronifizierungsgrad der vertebra-genen Beschwerdesymptomatik mit keiner durchgreifenden Befundverbesserung mehr zu rechnen, und es müssten zunehmend erhebliche und anhaltende Behinderungen und Beeinträchtigungen im Bewegungsablauf angenommen werden. Der Versicherte vermöge unter der Vermeidung von Zwangshaltungen, Witterungseinflüssen sowie Heben/Tragen von mehr als zehn Kilogramm im steten Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen untermittelt, bis zu sechs Stunden täglich leichte Tätigkeiten zu verrichten (IV-act. 55 S. 4-7). Der neueste Arztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 2. Oktober 2012 entspricht in Bezug auf die Diagnosen, Befunde sowie die Beurteilung jenem vom 21. Juli 2011 (IV-act. 51).

#### **E. 5.7**

Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie des Krankenhauses Q.\_\_\_\_ (Deutschland), fasste im orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachten vom 10. März 2012 zu Händen des Sozialgerichts R.\_\_\_\_ (Deutschland) die Befunde der Untersuchung vom 2. Dezember 2011 zusammen. Es sei ein geringer Schultertiefstand rechts zu erkennen, verursacht durch die leicht rechts ausladende Brustwirbelsäule. Am Übergang der Brust- zur Lendenwirbelsäule sei beidseits ein deutlich verspannter Muskelwulst zu ertasten (mehr links als rechts). Bei der Rumpfdrehung im Sitzen habe der Versicherte Schmerzen an der unteren Lendenwirbelsäule angegeben. Bei der Untersuchung in Bauchlage bleibe seitlich-links eine mässige Verwulstung mit erhöhter Spannung bestehen. Ein mässiger Druckschmerz sei über den beiden Kreuz-Darmbeingelenken auszulösen. Das linke Schultergelenk zeige eine mässige Einschränkung bei der Seitabspreizung, beim Vorwärtsführen und endgradig bei der Aussendrehung. Ebenfalls bestehe am linken Handgelenk eine Bewegungseinschränkung endgradig beim Führen nach ellen- oder speichenwärts. An Kniegelenk rechts bestehe ein leichter Kniescheibenanpressschmerz mit mässig positivem Zohlen-Test. Der Versicherte habe während der Untersuchungsphase ein rückengerechtes Verhalten gezeigt bei allen Positionswechseln. Er stellte die nachfolgenden Diagnosen: chronisches Schmerzsyndrom der unteren Lendenwirbelsäule bei Mitte links gelegenen Bandscheibenvorfällen im Segment LWK 4/5 und LWK 5/1; Kreuzbeinwirbel ohne wesentliche Einengung der Nervenwurzeln und aktuell fehlender Nervenwurzelreizsymptomatik, mässige Fehllhaltung der Brust- und Lendenwirbelsäule; mässiggradige Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenkes nach operiertem Engpasssyndrom; Kniescheibenknorpelschwäche rechts bei leichtgradigen Verschleisszeichen; somatoforme Schmerzstörung. Die mässigen Verschleisszeichen und die nachgewiesenen Bandscheibenvorfälle führten nicht zu einer ständigen Irritation der abgehenden Nervenwurzeln. Entsprechend seien die Zeichen des Nervendehnungsschmerzes nach Lasègue und Bragard nicht auszulösen. Wiederkehrende Reizsymptomatiken an den Nervenwurzeln durch verstärkte Belastungen seien

nachvollziehbar. Durch Irritationen der Kreuz-Darmbeingelenke infolge Blockierungen beziehungsweise Dysfunktionen könne eine nervenwurzelreizähnliche Symptomatik ausgelöst werden. Die lange andauernde Schmerzsymptomatik, welche bei der nervenärztlich attestierten somatoformen Störung ungünstig verstärkt werde, sei ein Problem. Zudem habe die lange Abkehr vom Arbeitsleben zu einer gewissen Chronifizierung beigetragen. Zur (zumutbaren) Überwindung der Störung seien psychotherapeutische Behandlungen sinnvoll, die Einsicht des Versicherten vorausgesetzt. Hinsichtlich der Schulterproblematik sei mit einer Arthroskopie der Gelenkraum erweitert worden, um das Engpasssymptom zu beseitigen. Gemäss dem Versicherten habe sich die Schmerzsymptomatik nach der Operation deutlich gebessert. Nach einer arthroskopischen Teilresektion des Innenmeniskus sowie Knorpelglättung im Jahre 2011 beklage der Versicherte, dass er sich nicht länger auf dem rechten Knie abstützen könne. Dies sei aufgrund des Knorpelschadens an der Kniescheibenrückfläche nachvollziehbar. Es ergäben sich damit Einschränkungen für kniebelastende Tätigkeiten. Auf Grund der genannten Gesundheitsstörungen vermöge der Versicherte keine regelmässigen schweren und mittelschweren Arbeiten mehr zu leisten. Leichte Tätigkeiten mit gelegentlich (zu maximal einem Viertel) mittelschweren Arbeiten seien zumutbar. Nicht zumutbar seien Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel. Ein gelegentliches Tragen von Lasten bis zwölf Kilogramm sei zumutbar. Eine denkbare Arbeit sollte einen spontanen Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen zulassen. Ständiges Stehen oder Sitzen sollte einen Zeitumfang von je einem Drittel der Arbeitszeit nicht überschreiten. Arbeiten in gebeugter Haltung sowie mit häufigem Bücken und Tätigkeiten im Knien sowie in Zwangshaltungen seien nicht zu leisten. Ein gelegentliches Besteigen von Leitern in niedriger Höhe sei möglich. Arbeiten unter Zeitdruck und Stress seien zu vermeiden. Eine leidensangepasste Tätigkeit könne vollschichtig ausgeübt werden (IV-act. 52).

### **E. 5.8**

Im nervenärztlichen Zusatzgutachten vom 27. Februar 2012 hielt Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie des Krankenhauses Q. \_\_\_\_\_ (Deutschland), unter dem Titel psychopathologischer Befund fest, der Versicherte wirke von der Stimmung her allenfalls leicht reaktiv depressiv gefärbt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt. Es bestehe kein Anhalt für eine Suizidalität. Der orientierend internistische und neurologische Befund weise keine Auffälligkeiten auf. Die Test-psychologischen Befunde hätten im Vergleich zur Altersgruppe des Versicherten im Hinblick auf Leistungsmenge, Aktivität und Arbeitstempo einen unterdurchschnittlichen Wert ergeben. Internistisch sei eine Übergewichtigkeit bei noch grenzwertig normalen Blutdruckwerten unter Medikation zu erwähnen. Neurologisch seien keine wesentlichen Auffälligkeiten vorhanden. Namentlich seien weder aktuelle Nervenwurzel-Reizungen beziehungsweise -Ausfälle noch ein auffälliger Muskelschwund objektiv zu sehen, ebenso wenig wie offensichtliche beziehungsweise zuordenbare Sensibilitätsstörungen. In psychischer Hinsicht lägen im Untersuchungszeitpunkt keine Hinweise vor für eine sogenannte affektive Störung beziehungsweise eine über das "übliche Mass" hinausgehende schwere depressive Episode. Vielmehr sei von Somatisierungstendenzen ausgehend in einer somatoformen Störung (ICD-10 F45) auszugehen. Es handle sich dabei um wiederholte und längerfristige körperliche Beschwerdesymptome ohne eine körperliche Begründung respektive bezüglich derer die körperlichen Symptome nicht die Art und das Ausmass der vorgetragenen Symptome erklärten. Es liege bei derartigen Störungen oft ein "aufmerksamkeitssuchendes Verhalten" vor, wobei hierbei die Grenzen zu

hypochondrischem Verhalten oft fließend seien. Vorliegend erklärten die weitgehend unauffälligen objektiven nervenärztlichen Untersuchungsbefunde bei Weitem nicht die Art und das Ausmass der vom Versicherten angegebenen Beschwerden. Die vorliegende psychische Störung sei nicht derart gravierend, als dass der Versicherte sie nicht aus eigener Kraft überwinden könne. Sie entziehe sich nicht vollständig seiner Steuerung. Aus nervenärztlicher Sicht seien Leistungseinschränkungen für Tätigkeiten unter vermehrten Stress (hierbei könne der Versicherte zu vermehrter Somatisierung neigen) oder anspruchsvolle Tätigkeiten gegeben. Körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien vollschichtig möglich und dem Versicherten zumutbar. Der Versicherte vermöge Lasten zu heben und zu tragen bis 15 Kilogramm. Arbeiten mit Wechsel im Stehen, Gehen und Sitzen seien sinnvoll; einseitige Arbeiten seien zu vermeiden. Arbeiten in gebeugter Haltung, mit häufigem Bücken, Hocken oder Knien und häufigen Zwangshaltungen seien nicht geeignet. Ein gelegentliches Besteigen von Leitern sei zumutbar (IV-act. 53).

#### **E. 5.9**

Im Befundbericht vom 20. Juli 2011 zu Händen des Sozialgerichts R. \_\_\_\_\_ (Deutschland) stellte Dr. med. T. \_\_\_\_\_ des Facharztzentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie, U. \_\_\_\_\_ (Deutschland) die Diagnosen: Innenmeniskusläsion rechtes Kniegelenk, mediale und retropatellar beginnende Gonarthrose; lumbaler Bandscheibenvorfall L4/L5 und L5/S1; lumbales Facettensyndrom; Spinalkanalstenose; stattgehabte Schulteroperation 2009. Aus orthopädischer Sicht seien dem Versicherten keine schweren oder mittelschweren Arbeiten während mindestens drei Stunden täglich möglich. Leichte Arbeiten könne der Versicherte während mindestens drei Stunden täglich verrichten (IV-act. 56).

#### **E. 5.10**

Die beiden bereits älteren, erst kurz nach Erlass der heute rechtskräftigen Verfügung vom 5. Juli 2010 datierenden, handschriftlichen Berichte zu Händen des Sozialgerichts R. \_\_\_\_\_ (Deutschland) von Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 20. Juli 2011 sowie von W. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, vom 14. Juli 2011 enthalten - soweit entzifferbar - in Bezug auf den vorliegenden Vergleichszeitpunkt von Juli 2010 (vgl. E. 3.6 Abs. 2) keine neuen Diagnosen oder Befunde (IV-act. 61).

#### **E. 5.11**

Im Operationsbericht vom 27. Juni 2011 stellte Dr. med. T. \_\_\_\_\_ des Facharztzentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie U. \_\_\_\_\_ (Deutschland) nach der beim Versicherten durchgeführten Arthroskopie des rechten Kniegelenks mit Innenmeniskushinterhornpartialresektion und Knorpelglättung im medialen Gelenkspalt die Diagnosen einer degenerativen Innenmeniskushinterhornläsion sowie einer Chondromalazie Grad II-III medialer Gelenkspalt (IV-act. 62).

#### **E. 5.12**

Dr. med. X. \_\_\_\_\_, Facharzt für Diagnostische Radiologie, Y. \_\_\_\_\_ (Deutschland), stellte im Arztbericht vom 4. Mai 2011 die Diagnose "Zeichen der medialen Kniegelenksspaltverschmälerung bei degenerativen Meniskopathie sowie deutliche Begleitreaktion im Bereich des medialen Tibiaplateaus, Reizerguss bei tiefem Knorpelschaden im Bereich des medialen Retropatellarknorpels, deutliche Signalanhebung auch lateraler retropatellarer Knorpelanteil" (IV-act. 63/64).

### **E. 6.1**

Bei der Beurteilung der vorangehend dargelegten medizinischen Unterlagen fällt auf, dass bisher keine Untersuchung in der Schweiz erfolgte (die im Neuanmeldungsverfahren eingegangenen medizinischen Unterlagen stammen allesamt aus Deutschland). Ausserdem basiert die - für die angefochtene Verfügung massgebliche - RAD-Stellungnahme vom 19. Mai 2016 im Wesentlichen auf einer älteren Begutachtung (Hauptgutachten von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ sowie Zusatzgutachten von Dr. med. S. \_\_\_\_\_) des Jahres 2012. Diese Begutachtung erfolgte vier Jahre vor der angefochtenen Verfügung vom 29. August 2016 respektive kurz nach Erlass der heute rechtskräftigen Verfügung vom 5. Juli 2010. Für die Beurteilung des Gesundheitszustands ist jedoch eine aktuelle medizinische Aktenlage unerlässlich.

### **E. 6.2**

In medizinischer Hinsicht ist sodann festzustellen, dass seit dem 5. Juli 2010 neu eine Knieproblematik hinzugetreten ist, wie dies der RAD in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2016 bestätigte. Bezüglich der degenerativen Rückenprobleme deuten die neueren Berichte darauf hin, dass beim Beschwerdeführer eine laufende Verschlechterung der Symptomatik bei zunehmender Chronifizierung eingetreten sein könnte. Als ein Indiz für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers dienen auch die Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der deutschen Ärzte: Während die Vertrauensärzte der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2009 (vgl. E. 4.2 und 4.3) noch davon ausgingen, dass der Beschwerdeführer über keine Einschränkungen im Erwerbsleben verfüge respektive zumindest noch während sechs Stunden und mehr in einer leichten bis gelegentlich mittelschweren körperlichen Tätigkeit arbeiten könne, bescheinigte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer im neuesten Formularbericht vom 24. Februar 2016 eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten beruflichen Tätigkeit ab Juli 2015 von nunmehr weniger als drei Stunden täglich (vgl. E. 5.3). Überdies ist der Beschwerdeführer nach eigenen, von der Vorinstanz unbestrittenen Angaben auf einen Rollator angewiesen (vgl. Sachverhalt Bst. C und D). Die entsprechende Empfehlung geht zurück auf den Bericht der Klinik für Manuelle Therapie, Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin, J. \_\_\_\_\_, vom 23. Juli 2015 (vgl. E. 5.4) und fällt damit in den Zeitraum nach Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 5. Juli 2010. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass das Gehen an einem Rollator den Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt erheblich einschränken könnte. Der RAD hat zu Unrecht unberücksichtigt gelassen, dass sich dieser Umstand auf die funktionellen Fähigkeiten des Beschwerdeführers und damit auf seine Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit in einer für den Grad der Invalidität erheblichen Weise (vgl. E. 3.4 und 3.7) auswirken könnte. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht kann damit aufgrund der nach dem 5. Juli 2010 datierenden Medizinalakten nicht ohne Weiteres verneint werden. Die (nicht hinreichend begründete) Feststellung des RAD vom 19. Mai 2016, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit 2009 nicht verändert, überzeugt vor diesem Hintergrund nicht.

### **E. 6.3**

Darüber hinaus werden in den neueren Berichten (insbesondere von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ sowie der Klinik für Manuelle Therapie, Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin, J. \_\_\_\_\_) - als Folge der Schmerzstörung - neu aufgetretene psychische Probleme erwähnt, mit welchen sich der RAD in keiner Weise auseinandergesetzt hat. Auch der

Beschwerdeführer bezeichnet in seiner Eingabe vom 22. November 2016 ans Bundesverwaltungsgericht seine Beschwerden als psychischer Natur (Sachverhalt Bst. E). Zwar handelt es sich bei den deutschen Ärztinnen und Ärzten, welche die Diagnosen einer depressiven Störung (rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, respektive Dysthymie) gestellt hatten, nicht um psychiatrische Fachärztinnen und Fachärzte; indes hat zumindest die beiden Berichte der Klinik für Manuelle Therapie vom 23. Juli 2015 sowie vom 25. Juni 2014 jeweils eine Psychologin mitunterzeichnet. Unter diesen Umständen hätte auch eine psychiatrische Abklärung vorgenommen werden müssen.

#### **E. 6.4**

Aufgrund der vorliegenden Berichte erscheint damit der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nicht hinreichend geklärt. Ob die von Dr. med. S. \_\_\_\_\_ im Jahr 2012 gestellte Diagnose der somatoformen Schmerzstörung medizinisch unbegründet ist, wie der RAD in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2016 kritisierte, braucht an dieser Stelle nicht geprüft zu werden. Die Frage wird im Rahmen einer umfassend medizinischen Abklärung zu prüfen sein, dies unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den Schmerzstörungen ohne erklärbare organische Ursachen (somatoforme Schmerzstörungen) und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281: Einführung des indikatorengeleiteten Beweisverfahrens). Ferner ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht mit BGE 143 V 418 vom 30. November 2017 die Anwendung des indikatorengeleiteten Beweisverfahrens auf sämtliche psychischen Erkrankungen ausgedehnt hat, weshalb auch im Zusammenhang mit der Abklärung allfälliger psychischer Diagnosen die für die Beurteilung von Schmerzstörungen geltenden Standardfaktoren zu berücksichtigen sein werden.

#### **E. 7**

Zusammenfassend fehlt in den vorliegenden Akten eine rechtsgenügende und umfassende Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Damit hat die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG).

#### **E. 7.1**

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn auf Grund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten beziehungsweise andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d; vgl. zum Ganzen: Urteil des BVGer C-1767/2015 vom 7. Februar 2017 E. 4.5).

#### **E. 7.2**

Nachdem vorliegend eine umfassende Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes sowie darauf basierend der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fehlt, erscheint nach

dem Gesagten eine Rückweisung an die Vorinstanz gerechtfertigt - dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass damit dem Beschwerdeführer der doppelte Instanzenzug gewahrt bleibt (vgl. BGE 137 V 210, E. 3.4). Die angefochtene Verfügung vom 29. August 2016 ist daher aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie sowie Psychiatrie einhole und anschliessend über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

### **E. 7.3**

Ob noch weitere Gutachter beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen (vgl. Urteil des BGer vom 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Da sämtliche medizinischen Abklärungen bisher im Ausland (Deutschland) stattgefunden haben, der Beschwerdeführer an mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet, und nun abzuklären sein wird, welche Auswirkungen die verschiedenen Diagnosen auf den Gesundheitszustand und die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers haben, hat die durchzuführende polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. diesbezüglich statt vieler Urteile des BVer C-3905/2016 vom 20. Oktober 2017 E. 5.2, C-6024/2013 vom 4. Mai 2016 E. 9.1, C-7355/2014 vom 6. September 2016 E. 6.1, C-4972/2016 vom 8. Dezember 2017 E. 7.8.4). Es sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

### **E. 8**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

#### **E. 8.1**

Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG auferlegt das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuer Verfügung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), womit dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Da ihm mit Zwischenverfügung vom 19. Januar 2017 (vgl. Sachverhalt Bst. G) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, hatte er keinen Kostenvorschuss zu entrichten.

#### **E. 8.2**

Da dem obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer, keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, ist ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)