

# **BVGer C-6186/2014 vom 24. Oktober 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-10-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6186\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6186_2014)

FR: TAF C-6186/2014 du 24 octobre 2016

IT: TAF C-6186/2014 del 24 ottobre 2016

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Zu beurteilen ist die Beschwerde vom 15. Oktober 2014 (B-act. 1) gegen die Verfügung vom 10. September 2014 (B-act. 1.2; IVSTA-act. 197), mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 9. Juli 2008 (IVSTA-act. 1) im Rahmen der Neuanschuldung des Beschwerdeführers abgewiesen hat.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.3**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.4**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Die Beschwerde ist im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht worden (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG). Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 4. Juni 2015 die beantragte unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde (B-act. 20) und folgedessen kein Kostenvorschuss zu leisten war, sind sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. Die Parteiinteressen des Beschwerdeführers werden durch den bevollmächtigten sowie vom Bundesverwaltungsgericht als amtlichen Beistand eingesetzten Dr. iur. André Largier vertreten.

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer, über dessen Anspruch auf eine Invalidenversicherung zu entscheiden ist, ist Staatsangehöriger von Mazedonien, sodass vorliegend das Abkommen vom 9. Dezember 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.520.1; nachfolgend:

Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung gelangt.

## **E. 2.2**

Nach Art. 4 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Art. 2 A lit. ii des Sozialversicherungsabkommens auch die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Mangels vorliegend anwendbarer, abweichender Vorschriften bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung demnach ausschliesslich nach schweizerischem Recht.

## **E. 3.1**

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 10. September 2014) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Tatsachen, die den Sachverhalt seit dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können jedoch berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

## **E. 3.2**

Im vorliegenden Verfahren finden demnach die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6 IV-Revision (IV-Revision 6a in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision/erstes Massnahmenpaket]) Anwendung. Im Weiteren sind aber auch solche Bestimmungen zu berücksichtigen, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) zu beachten. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 nichts geändert, weshalb nachfolgend auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

### **E. 3.3.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG).

#### **E. 3.3.2**

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). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert [BGE 135 V 215 E. 7.3]).

#### **E. 3.3.3**

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 3.3.4**

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem solchen von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss Sozialversicherungsabkommen mit Mazedonien wird eine Invalidenrente bei Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz nur ab einem Invaliditätsgrad von 50% gewährt (Art. 5 Abs. 2 des Sozialversicherungsabkommens).

#### **E. 3.3.5**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres (Wartezeit) ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 Abs. 1 ATSG) sind (Bst. b und c). Der Invaliditätsgrad von Versicherten mit Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt ausserhalb der Schweiz muss - abgesehen von vorliegend nicht zutreffenden Ausnahmen - nach Ablauf der Wartezeit 50% betragen (vgl. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

#### **E. 3.3.6**

Wurde eine Rente rückwirkend befristet zugesprochen oder wurde eine solche 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. 3 und 4 IVV in der bis zum 31. Dezember 2011 gültig gewesenen Fassung; BGE 133 V 263 E. 6). Tritt die Verwaltung - wie im vorliegenden Fall - auf die Neuanmeldung (i.c. zweites Rentenverfahren) 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 (vgl. Urteil des BVerfG C-3412/2010 vom 20. Dezember 2012 E. 5 [IVSTA-act. 71]; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 f.).

### **E. 3.4**

Eine Änderung des Invaliditätsgrades setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung (vgl. Verfügung der IV-Stelle Y.\_\_\_\_\_ vom 19. Dezember 1995 [IV-act. 31], letztinstanzlich bestätigt durch das Urteil des EVG vom 5. Februar 2001 [IV-act. 37]), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich der Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad rentenwirksam sein (vgl. Art. 17 ATSG, BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten - welche gleichermassen auch im Neuanmeldungsverfahren gelten (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2; Urteil des BVerfG I 658/05 vom 27. März 2006 E. 4.4) - ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 E. 3a).

### **E. 3.5.1**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

### **E. 3.5.2**

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

### **E. 3.5.3**

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d; 122 II 464 E. 4a; 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht bestätigt (vgl. z.B. Urteil des BGer 8C\_671/2014 vom 19. März 2015 E. 2 m.w.H.).

### **E. 3.6.1**

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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des EVG I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

### **E. 3.6.2**

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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). So ist den im Rahmen des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung

volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. dazu das Urteil des EVG vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a und weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b; 122 V 160 E. 1c; 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

### **E. 3.6.3**

Nach der Rechtsprechung bestimmt sich der Beweiswert prognostischer Angaben zur Arbeitsfähigkeit im rechtlich massgebenden Beurteilungszeitpunkt danach, ob sie im Lichte der erhobenen medizinischen Befunde und Diagnosen sowie der vorher oder später erstatteten, beweiskräftigen Arztberichte nachvollziehbar, einleuchtend und konkret überzeugend sind und namentlich nichts für eine seitherige, objektive Verschlechterung des Gesundheitszustands spricht, welche ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der früheren Prognose respektive der ursprünglich zugemuteten Restarbeitsfähigkeit begründet (vgl. unveröffentlichtes Urteil des BGer I 783/06 vom 6. September 2007 E. 4 mit Hinweisen; Urteil des BVGer C-2573/2006 vom 8. Juli 2008 E. 8.1).

### **E. 4**

Im vorliegenden Verfahren handelt es sich um eine Neuanschuldung respektive um ein Zweitgesuch um Ausrichtung einer Invalidenrente vom 9. Juli 2008 (vgl. Sachverhalt Bst. D.a), auf das die Vorinstanz eingetreten ist und es mit Verfügung vom 10. September 2014 abgewiesen hat. Demzufolge ist vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung der IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ vom 19. Dezember 1995 (Referenzzeitpunkt) bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 10. September 2014 in rentenanspruchserheblicher Weise verschlechtert hat.

### **E. 4.1**

Zunächst sind die medizinische Situation des Beschwerdeführers und die Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit darzulegen, die zur Gewährung einer zeitlich befristeten Invalidenrente durch die IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ am 19. Dezember 1995 geführt haben.

### **E. 4.1.1**

Im August 1992 erlitt der Beschwerdeführer gemäss den Akten der SUVA einen Arbeitsunfall (Sturz aus einem Kleinbagger, der sich mehrfach überschlug), bei welchem er sich laut Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 27. August 1992 eine passagere Mikrohämaturie bei stumpfen Trauma der rechten Nierenloge sowie laut ärztlichem Zwischenbericht von Dr. med. D.c. \_\_\_\_\_ vom 2. November 1992 eine posttraumatische Epicondylopathia ulnaris rechts zugezogen hatte (SUVA-act. 1-4). Im Folgejahr wurde ein 'Rückfall' aufgrund therapieresistenter Schmerzen bei posttraumatischer Epicondylopathia

humeri ulnaris rechts nach Trauma am 13. August 1992 diagnostiziert (SUVA-act. 9). Am 10. November 1993 wurde der Nervus ulnaris am rechten Ellenbogen in der F. \_\_\_\_\_ Klinik operativ vorverlegt (SUVA-act. 13, 16 f., 18 f.) und am 13. Mai 1994 die Loge de Guyon durch eine Dekompression des Nervus ulnaris im Bereich des Handgelenkes rechts erfolgreich revidiert (SUVA-act. 25 f.). Gemäss Austrittsbericht der beiden Orthopäden, Dres. D. D.d. \_\_\_\_\_ und H. D.e. \_\_\_\_\_, vom 17. Mai 1994 sei der Patient mit einer palmaren Gippschiene und reizlosen Wundverhältnissen entlassen worden (SUVA-act. 26; IV-act. 9). Im Rahmen der Nachkontrolle beurteilte Dr. med. D. D.d. \_\_\_\_\_ den Patienten in seinem Bericht vom 31. Mai 1994, als "an sich beschwerdefrei". Am 7. Juni 1994 ergab die kreisärztliche Untersuchung durch Dr. J. D.f. \_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer mit fehlender motorischer Ulnarisfunktion der Hand rechts "noch lange nicht einsatzfähig" sei. Der kraftvolle Faustschluss (rechts) sei gestört, weshalb ein Verlaufs-EMG anzufordern und eine Arbeitsplatz-Abklärung vorzunehmen sei (SUVA-act. 28). Dem Kontrollbericht vom 30. Januar 1995 der F. \_\_\_\_\_ Klinik ist zu entnehmen, dass der Patient - 14 Monate nach Vorverlagerung des Nervus ulnaris am rechten Ellbogen sowie sieben Monate nach Spaltung und Revision der Loge de Guyon am Handgelenk rechts - nach wie vor über Restbeschwerden im Bereich des rechten Armes im Sinne eines Schulter-/Armsyndromes, über belastungsabhängige und zum Teil Ruheschmerzen, sowie über eine gewisse Hyposensibilität im ulnarisversorgten Dermatom klage. Dr. med. D. D.d. \_\_\_\_\_ beurteilte die medizinische Situation derart, dass ein chronisches Schulter-/Armsyndrom bestehe, welches aufgrund des langwierigen Krankheitsverlaufes und der bereits mehrfach erfolgten Therapien "wohl im Moment aus medizinischer Sicht austherapiert schein". Nach Ansicht der Ärzte in der F. \_\_\_\_\_ Klinik sei der Patient in einer entsprechenden angepassten Tätigkeit mit Arbeiten, die einen Gewichtseinsatz über 10-20 kg nicht übersteigen, sowie keine repetitiven Arbeiten über der Horizontale erfordern, zu 100% arbeitsfähig. Eine berufliche Abklärung sei jedenfalls zu prüfen, weitere medizinische Kontrollen in der F. \_\_\_\_\_ Klinik seien nicht vorgesehen (SUVA-act. 39; IV-act. 6, 18). Der ärztliche Zwischenbericht vom 23. März 1995 der Dres. med. W. D.a. \_\_\_\_\_ (Kreisarzt der SUVA) und D.c. \_\_\_\_\_ (damals behandelnder Arzt) verweist hinsichtlich der Diagnose auf die früheren Berichte und den letzten Bericht der F. \_\_\_\_\_ Klinik vom 30. Januar 1995. Als gegenwärtigen Zustand nannte Dr. med. W. D.a. \_\_\_\_\_ eine erhebliche subjektive, aber auch objektive Schwäche im ganzen rechten Vorderarm. Die Pronation sei um die Hälfte eingeschränkt, ebenso die Dorsalextension im Handgelenk. Zudem bestehe eine Hypästhesie in den Fingern IV und V. Dr. med. D.c. \_\_\_\_\_ hielt in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit fest, dass der Patient wohl nie mehr zu 100% arbeitsfähig sein werde. Er empfahl eine Umschulung auf eine leichtere Tätigkeit, zumal der Arbeitswille beim Patienten vorhanden sei (SUVA-act. 39a).

#### **E. 4.1.2**

In der kreisärztlichen Untersuchung vom 19. April 1995 gab der Beschwerdeführer an, dass er beim Arbeitsversuch im März heftige Schmerzen vor allem im Vorderarm und auch in der Schulter bekommen habe, weshalb er die Arbeit wieder niedergelegt habe. Der Kreisarzt der SUVA, Dr. med. W. D.a. \_\_\_\_\_, erachtete eine unfallbedingte, ellenbogengelenksnahe Verletzung als hinreichend wahrscheinlich. Die Handgelenksfunktionen seien frei, ebenso Extension und Flexion am rechten Ellbogen. Auch seien die Schulterfunktionen heute vollständig frei, keine Gelenkgeräusche feststellbar. Hinsichtlich der Einschätzung der verbleibenden Leistungsfähigkeit äusserte sich der Kreisarzt dahingehend, dass es verständlich sei, wenn es bei der Arbeitsaufnahme

zu muskulären Beschwerden komme. Dies sei aber kein Grund, die Arbeit nun gänzlich niederzulegen. Der Versicherte sei ab 1. Mai 1995 zu 100% arbeitsfähig. Es seien ihm auch Arbeiten repetitiv über Kopfhöhe zumutbar (SUVA-act. 49). Gestützt auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 19. April 1995 stellte die SUVA die Taggeldleistungen Ende April 1995 ein und schloss den ‚Rückfall‘ mit der Übernahme der ergangenen Heilkosten ab, da vor allem auch keine weitere medizinische Behandlung mehr nötig sei. Gleichzeitig hielt sie in ihrer Verfügung vom 5. Mai 1995 fest, dass der Versicherte weder Ansprüche auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung noch auf eine Integritätsentschädigung habe (SUVA-act. 80).

#### **E. 4.1.3**

In Vorkenntnis der erwähnten SUVA-Akten stellte die IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 19. Juni 1995 (SUVA-act. 16) dem Beschwerdeführer aufgrund seiner langdauernden Krankheit die Ausrichtung einer befristeten Invalidenrente vom 1. April 1994 bis 31. Juli 1995 in Aussicht (vgl. Sachverhalt Bst. C). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit äusserte sich die IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ dahingehend, dass sich die von ihr gemachten Erhebungen mit denjenigen der SUVA decken würden und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit dem 20. April 1993 teilweise und ab November 1993 vollumfänglich eingeschränkt sei. Seit 1. Mai 1995 sei ihm jedoch in einer entsprechenden (Verweis-)Tätigkeit wieder möglich, diese zu 100% auszuführen und dabei ein entsprechendes Einkommen zu erzielen (IV-act. 16). In der Folge unterbreitete die IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ die vom Beschwerdeführer mit Schreiben vom 4. August 1995 (Posteingang IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_; IV-act. 20) gemachten Einwände dem zuständigen IV-Arzt, Dr. med. K. D.g. \_\_\_\_\_, zur Stellungnahme. Dieser teilte am 17. August 1995 mit, dass der Versicherte am 30. Januar 1995 letztmals in der F. \_\_\_\_\_ Klinik ganzheitlich, das heisst nicht nur unfallbezogen, untersucht worden sei. Gemäss diesem Kontrollbericht sei der Versicherte - mit der Einschränkung, keine Lasten über 20 kg zu heben und keine längerdauernde Überkopfarbeit zu verrichten - zu 100% arbeitsfähig.

#### **E. 4.1.4**

Mit Verfügung vom 19. Dezember 1995 bestätigte die IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ die zugesprochene ordentliche ganze Invalidenrente (IV-act. 25 f., 31). Dr. med. J. D.c. \_\_\_\_\_ (FMH für Rheumaerkrankungen) äusserte sich am 20. Dezember 1995 auf Anfrage der IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ bezüglich der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers dahingehend, dass sowohl er als auch die Fachärzte in der F. \_\_\_\_\_ Klinik (im Gegensatz zur SUVA) der Meinung seien, es liege im Falle des Beschwerdeführers ein ungünstiges postoperatives Resultat vor, weshalb der Patient als Bauarbeiter wohl dauernd arbeitsunfähig bleibe. Dr. med. J. D.c. \_\_\_\_\_ habe den Patienten zuletzt am 7. Dezember 1995 untersucht und keine Verbesserung der Funktion sowie eine Abnahme der subjektiven Beschwerden feststellen können. Für eine leichtere Tätigkeit ohne starke Belastung des rechten Vorderarmes sei der Patient sicher teilweise (anfänglich zu 50%) und für eine geeignete Tätigkeit sogar zu 100% arbeitsfähig. Als mögliche Verweistätigkeiten kämen ab dem 1. Juli 1995 seines Erachtens unter anderem Tätigkeiten als Chauffeur mit kleinem Lieferwagen, Arbeiten im Fabrikationsbetrieb, als Bote oder Verkaufstätigkeiten in Betracht (IV-act. 27).

#### **E. 4.1.5**

Während des Verfahrens vor Sozialversicherungsgericht des Kantons Y. \_\_\_\_\_ wurden folgende Arztberichte mit Hinweisen zur Diagnose und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeholt: - Kontrollbericht vom 19. Dezember 1996 von Dr. med. D. D.d. \_\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie in der F. \_\_\_\_\_ Klinik (SUVA-act. 67) - Arztzeugnis UVG vom 24. Dezember 1996 der Kreisagentur Y. \_\_\_\_\_, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA-act. 68) - Arztzeugnis vom 13. Juli 2000 von Dr. med. J. D.c. \_\_\_\_\_ (SUVA-act. 93) Dr. med. D. D.d. \_\_\_\_\_ hielt in seinem Kontrollbericht vom 19. Dezember 1996 fest, es persistiere nach wie vor das Schulter-Arm-Syndrom rechts mit den funktionell objektivierbaren Ausfällen bei einer an sich gut funktionierenden Sensibilität im Ulnarisbereich. Die fehlende aktive Pronation könne nur zum Teil passiv überwunden werden, klinisch und radiologisch finde der Orthopäde aber keine Gründe für diese Bewegungseinschränkungen. Allenfalls könne einer gezielten Sympatholyse (Ismelinblöcke) oder einer entsprechenden Stimulation eine Beschwerdeminderung und eine Funktionsverbesserung erreicht werden (SUVA-act. 67). Der Kreisarzt der SUVA diagnostizierte eine Einschränkung der Pronation im rechten Vorderarm um ein Drittel, Knacken im Ellbogen sowie eine deutliche Verminderung der Rohkraft. Die Diagnose sei gegenüber den früheren Berichten unverändert (SUVA-act. 68). Dr. med. J. D.c. \_\_\_\_\_ bestätigte am 13. Juli 2000 im Wesentlichen die Beurteilung des Kreisarztes. Objektiv sei die Beweglichkeit der HWS in der Rotation beidseitig um ein Drittel eingeschränkt, die Extension und Flexion sei ebenfalls um ein Drittel eingeschränkt. Beim Ausschluss sei die Kraft nach wie vor rechts mehr vermindert als links. Als Bauarbeiter bleibe der Patient vollständig (zu 100%) arbeitsunfähig. Für eine leichtere Tätigkeit bestehe aus medizinisch-theoretischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50%, im Idealfall bis 100% (SUVA-act. 93).

#### **E. 4.1.6**

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Y. \_\_\_\_\_ hielt mit Urteil vom 25. November 1998 fest, dass dem Beschwerdeführer ab 1. August 1995, nach Ablauf von drei Monaten seit der ärztlich bescheinigten Arbeitsfähigkeit von 100% für behinderungsangepasste Tätigkeiten, keine Invalidenrente mehr zustehe, zumal der Beschwerdeführer spätestens seit 1. Mai 1995 wieder in leichten (Verweis-)Tätigkeiten uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen sei (IV-act. 35).

#### **E. 4.1.7**

In seinem bestätigenden Urteil vom 5. Februar 2001 (SUVA-act. 96; IV-act. 37) hielt das EVG fest, dass an den medizinischen Beurteilungen der Ärzte der F. \_\_\_\_\_ Klinik sowie der Dres. med. D.a. \_\_\_\_\_ (Kreisarzt der SUVA) und D.c. \_\_\_\_\_ (damals behandelnder Arzt) nichts auszusetzen sei. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner Restbeschwerden der rechten Hand nach Dekompression des Nervus ulnaris sowie Status nach Vorverlagerung des Nervus ulnaris in einer leidensangepassten Tätigkeit möglichst unter Vermeidung repetitiver Arbeiten über Kopfhöhe und ohne Heben schwerer Lasten spätestens ab dem 1. Mai 1995 wieder uneingeschränkt arbeitsfähig.

#### **E. 4.2.1**

In der Neuanmeldung hat die für den mittlerweile im Ausland lebenden Beschwerdeführer zuständige Vorinstanz (IVSTA) mit Entscheid vom 14. April 2010 (IVSTA-act. 52) folgende medizinische Akten berücksichtigt: - Kurzbericht vom 16. August 2007 von Dr. med. R. D.h. \_\_\_\_\_ in X. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 15.3; Übersetzung: IVSTA-act. 18);

Diagnosen: Schwindelsyndrom, Cephalaea Vasomotorica (Kopfschmerzen); - Echokardiologischer Bericht vom 9. Juni 2008 von Dr. N. D.i. \_\_\_\_\_ (Internist) in W. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 8.4 ; Übersetzung : IVSTA-act. 36.3 f.); Diagnose: Angina Pectoris; - Echo(tomo)graphie vom 9. Juni 2008 (IVSTA-act. 36.1 f.); Diagnose: mittlere Fettleber, Nierenleiden ohne Beeinträchtigung; - Kurzbericht der Klinik für Neurologie in W. \_\_\_\_\_ vom 10. Juni 2008 (IVSTA-act. 8.7; Übersetzung: IVSTA-act. 38.3 f.); Diagnosen: Zervikobrachialgie rechts, Status nach OP, Carpaltunnelsyndrom (CTS) rechts, Läsion des Nervus ulnaris in obs.; - Neurologischer Bericht von Dr. med. M. D.j. \_\_\_\_\_ (Neurologe) vom 17. Juni 2008 (vgl. IVSTA-act. 37); Diagnosen aufgrund der durchgeführten Elektromygraphie (EMG): chronische senso-motorische Teilläsion Nervus ulnaris rechts, senso-motorische Läsion des Nervus medianus rechts, chronische radikuläre Teilläsion der Wurzeln C6/C7 rechts; - Neurologischer Bericht von Dr. med. M. D.j. \_\_\_\_\_ (Neurologe) vom 29. Januar 2009 (vgl. IVSTA-act. 15.2; Übersetzung: IVSTA-act. 35); Diagnosen aufgrund der durchgeführten Elektromyographie (EMG): Funktion der rechten Hand vermindert; - Gutachten von Fachärzten für Traumatologie, Chirurgie und Arbeitsmedizin in W. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2009 (IVSTA-act. 6.1; Übersetzung: IVSTA-act. 40.1). Feststellungen: Beine ohne Beeinträchtigung, neurologischer und psychischer Status ohne Beeinträchtigung; Diagnosen: Läsion des Nervs auf Höhe Unterarm, Status nach traumatischer Läsion Nervus ulnaris und medianus, Status nach OP; - Arztbericht vom 12. Juni 2009 von Dr. M. D.k. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater (IVSTA-act. 15.1; Übersetzung: IVSTA-act. 17). Diagnosen: Paralysis Nervus ulnaris rechts (Lähmung des rechten Ellenervs; Status nach OP), Carpaltunnelsyndrom (CTS) rechts (Status nach Freilegung), Schleudertrauma-Verletzung der Zervikalkörper, Ataktisches Syndrom (Gleichgewichtsstörungen), wiederkehrende vertebrobasiläre Insuffizienz (eingeschränkter Blutdurchfluss Arterie vertebralis/basilaris), posttraumatische Belastungsstörung (PTSD); - Fragebogen für den Arbeitgeber über Arbeits- und Lohnverhältnisse von Unselbständigerwerbenden vom 15. Juni 2009 (IVSTA-act. 14.3-14.6); - Fragebogen für den Versicherten vom 15. Juni 2009 (IVSTA-act. 14.1); - Stellungnahme vom 13. Oktober 2009 von Dr. med. C. D.l. \_\_\_\_\_, Arzt des ärztlichen Dienstes der IVSTA (IVSTA-act. 43); - Arztbericht vom 28. Dezember 2009 von Dr. M. D.m. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin in W. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 48). Diagnosen: a) neurotischer Schwindel, Schwindelsyndrom b) Psychoneurosis, ängstlich-depressives Syndrom c) zerviko-kranielles Syndrom d) paroxysmale Tachikardie, Stenokardie e) Paralysis nervus ulnaris rechts, Status nach OP f) Carpaltunnelsyndrom (CTS) rechts g) ataktisches Syndrom h) wiederkehrende vertebrobasiläre Insuffizienz; - Stellungnahme vom 1. Februar 2010 von Dr. med. C. D.l. \_\_\_\_\_ (IVSTA-Arzt; vgl. IVSTA-act. 51); - Neuropsychiatrisches Gutachten vom 17. Oktober 2010 von Dr. M. D.k. \_\_\_\_\_ (Neuropsychiater; vgl. IVSTA-act. 59 f.); - Ergänzende Stellungnahme vom 1. Dezember 2010 von Dr. med. C. D.l. \_\_\_\_\_ (IVSTA-Arzt; vgl. IVSTA-act. 63).

#### **E. 4.2.2**

In Würdigung dieser medizinischen Unterlagen (vgl. auch Urteil des BVGer C-3413/2010 vom 20. Dezember 2012 E. 4.2) führte der zuständige IVSTA-Arzt und Allgemeinmediziner, Dr. med. C. D.l. \_\_\_\_\_, in seinen Stellungnahmen vom 13. Oktober 2009 und vom 1. Februar 2010 (IVSTA-act. 43, 51) im Wesentlichen aus, der Beschwerdeführer leide an Spätfolgen eines Arbeitsunfalles, der zu einer signifikanten Funktionsstörung des rechten Armes, insbesondere der Hand geführt habe. Die ihm zur Einsicht unterbreiteten Unterlagen bestätigten den chronischen Verlauf sowie zusätzlich

eine radikuläre Symptomatik, die von der Halswirbelsäule ausgehe und auch mögliche Verweisungstätigkeiten zusammen mit den Schulterproblemen etwas einschränke. Die Schwindelattacken, welche offenbar auf Durchblutungsstörungen zurückzuführen seien, verböten das Besteigen von Leitern oder Gerüsten und ergäben eine Behinderung beim Gehen auf unebenem Gelände. Er nannte als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Funktionsminderung der rechten Hand bei posttraumatischer, muskulärer Teil-Atrophie der Handmuskulatur, eine Peri-Arthropathie der rechten Schulter (ICD-10 M75.1) sowie ein chronisches zerviko-radikuläres Syndrom C7 rechts (ICD-10 M50.1). Als Nebendiagnose - ebenfalls mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - stellte er eine vertebrobasiläre Insuffizienz mit wiederholtem Schwindel fest. Am 1. Februar 2010 hielt er fest, dass die ihm neu zugestellten Unterlagen die bisher bekannten gesundheitlichen Probleme sowie die daraus folgenden funktionellen Einschränkungen bestätigen würden. Er halte an seiner medizinischen Einschätzung der Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit vom 13. Oktober 2009 (IVSTA-act. 43) fest, wonach der Beschwerdeführer in einer leichten Verweistätigkeit (mit funktionalen Einschränkungen seit 17. Juni 2008 [siehe neurologischer Bericht vom 17. Juni 2008 von Dr. med. M. D.j. \_\_\_\_\_, IVSTA-act. 37]) zu 100% leistungsfähig sei.

#### **E. 4.2.3**

Im Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht (C-3413/2010) wurden folgende Arztberichte und medizinischen Stellungnahmen gewürdigt: Gutachten von Dr. med. M. D.k. \_\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2010 aus X. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 59 f.) sowie die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. C. D.l. \_\_\_\_\_ des ärztlichen Dienstes vom 1. Dezember 2010 (IVSTA-act. 63) zum neuropsychiatrischen Gutachten von Dr. med. M. D.k. \_\_\_\_\_.

#### **E. 4.2.4**

In seinem Urteil vom 20. Dezember 2012 führte das Bundesverwaltungsgericht aus, dass die allein auf Aktenstudium basierende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit durch Dr. med. C. D.l. \_\_\_\_\_ sich als nicht nachvollziehbar und schlüssig erweise, da sie einerseits auf ärztlichen Kurzberichten und Testergebnissen gründe, die keinerlei fachärztliche Ausführungen zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers enthielten und damit zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht geeignet seien (so insbesondere die Berichte aus dem Zeitraum vom 9. Juni 2008 bis zum 29. Januar 2009), andererseits sich auf das vom mazedonischen Sozialversicherungsträger in Auftrag gegebene Gutachten vom 30. Januar 2009 (IVSTA-act. 6.1; Übersetzung: IVSTA-act. 40.1) stützten. Dieses Gutachten erweise sich als widersprüchlich und nicht nachvollziehbar begründet: Obwohl die Diagnosen einer Läsion der Nerven beziehungsweise eines Status nach Läsion sowie eines Status nach Operation des Nervus ulnaris und des Nervus medianus gestellt worden seien, werde bei den aktuellen Befunden festgehalten, die Beugung und die Streckung des Handgelenks sowie die Pronation sowie Supination seien normal. Des Weiteren werde festgehalten, dass der Status in neurologischer wie auch psychischer Hinsicht unauffällig sei (vgl. Punkt 8 des Gutachtens). Diese Feststellungen widersprächen jedoch sämtlichen übrigen sich in den Akten befindlichen ärztlichen Berichten, wonach der Beschwerdeführer an Funktionsstörungen der rechten Hand beziehungsweise der rechten Schulter leide. So werde insbesondere auch im neurologischen Bericht von Dr. med. M. D.j. \_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2009 sinngemäss festgehalten, die Funktion der rechten Hand sei vermindert. Auch die Ausführungen im mazedonischen Gutachten betreffend die Restarbeitsfähigkeit, wonach

beim Beschwerdeführer in jeglicher Hinsicht eine Arbeitsfähigkeit bestehe, erwiesen sich als nicht nachvollziehbar. Aufgrund der medizinischen Dokumentation sei davon auszugehen, dass der Einsatz im angestammten Beruf für den Beschwerdeführer nicht mehr vollschichtig zumutbar sein dürfte. Das mazedonische Gutachten werde zudem den an den Beweiswert eines Arztberichts gestellten Anforderungen nicht gerecht, entbehre es doch grundsätzlich eingehender sowie nachvollziehbarer Ausführungen sowie Begründungen. Weiter hielt das Gericht fest, dass der Neuropsychiater Dr. med. M. D.k. \_\_\_\_\_ in seinem fachärztlichen Bericht vom 12. Juni 2009 eine Lähmung des Nervus ulnaris rechts diagnostiziert habe. Darüber hinaus könne diesem Bericht entnommen werden, dass der Beschwerdeführer offenbar zusätzlich zu den bekannten somatischen auch unter psychischen Beeinträchtigungen leide, zumal Dr. med. M. D.k. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) gestellt habe. Auf diese Leiden des Beschwerdeführers sei Dr. med. C. D.l. \_\_\_\_\_ indessen in seinen Stellungnahmen vom 13. Oktober 2009 und vom 1. Februar 2010 nicht eingegangen. Ebenso wenig habe er sich zur Frage geäußert, ob und allenfalls in welcher Weise sich die im echokardiologischen Bericht vom 9. Juni 2008 festgestellte Angina Pectoris auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke (vgl. IV-act. 78 und 87). Die Vorinstanz habe demnach den rechtserheblichen Sachverhalt in mehrfacher Hinsicht unvollständig abgeklärt. Dies werde insbesondere dadurch bestätigt, dass Dr. med. C. D.l. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2010 bezüglich des replicando eingereichten neuropsychiatrischen Gutachtens vom 17. Oktober 2010 ausgeführt habe, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht wesentlich schlechter sei, als er bisher angenommen habe. Aufgrund des Gutachtens vom 17. Oktober 2010 werde deutlich, dass eine funktionelle Einhändigkeit angenommen werden müsse und die Schwindelattacken - trotz Therapien - eine massive Bewegungsbehinderung zur Folge hätten. Zudem habe sich zusätzlich eine Depression eingestellt, welche die Ressourcen des Beschwerdeführers zusätzlich vermindere. Diese nachträglichen Feststellungen hätten Dr. med. C. D.l. \_\_\_\_\_ schliesslich dazu bewegt, die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf von 70% auf 80% und in leichten Verweisungstätigkeiten von 0% auf 30% zu erhöhen (vgl. Urteil des BVGer C-3413/2010 E. 4.3.3).

#### **E. 4.3**

Mit Verfügung vom 10. September 2014 (IVSTA-act. 107; B-act. 1.2) hat die Vorinstanz den Anweisungen des Bundesverwaltungsgerichts gemäss Urteil C-3413/2010 vom 20. Dezember 2012 Rechnung getragen, indem sie das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers ergänzend abgeklärt und insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten (PMEDA) vom 23. September 2013 (IVSTA-act. 90) sowie die medizinische Stellungnahme der Expertenkommission der IV-Stelle vom 8. September 2014 (IVSTA-act. 106) eine Neubeurteilung vorgenommen hat. Zur Begründung der erneuten Abweisung des Rentengesuchs führte sie im Wesentlichen an, dass die neuen Unterlagen, die der Versicherte seiner Antwort auf den Vorbescheid beigelegt habe [Arztbericht vom 9. Juni 2014], nichts an der Richtigkeit des Vorbescheides vom 30. April 2014 ändern würden. Auch aufgrund dieser Unterlagen liege keine Invalidität vor, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei seinerzeit nicht in Betracht gezogen worden und könne nach aktueller Rechtsprechung (Urteil des BGer 9C\_671/2010 vom 15. November 2012) nur anerkannt werden, wenn sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass auftrete, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung

hervorrufen würde. Die Ergebnisse der Kontrolluntersuchung vom 29. Januar 2009 (Elektromyographie von Neurolab) stünden im Widerspruch zu den objektiven Schlussfolgerungen des Gutachtens vom 23. September 2013 (Seite 21 und 22). Des Weiteren werde im Bericht erwähnt, dass sich beim Versicherten ein "Affenhand-Phänomen" gebildet habe. Dieses Phänomen bilde sich bekanntlich über einen langen Zeitraum. Keiner der Gutachter in Y.\_\_\_\_\_ habe ein solches bei der Untersuchung im August 2013 festgestellt, sonst wäre dies im Bericht vom 23. September 2013 erwähnt worden (vgl. IVSTA-act. 107).

#### **E. 4.4**

Der Beurteilung der im Neuanmeldungsverfahren geltend gemachten gesundheitlichen Einschränkungen lagen bis zum Verfügungszeitpunkt (10. September 2014) - nebst den bereits erwähnten Vorakten (E. 4.2.1) - folgende weiteren medizinischen Berichte/Beurteilungen und Hinweise zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor: - Fragebogen für den Arbeitgeber über Arbeits- und Lohnverhältnisse von Unselbständigerwerbenden vom 13. April 2013 (IVSTA-act. 80.3-80.5); - Fragebogen für den Versicherten vom 22. April 2013 (IVSTA-act. 80.1 f.); - Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen vom 27./28. August 2013, Gutachten PMEDA vom 23. September 2013 der Klinik G.\_\_\_\_\_ in Y.\_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 90); - Stellungnahme vom 9. Oktober 2013 von Dr. med. C. D.l.\_\_\_\_\_ (vgl. IVSTA-act. 94) aufgrund des Gutachtens PMEDA vom 23. September 2013; - Stellungnahme der Expertenkommission IV-Stelle vom 29. April 2014 (IVSTA-act. 98); - Arztbericht vom 9. Juni 2014 der Dres. Z. D.n.\_\_\_\_\_ (Neuropsychiater) und V. D.o.\_\_\_\_\_ (medizinische Psychologie), Spital X.\_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 102.31; Übersetzung: IVSTA-act. 104; B-act. 1.5); - Stellungnahme der Expertenkommission IV-Stelle vom 8. September 2014 (IVSTA-act. 106).

#### **E. 4.5**

In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das von der Vorinstanz in Auftrag gegebene Gutachten PMEDA vom 23. September 2013 den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten genügt.

##### **E. 4.5.1**

Das Gutachten PMEDA der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 23. September 2013 (IVSTA-act. 90) umfasst 41 Seiten einschliesslich die Protokolle der durchgeführten medizinischen Tests (u.a. Orthostasetest nach Schellong [S. 42 f.], Ruhe-EKG/2\*5s + Rhyth. und Untersuchungsprotokoll vom 27. August 2013 [Belastungs-EKG, IVSTA-act. 90.45]; Langzeit-EKG vom 27./28. August, IVSTA-act. 90.50), eine umfassende medizinische Einschätzung des Gesundheitszustandes und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit durch die einzelnen Fachgutachter, sowie eine Konsensbeurteilung der PMEDA. Es basiert auf den dargelegten Vorakten sowie persönlichen Untersuchungen vom 27. und 28. August 2013 durch die Fachgutachter für Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie - im Beisein eines Dolmetschers. Der Hauptteil beginnt mit einer vierseitigen Auflistung der von der Vorinstanz zur Verfügung gestellten Aktendokumente und Zusammenfassung der wesentlichen Arztberichte, Gutachten und medizinischen Stellungnahmen (IVSTA-act. 90 S. 2-4).

##### **E. 4.5.2**

Die Gutachter zitierten aus den von ihnen angeführten Arztberichten im Wesentlichen die Diagnosen, durchgeführten Therapien und Hinweise zur Arbeitsunfähigkeit, die sich mit

den vorliegenden Gerichtsakten decken. Sie schickten explizit voraus, dass das vom Auftraggeber zusammengestellte Aktendossier von ihnen gründlich geprüft worden sei und in der Folge für die Beantwortung der Gutachtenfragen nur die "wesentlichen Dokumente" kurz zitiert würden (IVSTA-act. 90, S. 2). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann somit von vornherein nicht von einer unvollständigen Berücksichtigung der Akten durch die Gutachter gesprochen werden, wie im nachfolgenden aufgezeigt wird. Die Teilgutachten enthalten eine ausführliche Anamnese nach Angaben des Beschwerdeführers, einen ausführlichen Befund, die Diagnosen, die fachmedizinische Beurteilung der jeweiligen Gutachter sowie die Gutachtenfragen (u.a. zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit; siehe IVSTA-act. 90 S. 33-40). Das Gutachten entspricht somit in formaler Hinsicht den bundesgerichtlichen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 3.6.2 m.w.H.).

#### **E. 4.6**

Die Gutachter stellten, nach eingehender Anamnese und Dokumentation ihrer Befunde, ihre Diagnosen und beurteilten den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers unter Mitberücksichtigung ihrer medizinischen Einschätzung zur verbleibenden beziehungsweise zumutbaren Arbeitsfähigkeit wie folgt:

##### **E. 4.6.1**

Dr. med. R. D.p. \_\_\_\_\_ beschreibt den Allgemeinzustand des Versicherten in seinem Befund als gut. Es sei kein Schongang, hingegen eine Minderbewegung des rechten Arms, sowie eine leicht hochgezogen gehaltene Schulter feststellbar. An Kopf und Hals bestehe ein unauffälliger Untersuchungsbefund, insbesondere unauffällige Pupillomotorik und rosige Konjunktiven. Es bestehe kein Klopfschmerz über den Kieferhöhlen. Der Blutdruck betrage im Sitzen am rechten Arm 150/104 mmHg bei einer Herzfrequenz von 82 pro Minute, am linken Arm 143/99 mmHg bei einer Herzfrequenz von 90 pro Minute. Die Herztöne seien auskultatorisch rein und regelmässig. Das Abdomen sei weich, es bestünden kein Druckschmerz und keine tastbaren Resistenzen. Der Kraftgrad in den Beinen sei beidseits gut, die Sensibilität der Beine sei beidseits seitengleich und intakt. Es seien keine Atrophien der Arme im Seitenvergleich, jedoch eine herabgesetzte Kraftanstrengung rechts bei allen Proben (proximal bis distal) feststellbar. Die Wirbelsäule weise inspektorisch eine rechtskonvexe Skoliose auf. Der Romberg-Stehversuch sei etwas unsicher, ohne eine gerichtete Falltendenz zu einer Seite. Die internistische Diagnose von Dr. med. R. D.p. \_\_\_\_\_ lautet: Verdacht auf (arterielle) Hypertonie; die Blutdruckkontrolle sollte optimiert werden. Eingehend auf die geklagten Beschwerden (zervikale Schmerzen, sensomotorische Störung des rechten Arms, orthostatische Symptome), beurteilte der Fachgutachter den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wie folgt: Im einfachen kardiopulmonalen Belastungstest (Treppensteigen über drei Stockwerke) sei der Blutdruck nicht weiter angestiegen, die Herzfrequenz sei unauffällig und die Atmung nicht namhaft eingeschränkt. Eine kardiopulmonale Beeinträchtigung sei anhand dieser klinischen Kriterien somit nicht evident. Die weitere internistische körperliche Untersuchung und Anamnese gäben keine Hinweise auf eine internistische Diagnose (so auch nicht auf die vorgebrachten Schwindelanfälle und Ohnmachtsgefühle). Die für den gesamten Arm reklamierte Einschränkung sei neurologischerseits (oder psychiatrischerseits), die zervikalen Schmerzen seien orthopädisch/neurologisch zu bewerten. Eine internistische Erklärung biete sich nicht an. Zusammenfassend bestehe aus internistischer Sicht kein ausreichender Anhalt für eine Minderung der Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 90 S. 7-9).

#### **E. 4.6.2**

Dem detaillierten kardiologischen Befund von Dr. med. E. D.q.\_\_\_\_\_ ist eingangs zu entnehmen dass der 51-jährige Versicherte mässig übergewichtig sei und sein Körperbau kräftig/muskulös sei. Der Blutdruck betrage am linken Arm 135/87 mmHg, am rechten Arm 128/92 mmHg bei einer regelmässigen Pulsfrequenz von 70 pro Minute (in der allgemein-internistischen Untersuchung seien systolisch und diastolisch erhöhte Werte gemessen worden). Der Halsvenendruck sei normal, HJR (Hepatojugulärer Reflux [Test zur Beurteilung einer Herzinsuffizienz]) negativ, keine Ödeme. Ebenso seien die Lungenauskultation und die Herztöne normal (keine Herznebengeräusche). Die kardiologische Diagnose lautet: Kein Nachweis einer strukturellen Herzerkrankung (keine Angina Pectoris) respektive keine Hinweise für ein abnormes Rhythmus- oder Kreislaufverhalten. Gemäss kardiologischer Beurteilung seien die vom Versicherten geschilderten Kollapszustände im Rahmen orthostatisch bedingter Hypotonie, begünstigt durch die Opioid- und Psychopharmaka-Behandlung, zu diskutieren. In der kardiologischen Untersuchung sei dabei keine abnorme Orthostase-Reaktion zu dokumentieren gewesen. Dennoch sei die bestehende Medikation aus Sicht des Gutachters zu überdenken. Die klinische kardiologische Untersuchung habe - neben der Adipositas - einen normalen Befund ergeben. Das 12-Ableitungs-EKG (Elektrokardiogramm, das 12 Ableitungen gleichzeitig registriert) habe einen unauffälligen Erregungsablauf gezeigt. Im Belastungs-EKG sei die Arbeitskapazität mit 120 Watt (entspreche 67% der Zielleistung von 178 Watt) deutlich vermindert, was sehr wahrscheinlich durch einen Trainingsmangel zu erklären sei. Dafür spreche auch der rasche Herzfrequenzanstieg unter Belastung. Im Übrigen sei das Belastungs-EKG normal gewesen, ohne Arrhythmien respektive ohne Hinweise für eine belastungsabhängige Ischämie (Minderdurchblutung). Auch die Ultraschalluntersuchung habe einen normalen Befund mit normaler Funktion der Ventrikel und normaler Klappenfunktion ergeben. Im ambulanten 24-Stunden-EKG sei ein durchgehend normaler Sinusrhythmus mit adäquater zirkadianer Frequenzvariabilität zu dokumentieren gewesen. Es hätten keine abnormen Bradykardien und keine abnormen Pausen bestanden. Ebenso seien keine Tachyarrhythmien vorhanden. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit könne somit kardiologischerseits nicht attestiert werden (IVSTA-act. 90 S.11-13).

#### **E. 4.6.3**

Prof. Dr. med. H. D.r.\_\_\_\_\_ beschrieb den Beschwerdeführer in seinem neurologischen Befund wie folgt: Der Versicherte habe den Untersuchungsraum mit einem zögerlichen Gangbild mit Schonhaltung des rechten Arms betreten. Das Aus- und Ankleiden sei unter "demonstrativ anmutender Schonung des rechten Arms" erfolgt. Der Gutachter beschrieb den Beschwerdeführer als sonnengebräunte Person mit muskulösem Habitus sowie beschwielten Fusssohlen - als Zeichen einer regen Mobilität. Während der gesamten Untersuchung habe der Versicherte - deutlich diskrepant zu seinen anamnestischen Angaben zur aktuellen Schmerzintensität - "nicht schmerzgequält oder anderweitig beeinträchtigt" gewirkt. In seinem Befund äusserte sich der Neurologe im Detail zur Kopf/Halswirbelsäule, zu den Hirnnerven, zur Motorik und Koordination, Sensibilität, zu den Muskeldehnungsreflexen, Pyramidenbahnzeichen, zum Vegetativum, zur psychischen und neuropsychologischen Situation, einschliesslich der neuropsychologischen Funktionen. Unter "Neurologische Diagnosen" hielt der Gutachter fest, dass kein ausreichender Anhaltspunkt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der

Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen vorliege. Der Neurologe diagnostizierte ein "mögliches leichtgradiges Defektsyndrom des Nervus ulnaris rechts". Zudem zeige der Beschwerdeführer "deutliche Zeichen einer bewusstseinsnahen, demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden". Der Gutachter beurteilte die vorgebrachten Beschwerden (zervikale Schmerzen, sensomotorische Störung des rechten Arms, Kopfschmerzsyndrom, die gravierende Schmerzsymptomatik während der Untersuchungssituation) wie folgt: In der klinischen Untersuchung habe sich kein ausreichendes Korrelat für eine Schmerzbeeinträchtigung sowie für eine behinderungsrelevante neurogene Störung gefunden. Der Befund im Bereich des rechten Ellbogens (Sulcus-ulnaris-Syndrom) sowie die Angaben zur Sensibilität könnten für ein allenfalls leichtgradiges Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts beziehungsweise ein residuelles Defektsyndrom des Nervus ulnaris auch auf Höhe der Loge Guyon (Handgelenk) sprechen, assoziierte behinderungsrelevante Paresen und Atrophien im Versorgungsareal des Nervus ulnaris rechts seien jedoch nicht evident. Die in der formalen Untersuchung dargebotene (und anamnestisch reklamierte) Bewegungseinschränkung des Kopfes sei grob diskrepant zu der "freien und ungehinderten Beweglichkeit" ausserhalb der formalen Untersuchungssituation (z.B. auf dem Gang des Praxisgebäudes und auf der Strasse vor dem Spital). Zudem habe der Beschwerdeführer - deutlich diskrepant zu seinen anamnestischen Angaben zur aktuellen Schmerzstärke - nicht wesentlich schmerzbeeinträchtigt gewirkt. Nach Beobachtungen des Gutachters seien dem Beschwerdeführer freie und rasche Kopfbewegungen in alle Richtungen, freie spontane Bewegungen des rechten Arms sowie ein flüssiger Gang möglich. Hinzu komme, dass die weiteren objektiven physischen Zeichen für eine zumindest deutlich regere Mobilität und Aktivität sprächen als anamnestisch berichtet und das (wenn auch zögerlich eingeräumte) Führen eines Kraftfahrzeuges mit der Attestierung einer namhaften behinderungsrelevanten motorischen Gesundheitsstörung nicht vereinbar sei. Zusammenfassend ergeben sich für den Gutachter "keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine namhafte Beeinträchtigung der Gesundheit mit Einfluss auf die angestammte/erlernte sowie jedwede vergleichbare oder auch eine andere Arbeit des allgemeinen Arbeitsmarktes, dies per sofort geltend". Zudem bemängelte der Gutachter, dass der (von Dr. med. M. D.j. \_\_\_\_\_ am 17. Juni 2008; vgl. IVSTA-act. 37) attestierte (und durch den IVSTA-Arzt, Dr. med. C. D.l. \_\_\_\_\_, am 13. Oktober 2009 sowie am 1. Dezember 2010; vgl. IVSTA-act. 43, 63 bestätigte) zervikale oder den rechten Arm betreffende radikuläre Defekt (am Wirbelkörper C7) nicht korrekt sei. Der Kennreflex für C7 und alle anderen relevanten Kennreflexe der zervikalen Spinalnerven beziehungsweise des Armnervengeflechts seien seitengleich erhalten, weshalb ein relevanter radikulärer Defekt ausscheide. Die zervikale Beweglichkeit sei in der spontanen Beobachtung frei und ungehindert gewesen, hier könne keine namhafte Behinderung vorliegen. Das zervikale operative Ergebnis sei als sehr gut einzuschätzen. Die weiteren aktenkundigen Einlassungen und Interpretationen bezüglich einer "vertebrobasilären Insuffizienz" (siehe Arztbericht von Dr. M. D.m. \_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2009, IVSTA-act. 48) seien ebenfalls abwegig und falsch, da ein derartiges Syndrom keine schulmedizinische Anerkennung gefunden habe und bestenfalls spekulativ sei. Eine zerebrale Durchblutungsstörung im hinteren Stromgebiet sei bei dem Versicherten auch niemals belegt worden (IVSTA-act. 90 S. 16-22).

#### **E. 4.6.4**

Der orthopädische Befund von Dr. med. M. D.s. \_\_\_\_\_ beinhaltet die detaillierten Untersuchungsergebnisse betreffend die Wirbelsäule und den Rumpf, die oberen

Extremitäten sowie den Beckengürtel und die unteren Extremitäten. Der Gutachter diagnostizierte einen Status nach Spondylodese der Halswirbelkörper (HWK) 6/7 (1998), Status nach Dekompression des Nervus ulnaris (Sulcus und Loge de Guyon) rechts. Der Fachgutachter beurteilte insbesondere das vom Beschwerdeführer beklagte "diffus verteilte chronifizierte Beschwerdebild" mit Schwerpunkt im zervikalen und lumbalen Bereich. Er hielt fest, dass klinische Zeichen einer Anschluss-Instabilität in den Nachbarsegmenten der zervikalen Spondylodese nicht zu erheben seien, radikuläre zervikale Läsionen liessen sich durch die orthopädische Untersuchung ebenfalls nicht feststellen, und anamnestische oder klinische Zeichen einer zervikalen Spinalkanal-kompression lägen nicht vor. Die in der klinischen Prüfung demonstrierte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule sei diskrepant zu der zumindest besseren spontanen Mobilität des Kopfes (siehe hierzu auch die Ausführungen des Neurologen in E. 4.7.3). Dies sei im Kontext der lege artis durchgeführten Spondylodese zumindest im hier demonstrierten Ausmass nicht plausibel. Letztlich sei auch die reklamierte, diffuse, den gesamten Körper betreffende Symptomatik durch eine orthopädische, vertebrale oder arthrogene Erkrankung nicht schlüssig zu erklären, so dass hier ein wesentlicher nicht-somatischer Störungsanteil wahrscheinlich sei. Angesichts der erfolgten zervikalen Spondylodese und Operationen im Bereich des rechten Arms seien allenfalls qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit dergestalt gegeben, dass körperliche schwere Tätigkeiten auf Dauer nicht mehr geeignet seien. Bezüglich des beklagten wiederkehrenden lokalen Schmerzsyndroms von Seiten der Lendenwirbelsäule sei in der klinisch-orthopädischen Untersuchung lediglich eine subjektive lumbosacrale Druckdolenzangabe festgestellt worden. Ein namhafter paravertebraler Hartspann oder ein lumbales radikuläres Defizit seien nicht evident. Für die aktenkundig berichtete Schultergelenkerkrankung (vgl. Kontrollbericht der F. \_\_\_\_\_ Klinik vom 30. Januar 1995, SUVA-act. 39) habe sich kein hinreichender klinischer Anhalt gefunden. Die zuletzt ausgeübte Arbeit als "Maschinenführer" (Kran, [Klein-]Bagger) sei jedoch nicht als körperlich schwer einzustufen und somit uneingeschränkt leistbar, dies per sofort. Dr. med. M. D.s. \_\_\_\_\_ wies auch darauf hin, dass der Versicherte offensichtlich privat einen Personenwagen führen könne, was sich hinsichtlich der dabei erforderlichen Beweglichkeit des Kopfes nicht wesentlich von der Führung eines Baggers oder eines Krans unterscheide (IVSTA-act. 23-27).

#### **E. 4.6.5**

Dem psychiatrischen Befund von Dr. med. E. D.t. \_\_\_\_\_ sind Beobachtungen und die Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchung betreffend das äussere Erscheinungsbild und Verhalten des Beschwerdeführers, dessen Bewusstsein, Orientierung, Mnestic (Gedächtnis), Konzentration und Aufmerksamkeit, formales Denken, Befürchtungen und Zwänge, inhaltliches Denken, Wahrnehmungen, Ich-Störungen, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik, Suizidalität zu entnehmen. Ziff. 2.53 "Psychiatrische Diagnosen" ist zu entnehmen, dass kein ausreichender Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde psychiatrische Erkrankung festgestellt worden sei. Es bestehe jedoch ein Fehlgebrauch von Benzodiazepinen und Analgetika. In seiner Beurteilung hielt der Psychiater fest, dass der Beschwerdeführer vorrangig über eine erhebliche beeinträchtigende Schmerzsymptomatik, nicht jedoch über depressive Symptome im engeren Sinne geklagt habe. Für eine aktenkundig erwogene depressive Symptomatik bestehe hier anamnestisch kein hinreichender Anhalt. Auch in der hiesigen Exploration habe sich keine namhafte Depressivität erkennen lassen, weshalb die ICD-10-Kriterien eines depressiven Syndroms nicht erfüllt seien. Ebenso lasse sich keine posttraumatische Belastungsstörung,

Anpassungsstörung oder somatoforme Schmerzstörung postulieren oder untermauern. Zudem fehle es an Anhaltspunkten für einen namhaften innerseelischen Konflikt. Traumatische Kriegserlebnisse seien ebenfalls nicht hinreichend evident. Für eine quälende Schmerzsymptomatik bestehe im klinischen Eindruck kein ausreichender Anhalt. Die in der Exploration geschilderten Symptome liessen formal allenfalls die Überlegung einer psychotischen Erkrankung zu. Der oft unklare, vage, bunte, auch verdeutlichend wirkende Beschwerdevorgang erlaube hier jedoch aus Sicht des Gutachters keine entsprechende Diagnose. Die Angaben zu den nachträglich berichteten Suizidversuchen seien eher vage und unkonkret geblieben. Bislang sei keine psychotische Störung dokumentiert worden. Der Gutachter verwies zudem - wie bereits die Fachgutachter für Neurologie und Orthopädie - auf die aus somatischer Sicht begutachtete bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden, die mit zu berücksichtigen sei. Auffällig sei die Medikamenten-Anamnese, die für einen Fehlgebrauch von suchinduzierenden Benzodiazepinen und Analgetika (einschliesslich Opioiden) spreche. Die Fahrtauglichkeit des Beschwerdeführers sei bis zu einer kontrollierten Opioid- und Benzodiazepin-Karenz nicht gegeben. Eine schrittweise Rückführung der Medikation in 4 Wochen sei ausreichend (IVSTA-act. 90.29-32).

#### **E. 4.6.6**

Die Gutachter kamen unter Berücksichtigung der aktenkundigen und erhobenen Daten im Rahmen der Konsensbeurteilung der PMEDA (Ziff. 3) zum Schluss, dass weder auf somatischem noch auf psychiatrischem Gebiet Gesundheitsstörungen belegt oder wahrscheinlich seien, die die Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder einer anderen körperlich nicht schweren Arbeit des allgemeinen Arbeitsmarkts namhaft und auf Dauer einschränkten. Der aktuelle Fehlgebrauch von Benzodiazepinen und Analgetika bedinge eine passagere nicht gegebene Fahrtauglichkeit und schliesse somit Arbeiten [im Baugewerbe] als "Bagger- und Kranführer" (ebenso das Führen von Kraftfahrzeugen im Strassenverkehr) bis zu einer kontrollierten Benzodiazepin- und Analgetika-Karenz vorübergehend aus. Ein Sistieren der genannten Medikation sei medizinisch zumutbar, liege im Gesundheitsinteresse des Versicherten und könne innerhalb von vier Wochen erreicht werden. Für leichte und mittelschwere Arbeiten ohne das Führen von Kraftfahrzeugen bestehe per sofort eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Der gegebene postoperative Status nach einer zervikalen Spondylodese (1998) und zweimaliger Operation im Bereich des rechten Arms mit möglicher geringer residueller Schädigung (1992) des Nervus ulnaris auf Höhe des Handgelenks schliesse aus orthopädischer Sicht und neurologischen Gründen Arbeiten mit schwerer körperlicher Belastung auf Dauer aus (Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit). Darüber hinaus bestehe ein Verdacht auf Hypertonie - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 90 S. 32 f.; vgl. auch Ziff. 4 Gutachtenfragen, IVSTA-act. 90 S. 34).

#### **E. 4.7.1**

Am 9. Oktober 2013 nahm Dr. med. C. D.I. \_\_\_\_\_ (FMH Allgemeine Medizin und IVSTA-Arzt) zum polydisziplinären Gutachten PMEDA vom 23. September 2013 ergänzend Stellung. In seiner Stellungnahme stützte er die Beurteilung der Gutachter und wich in seiner Würdigung nur insofern ab, als der Beschwerdeführer innert 6 Monaten (anstatt 4 Wochen) von der Therapie mit Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit weggeführt werden müsse, was offenbar aus psychiatrischer Sicht zumutbar sei. Dies habe zur Folge,

dass vorerst die Arbeitsunfähigkeit von 80% in angestammter Tätigkeit weiterhin gelte, währendem ab Datum der Expertise eine angepasste Verweistätigkeit vollzeitig (100% Arbeitsfähigkeit) zumutbar sei. In sechs Monaten sei ein spezialärztlicher Bericht anzufordern, der den oben genannten Medikamentenentzug bestätige und den genauen Verlauf schildere (vgl. IVSTA-act. 94).

#### **E. 4.7.2**

Am 29. April 2014 äusserte sich die (polydisziplinär zusammengesetzte) Expertenkommission der IV-Stelle dahingehend, dass der Beschwerdeführer nicht an einer psychopathologischen Erkrankung leide, weshalb die festgestellte Behandlung mit Benzodiazepinen und Analgetika, darunter auch Opiate, nicht medizinisch indiziert/nötig sei und ein Medikamentenentzug gemäss Gutachter innert vier Wochen erfolgen könne. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts sei die Medikamentenabhängigkeit nicht rentenrelevant. Demnach liege (nach erfolgtem zumutbarem Medikamentenentzug) eine volle Arbeitsfähigkeit vor, weshalb die von den Gutachtern und dem RAD festgehaltene Arbeitsunfähigkeit von 80% in der bisherigen Tätigkeit nicht berücksichtigt werden könne (IVSTA-act. 98).

#### **E. 4.7.3**

Im nach Vorbescheid eingereichten Privatgutachten der Dres. Z. P. D.n. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater, und V. D.o. \_\_\_\_\_, medizinische Psychologie, Spital X. \_\_\_\_\_, vom 9. Juni 2014 hielten die beiden Ärztinnen, nach Erhebung der Lebensanamnese, Würdigung von Vorakten und persönlicher Untersuchung folgende neurologische Diagnosen fest: Paralyse des Nervus ulnaris rechts (Status nach Operation), Karpaltunnelsyndrom rechts (Status nach Freilegung und Verlegung des Nervs), Schleudertrauma, vertebrobasiläre Insuffizienz, ataktisches Syndrom (Gleichgewichtsstörungen), posttraumatisches Belastungssyndrom. In psychiatrischer Hinsicht wurde als Diagnose das posttraumatische Belastungssyndrom (F43.1) festgehalten. Die neurologische Untersuchung habe eine Verletzung der peripheren Nerven (Nervus ulnaris und Nervus medianus) rechts ergeben, verbunden mit einem Verlust der motorischen, sensorischen und trophischen Funktionen, einer radikulären Läsion der Spinalwurzeln C6 und C7 als Folge des alten Halstraumas und einer Diskushernie. Parallel dazu dauere eine kombinierte radikuläre und periphere Läsion an. In psychischer Hinsicht liege eine betonte Angst und Depression vor, gründend im Trauma vom 13. August 1992 und den in ihrer Schwere fortschreitenden Verletzungen an der rechten Hand. Der sozioökonomische Status habe ebenfalls Einfluss auf die Depression, weil der Beschwerdeführer arbeitsunfähig sei und keine reelle Wiedereingliederungsmöglichkeit bestehe. Er benötige eine fortgesetzte Behandlung mit Analgetika, Antidepressiva, Beruhigungsmitteln und Neurotropinen (Nerven stimulierende Arzneimittel). In chronologischer Würdigung der Dokumente sei eine Progression der Symptome und eine Reduktion der motorischen und sensorischen Funktionen der rechten Hand, begleitet von einem algodystrophischen Syndrom (Entzündung des Bindegewebes der Hand mit Schwellung und Schmerzen), zu beobachten. Aufgrund ihrer Schwere und Chronizität hätten die diagnostizierten Erkrankungen, seien sie neurologischer, somatischer oder psychischer Natur, negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

#### **E. 4.7.4**

Mit ergänzender Stellungnahme vom 8. September 2014 liess sich die Expertenkommission der IVSTA zum Privatgutachten vernehmen. Sie wies einleitend auf einen Widerspruch im

Gutachten hin (Einsatz der rechten Hand versus Unmöglichkeit, wegen der Verletzung der rechten Hand eine Arbeit zu finden), auf eine Würdigung von (veralteten) Unfallakten, die mit Urteilen des Sozialversicherungsgerichts des Kanton Y.\_\_\_\_\_ und des Bundesgerichts sowohl im Unfallversicherungs- als auch im Invalidenversicherungs-Bereich rechtskräftig beurteilt worden seien. Damals sei eine posttraumatische Belastungsstörung nicht bestätigt worden und könne deshalb auch heute nicht festgehalten werden. Zudem widerspreche deren aktuelle Diagnostizierung der Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Latenzzeit, in welcher solche Störungen auftreten würden. Die im Gutachten zitierten Ergebnisse des EMG-Berichts vom 29. Januar 2009 stünden im Widerspruch zu den objektiven klinischen Feststellungen des neurologischen Teilgutachtens PMEDA. Die im Bericht vom 9. Juni 2014 erwähnte "Affenhand" (Fehlstellung der Hand infolge Medianuslähmung) sei aus medizinischer Sicht Folge einer längerdauernden Entwicklung. Die Gutachter der PMEDA hätten (deshalb) eine solche Fehlstellung erwähnt, wenn sie bestanden hätte. Zu erwähnen sei schliesslich das widersprüchliche Verhalten des Beschwerdeführers in der Untersuchung. Als Fazit sei festzuhalten: eine volle Arbeitsunfähigkeit für schwere Arbeiten und volle Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten sei bereits nach dem Unfall ermittelt worden. Der Einkommensverlust habe 13% betragen. Der (Gesundheits-) Zustand des Versicherten habe sich nicht verbessert. Das Privatgutachten führe daher zu keiner anderen Einschätzung (IVSTA-act. 106).

#### **E. 4.7.5**

Mit der Beschwerde hat der Beschwerdeführer zusätzlich einen Arztbericht von Dr. M. D.b.\_\_\_\_\_, Neurologie, vom 14. Oktober 2014 eingereicht (B-act. 1 Beilage 3). Diesem Bericht sind die Diagnosen eines zervikalen Bandscheibenschadens mit Radikulopathie (M50.1) sowie eine Läsion des Nervus ulnaris (G56.2) zu entnehmen.

#### **E. 4.7.6**

Die Expertenkommission der IVSTA hielt dazu mit weiterer Stellungnahme vom 5. Februar 2015 (IVSTA-act. 109) fest, dass der Neurologe in seinem Bericht vom 14. Oktober 2014 eine eingeschränkte Kraft der rechten Hand und eine muskuläre Atrophie befunde; der Vergleich mit seinem früheren Bericht vom 29. Januar 2009 zeige eine vergleichbare Situation. Der Einsatz der Hand werde trotzdem als möglich beschrieben. Die Kommission führte weiter aus, der im Bericht beschriebene klinische Zustand sei deckungsgleich mit den Erhebungen im Gutachten der PMEDA. Die Experten hätten zwar die Einschränkung am Ellenbogen erwähnt, aber in der klinischen Untersuchung keine funktionellen Einschränkungen an Kopf und rechtem Arm feststellen können. Es liege deshalb keine neue Sachlage vor bzw. werde keine relevante Verschlechterung der funktionellen Einschränkungen geltend gemacht, die nicht bereits berücksichtigt worden seien. Die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage Null. Eine neue Expertise sei nicht erforderlich.

#### **E. 4.8**

Festzustellen ist, dass das PMEDA-Gutachten die formellen und materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllt (vgl. E. 3.6), auf persönlichen Untersuchungen in den vorliegend zentralen Fachbereichen und aktueller Bildgebung beruht, die Vorakten und abweichende fachliche Beurteilungen berücksichtigt und diskutiert, in seinen Schlussfolgerungen bezüglich der medizinischen Situation und der daraus folgenden Arbeitsfähigkeit schlüssig

erscheint und ihm daher voller Beweiswert zuzurechnen ist. Das Privatgutachten vom 9. Juni 2014 demgegenüber weist verschiedene formelle und materielle Mängel auf: Abweichend vom schweizerischen Gutachtens-Standard sind die Gründe für die Begutachtung im Spital von X. \_\_\_\_\_ einleitend von den beiden Ärztinnen nicht genannt worden. Zudem verweisen sie auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers, ohne das Datum derselben zu nennen; zeitlich ist deren Befundung daher nicht einzuordnen. Des Weiteren stützen sich die beiden Ärztinnen - mit den auf den Seiten 4 und 5 genannten und in kurzer Form diskutierten Vorakten (EMG/ENG vom 1.9.1993, weiterer undatiertes Bericht, Berichte des Spitals Y. \_\_\_\_\_ vom 18.11.1993 und 7.2.1994, undatierte EMG- und ENG-Untersuchungen, undatierte Messung der Leitgeschwindigkeit der Nerven, Bericht vom 25.11.1994, EMG vom 29.1.2009, neuropsychiatrischer Bericht vom 12.6.2009 mit Angiographie) zur Beurteilung der aktuellen Unfallfolgen vom 13. August 1992 auf einerseits veraltete (Berichte bis 1994) und insgesamt weitgehend unvollständige Akten. Beispielsweise fehlen in der Würdigung die aktenkundigen Konsultationsberichte der F. \_\_\_\_\_ Klinik vom 14.12.1994 und 30.1.1995 (SUVA-act. 34 f.), die kreisärztliche Untersuchung vom 19.4.1995 (SUVA-act. 39a), die Beurteilung des IV-Arzt vom 17.8.1995 (IVSTA-act. 13 S. 2), die Kontrollbericht der F. \_\_\_\_\_ Klinik vom 19.12.1996 (SUVA-act. 69b), die Arztzeugnisse vom 24.12.1996 (SUVA-act. 62) und 13.7.2000 (SUVA-act. 76); im Neuanmeldungsverfahren wurden zahlreiche weitere Berichte eingereicht, die den Privatgutachtern offensichtlich nicht vorlagen (vgl. IVSTA-act. 6 S. 1, 8 S. 3, 8 S. 7, 15 S. 1, 15 S. 2, 15 S. 4, 36 S. 1, 37, 43, 48, 51, 59 f., 63, 90 S. 45, 90 S. 50). Insbesondere bleibt zu erwähnen, dass die Privatgutachterinnen - trotz rechtlicher Vertretung des Beschwerdeführers im Vorbescheidverfahren und Hinweis der damaligen Rechtsvertreterin auf das Gutachten (vgl. IVSTA-act. 101 S. 1) - ihre Schlüsse in Unkenntnis des PMEDA-Gutachtens vom 23. September 2013 (IVSTA-act. 90 S. 1 ff.) gezogen haben. Bereits der Umstand, dass das - notabene nur bidisziplinäre - Privatgutachten die Vorakten nicht ansatzweise vollständig gewürdigt hat, spricht gegen dessen Beweiswert (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6713/2014 vom 26. September 2016 E. 4.8). Weiter weist die Vorinstanz zu Recht darauf hin, dass die medizinischen Akten bis April 1995 der Würdigung sowohl in UV-rechtlicher als auch in IV-rechtlicher Hinsicht durch das Sozialversicherungsgericht des Kantons Y. \_\_\_\_\_ und das Bundesgericht unterlagen und rechtskräftig festgestellt worden ist, dass die Unfallfolgen ausgeheilt sind und zu Recht auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten geschlossen worden ist. Weiter weist die Expertenkommission darauf hin, dass das Privatgutachten in sich widersprüchlich sei, wenn einerseits gesagt werde, der Beschwerdeführer setze seine rechte Hand ein, andererseits darauf hingewiesen werde, dass er wegen seiner Verletzungen an der rechten Hand keine Arbeit mehr finde. Hinzu kommt, dass gemäss den Privatgutachtern die attestierte posttraumatische Belastungsstörung seit dem Unfall vorliege, der psychiatrische Teilgutachter in der PMEDA jedoch wenige Monate zuvor eine solche Erkrankung ausschloss und dies auf klare Befunde abstützte; zu dieser abweichenden Befundung haben sich die Privatgutachter - wie gesagt - nicht geäußert. Nicht entscheidend sind zudem die vom psychiatrischen Privatgutachter genannten Testungen, zumal das Bundesgericht wiederholt festgehalten hat, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die klinische Untersuchung ausschlaggebend ist (vgl. Urteil BGer 9C\_255/2014 vom 29. April 2014 E. 3.2). Schliesslich äussern sich die Privatgutachter nicht ansatzweise zur mehrfach von den Gutachtern festgehaltenen demonstrativen Darbietung von funktionellen Einschränkungen und Beschwerden

(IVSTA-act. 90 S. 35). Dem Privatgutachten ist daher der Beweiswert abzusprechen und für das vorliegende Beschwerdeverfahren ist vollumfänglich auf das eingehende und schlüssige Gutachten der PMEDA abzustellen. Auch die Beurteilung der Expertenkommission vom 5. Februar 2015 hinsichtlich der neurologischen Untersuchung vom 14. Oktober 2014 ist zu bestätigen (vgl. E. 4.7.6). Die beiden Berichte von Dr. M. D.b. \_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2009 und 14. Oktober 2014 enthalten ähnliche Feststellungen. Im späteren Bericht werden sogar leicht bessere Nervenleitgeschwindigkeiten festgehalten. Der Bericht vom 14. Oktober 2014 enthält zudem keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Es kann daher auf die Ergebnisse und Würdigung der Arbeitsfähigkeit durch den neurologischen Teilgutachter der PMEDA abgestellt werden.

#### **E. 4.9**

Die Vorinstanz hat damit im angefochtenen Entscheid zu Recht auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ab Gutachtensdatum, mit Ausnahme von schweren Tätigkeiten, geschlossen (vgl. dazu auch E. 5.2). Wie sie zu Recht ausführt, liegt sowohl in somatischer als auch psychiatrischer Hinsicht keine rentenrelevante Erkrankung (mehr) vor. Die von den Experten festgehaltene Medikamentenabhängigkeit ist einerseits gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht rentenrelevant (vgl. Urteil 9C\_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2), eine eigenständige Erkrankung als Folge des Medikamentenmissbrauchs ist den medizinischen Akten nicht zu entnehmen und dem Beschwerdeführer ist in Anbetracht der von den PMEDA-Gutachtern festgehaltenen Diagnosen zuzumuten, einen ärztlich begleiteten Entzug durchzuführen, der ihm in Beachtung des Schadenminderungsprinzips die Aufnahme einer uneingeschränkten Erwerbstätigkeit ermöglicht. Zu den möglichen angepassten Erwerbstätigkeiten gehört auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als "Maschinenführer" (Kran, [Klein-]Bagger).

#### **E. 5**

Abschliessend sind der von der Vorinstanz errechnete Erwerbsvergleich und der ermittelte Invaliditätsgrad zu überprüfen.

#### **E. 5.1**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserslass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V

222).

## **E. 5.2**

Die Vorinstanz hat im Neuanmeldungsverfahren, nach erfolgter Expertise, geschlossen, dass der Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit (darunter auch seine bisherige Tätigkeit als "Maschinenführer" [Kran, {Klein-}Bagger]) seit Gutachtensdatum wieder vollschichtig ausüben könne. Damit hat sie sinngemäss - in Vornahme eines Prozentvergleichs (vgl. dazu BGE 114 V 310 E. 3c; Urteil des BGer 9C\_310/2009 vom 14. April 2010 E. 3.2) - auf eine Invalidität von 0% geschlossen und dementsprechend keinen Einkommensvergleich mehr durchgeführt (der letzte stammt vom 21. Dezember 2010 [IVSTA-act. 65]), was aufgrund des oben Gesagten nicht zu beanstanden ist. Dieser Invaliditätsgrad gibt keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente.

## **E. 5.3**

Daran ändert sich nichts, wenn - gestützt auf die Feststellungen der PMEDA-Gutachter und der Beurteilung des RAD vom 9. Oktober 2013 - ein aktualisierter Einkommensvergleich durchgeführt wird, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

### **E. 5.3.1**

Die Vorinstanz hat im zuletzt durchgeführten Einkommensvergleich vom 21. Dezember 2010 zur Berechnung des Valideneinkommens statt auf den letzten Lohn des Beschwerdeführers im Jahre 1993 von CHF 3'900.- (indexiert bis 2014 gemäss Schweizerischem Lohnindex, BFS 2016: 1993 [Index: 1'743], 2014 [Index: 2'220], ergebend: CHF 4'967.30 [CHF 3'900 / 1'732 \* 2'220]) zu seinen Gunsten auf die Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik (BFS) abgestellt (ergebend entsprechend der nachfolgenden Berechnung: CHF 6'034.10). Dem Tabellenlohn des Jahres 2014 (TA1 des BFS, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, des Arbeitsplatzes und Geschlecht, Privater Sektor, Männer, Anforderungsniveau 4 [einfache und repetitive Tätigkeiten], Ziff. 41-43, Baugewerbe) ist ein Valideneinkommen von CHF 5'816.00 für 40 Std./Woche für das Jahr 2014 zu entnehmen. Umgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.5 Std./Woche (für das Jahr 2014) beträgt der Bruttolohn beziehungsweise das Valideneinkommen CHF 6'034.10 ( $\{5'816.00 : 40\} \times 41.5$ ); vgl. IVSTA-act. 65).

### **E. 5.3.2**

Das Invalideneinkommen setzt sich aus den Tabellenlöhnen für "leichte Verweistätigkeiten mit einer geringen Einschränkung" mit einem Anforderungsprofil 4 [einfache und repetitive Tätigkeiten] aus folgenden Bereichen zusammen: "Erbringung von sonstigen [einschliesslich persönlicher] Dienstleistungen" (Ziff. 94-96; Monatslohn: CHF 5'989.00), "Grosshandel, Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen" (Ziff. 45-46; Monatslohn: CHF 5'848.00), "Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen" (Ziff. 77-82; Monatslohn: CHF 5'228.00), was für das Jahr 2014 einen durchschnittlichen Monatslohn (bei 40 Std./Woche) von CHF 5'688.33 für Herren ergibt. Umgerechnet auf die für die im Jahr 2014 übliche durchschnittliche Arbeitszeit (Durchschnittswert der erwähnten Wirtschaftsabteilungen [ $\{42.0 + 41.2 + 41.8 \text{ Stunden}\} : 3$ ]) von gerundet 41.7 Stunden pro Woche und einem Arbeitspensum von 100% ergibt dies einen Durchschnittswert von CHF 5'930.08 ( $\{5'688.33 : 40 \text{ Std.}\} \times 41.7 \text{ Std.}$ ). In Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10% ( $5'930.08 - 10\% = \text{CHF } 5'337.08$ ) resultiert bei einer zumutbaren Tätigkeit von 100% ein Invalideneinkommen von CHF 5'337.10

### **E. 5.3.3**

Unter Berücksichtigung eines Valideneinkommens von CHF 6'034.10 und eines Invalideneinkommens von CHF 5'337.10 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 11.55% beziehungsweise gerundet 12% ( $\frac{\{CHF\ 6'034.10 - CHF\ 5'337.10\} \times 100}{6'034.10}$ ). Auch dieser Invaliditätsgrad ergibt keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **E. 5.4**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass zwischen der rechtskräftigen Verfügung vom 19. Dezember 1995 und der angefochtenen Verfügung vom 10. September 2014 vorübergehende, zeitlich eingeschränkte Gesundheitsverschlechterungen vorlagen, die jedoch keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 IVG zur Folge hatten. Die Vorinstanz hat mit angefochtener Verfügung vom 10. September 2014 zu Recht auf einen Invaliditätsgrad von 0% geschlossen und das Rentenbegehren abgewiesen bzw. auch bei Abstellen auf eine angepasste Tätigkeit, ausgeübt zu 100%, ergäbe der Einkommensvergleich keinen Invaliditätsgrad von mindestens 50% (Art. 29 Abs. 4 IVG; vgl. E. 3.3.4 f.), der Anspruch auf eine Invalidenrente gibt. Die Beschwerde ist damit vollumfänglich abzuweisen.

### **E. 6**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

#### **E. 6.1**

Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 1, Art. 2 und Art. 3 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der Beschwerdeführer hat jedoch mit Rechtsmitteleingabe vom 15. Oktober 2014 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ersucht. Am 4. Juni 2015 hat der zuständige Instruktionsrichter das Gesuch gestützt auf Art. 65 Abs. 1 VwVG gutgeheissen, zumal der Beschwerdeführer den Nachweis der Mittellosigkeit erbracht hat und das Begehren nach summarischer Prüfung nicht aussichtslos erschien (vgl. B-act. 20). Demzufolge werden keine Verfahrenskosten erhoben.

#### **E. 6.2.1**

Keinen Anspruch auf Parteientschädigung hat der unterliegende Beschwerdeführer (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario), soweit sie auf Aufwendungen abstützen, die der früheren Rechtsvertreterin mit Beschwerdeeingabe vom 15. Oktober 2014 erwachsen sind. Die Vorinstanz hat gemäss Art. 7 Abs. 3 VGKE ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Rechtsvertreter des unterliegenden Beschwerdeführers, Dr. iur. André Largier, der mit Zwischenverfügung vom 4. Juni 2015 als amtlich bestellter Anwalt eingesetzt wurde (Art. 65 Abs. 2 VwVG), hat für seine Aufwendungen ab Einreichung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege (B-act. 3) Anspruch auf ein amtliches Honorar zu Lasten der Gerichtskasse.

#### **E. 6.2.2**

Die Entschädigung des Rechtsvertreters wird mangels Einreichung einer Kostennote unter Berücksichtigung des meist gebotenen und aktenkundigen Aufwandes (Eingaben vom 18. November 2014 [Mandatsanzeige], 1. Dezember 2014 [Fristerstreckungsgesuch], 16. Januar 2015 [Erstbegründung zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege], 12. März 2015 [Ersuchen um Aktenzustellung], 15. April 2015 [Replik inkl. Begründung zum Gesuch um

unentgeltliche Rechtspflege]) auf CHF 2'500.- (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt (Art. 65 Abs. 5 VwVG i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. a VGG und Art. 14 Abs. 2 VGKE).

### **E. 6.2.3**

Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so ist er verpflichtet, dem Bundesverwaltungsgericht Honorar und Kosten des Rechtsanwalts zu vergüten (Art. 65 Abs. 4 VwVG). (Dispositiv auf der nachfolgenden Seite)

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