

BVGer C-6355/2016 vom 2. Mai 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6355_2016

FR: TAF C-6355/2016 du 2 mai 2018

IT: TAF C-6355/2016 del 2 maggio 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

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. 1.2

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. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (nachfolgend: Abkommen Jugoslawien, SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b, 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit mehreren Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Mazedonien), nicht aber mit Bosnien und Herzegowina, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als Bürger von Bosnien und Herzegowina findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 sowie die entsprechende Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 betreffend die Durchführung des Abkommens (SR 0.831.109.818.12) Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen

die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit - wie vorliegend - nichts anderes bestimmt ist (vgl. Urteile des BVGer C-3416/2013 E. 4.1 vom 26. Mai 2014 und C-1537/2014 vom 14. April 2016 E. 2.1). Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich daher ausschliesslich aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften. Insbesondere besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil BVGer C-7557/2009 vom 29. November 2011 E. 4.2 mit Hinweis).

E. 2.2

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze 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: 13. September 2016) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 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 neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV respektive des ATSG und der ATSV ist auf die Fassungen abzustellen, die für die Beurteilung eines Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen (Leistungsbegehren vom 26. März 2014 [IV 112]), weshalb insbesondere das IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 (5. IV-Revision; AS 2007 5129) und die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201; in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Teilrevision) massgebend sind. Zu beachten ist für Ansprüche ab dem 1. Januar 2012 zudem das IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659] und die IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden - falls nichts Gegenteiliges vermerkt - die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung zitiert.

E. 2.3

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. 2.4

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungs-grundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht erfasst jedoch nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. 1983, S. 43 und 273).

E. 2.5

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse 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 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Das Risiko der Nicht-Beweisbarkeit, also die objektive Beweislast, trägt für leistungsbegründende Tatsachen die versicherte Person (BGE 139 V 547 E. 8.1; vgl. auch Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, N 1536 ff.). 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 157 E. 1d; 122 II 464 E. 4a; 120 Ib 224 E. 2b).

E. 3.1

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabebereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres 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 ATSG) sind (Bst. b und c). Ausserdem muss eine versicherte Person beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Mindestbeitragsdauer von drei Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG, in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung [AS 2007 5129]) Beiträge an die schweizerische Al-ters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet haben. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestritten während mehr als drei Jahren Beiträge an die AHV/IV geleistet (vgl. IV 30, 182; B-act. 14), sodass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist. Zu prüfen bleibt demnach, ob der Beschwerdeführer invalid im Sinne des Gesetzes ist.

E. 3.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG) und kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende, ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden, ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine solche liegt zudem nur vor, insoweit sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; siehe hierzu ausführlich das diesem Verfahren vorgehende Urteil C-8198/2010 E. 2.5).

E. 3.3

Die Invalidenversicherung wird als finaler Sozialversicherungszweig verstanden. Sie erbringt Leistungen bei Invalidität, ungeachtet dessen, ob diese auf einer Krankheit oder einem Unfall beruht. Die Invalidität bildet dabei sowohl Leistungsvoraussetzung als auch versichertes Risiko, ungeachtet der Ursache (vgl. Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 4. Aufl., § 23 Rz. 14). Bei IV-Renten handelt es sich um Ersatzeinkommen für ein vermindertes oder weggefallenes Erwerbseinkommen, dessen Beeinträchtigung durch das von der Sozialversicherung abgedeckte Risiko (hier: Invalidität) bewirkt worden ist. Nicht in diese Kategorie eingeordnet werden Leistungen, die einen genugtuungsähnlichen Charakter haben wie beispielsweise Entschädigungen für einen Integritätsschaden in der Unfallversicherung (vgl. Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, Vorbemerkungen zu § 38 Rz 2). Ein Anspruch auf eine Invalidenrente der Schweizer Invalidenversicherung kann demnach nur entstehen, wenn eine Invalidität in einem genügenden Umfang besteht (mind. 40 % resp. 50 %; siehe hiernach E. 3.4) und während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet wurden (oben E. 3.1). Weshalb die Invalidität besteht, ist nicht massgebend. Eine Entschädigungspflicht allein aufgrund dessen, dass eine versicherte Person in der Schweiz gearbeitet hat und seine invaliditätsbedingte Einschränkung gestützt auf seine Tätigkeit oder beispielsweise Unfallereignisse während seinem Aufenthalt in der Schweiz zurückführt, kennt die Schweizerische Invalidenversicherung nicht.

E. 3.4

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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. Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (vgl. Art. 29 Abs. 4 IVG), soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Nach der Rechtsprechung stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 (oben E. 2.1) enthält keine von dieser Regel abweichende Vereinbarung, weshalb dem in Bosnien und Herzegowina lebenden Versicherten nur Renten ab einem Invaliditätsgrad von 50 % ausgerichtet werden können.

E. 3.5.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

E. 3.5.2

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV).

E. 3.5.3

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (E. 3.5.1 und 3.5.4) vorzugehen (AHI 1999 S. 84 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 zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.5.4

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29) - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung. Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis - vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision - bei einer weiteren Neuanschuldung entgegen halten lassen (BGE 133 V 108 E. 5.3 130 V 71 E. 3.2.3 AHI 1999 S. 84 E. 1b).

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).

E. 3.6.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 3.6.3

Bezüglich 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 der Experten begründet sind. 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 das Urteil BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 3.6.4

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit 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.

E. 3.6.5

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine 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. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2, 1999 KV Nr. 22 E. 3b; AHI 2001 S. 115

E. 3b ee).

E. 4.1

Es liegt eine Verfügung im Streit, mit der die Vorinstanz auf die Neuankündigung des Beschwerdeführers vom 4. Januar 2014 (IV 99) eingetreten ist, das Gesuch materiell geprüft und abgewiesen hat mit der Begründung, es lägen zwar eine gesundheitsbedingte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit und eine Verschlechterung seit der ersten Beurteilung vom 13. Januar 2009 (IV 93) vor, diese seien jedoch nicht rentenrelevant (IV 198).

E. 4.2

Der Beschwerdeführer rügt eine ungenügende Sachverhaltsermittlung und eine unkorrekte Anwendung des Sozialversicherungsrechts. Die medizinischen Befunde seien im Gesamtzusammenhang ungenügend und unvollständig bewertet worden, insbesondere seien die Folgen des Unfalls vom 25. August 1987 ignoriert worden. Er sei krank und nicht in der Lage, irgendwelche Arbeiten auszuüben. Er sei auch nicht in der Lage, sich aufrecht zu bewegen oder zu stehen. Die Ablehnung des Anspruchs sei insofern nicht nachvollziehbar, weil die Invalidität - abgesehen vom Unfall im Jahr 1987 - auch in einem Zusammenhang mit der in der Schweiz ausgeübten Tätigkeit (Arbeit bei der C._____) stehe (B-act. 1).

E. 4.3

Nachfolgend ist zu prüfen, ob sich seit der letzten rechtskräftigen Abweisung des Rentenanspruchs die Voraussetzungen einer rentenbegründenden Invalidität insofern verändert haben, als sie nunmehr erfüllt wären, was die Vorinstanz verneint. Insbesondere ist aufgrund der umfangreichen medizinischen Dokumentation aus Bosnien und Herzegowina und der Schweiz zu klären, ob die geprüfte Verschlechterung des Gesundheitszustands rechtsgenügend abgeklärt und das anwendbare Recht gestützt auf die aus dem ermittelten Sachverhalt ergangenen Erkenntnisse korrekt angewendet wurde. Dabei ist - in Anwendung der Revisionsregeln nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - auf den Vergleichszeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 13. Januar 2009 abzustellen (siehe oben E. 3.5.3 f.). Wie der Beschwerdeführer trotz seines Hinweises, die gesundheitliche Situation sei Folge seines Unfalls auf dem Weg zur Arbeit in der Schweiz und der Tätigkeit bei der C._____, in der Beschwerde zu Recht festhält, ist vorliegend nicht mehr auf die Rechtmässigkeit der rechtskräftigen Verfügung vom 13. Januar 2009 zurückzukommen.

E. 4.4

Um die behauptete Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu prüfen, werden vorab die massgebende aktenkundige Diagnostik und die damit verbundenen Beurteilungen dargelegt.

E. 4.4.1

Der Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 31. August 1987 des Universitätsspitals D._____, Unfallchirurgische Klinik, betreffend die Hospitalisation vom 25. - 27. August 1987 sind die Diagnosen Commotio cerebri, Verdacht auf Schädelbasisfraktur und Rissquetschwunde Stirn, zu entnehmen. Der Patient sei als Fussgänger mit einem Tram kollidiert und zirka 5 Minuten bewusstlos gewesen. Das Sensorium sei während des Transports ins Spital aufgeheitelt. Der Patient habe anfänglich über Nausea geklagt. Diese sei während der Hospitalisation abgeklungen. Die neurologische Überwachung habe andauernd konstante und unauffällige Verhältnisse gezeigt. Der Neurostatus sei bei Spitalaustritt

unauffällig gewesen. Eine frische Nasenbeinfraktur habe klinisch und radiologisch ausgeschlossen werden können. Am ersten Hospitalisationstag habe sich ein Monokelhämatom links ausgebildet, sodass die Verdachtsdiagnose einer Schädelbasisfraktur gestellt worden sei. Deswegen sei der Patient mit Bactrim abgeschirmt worden (IV 38). Gemäss der Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 17. Juni 1988 wurde am 31. Mai 1988 die bei dem Unfall vom 25. August 1987 erlittene Nasenbeinfraktur im Universitätsspital, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, mit einer Septorhinoplastik operiert. Der initiale postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen (IV 39-40).

E. 4.4.2

Für das MEDAS-Gutachten des E. _____, (...), vom 22. August 2008, wurde der Explorand von Dr. N. _____ (Chirurgie und Manualmedizin SAMM; allgemeinmedizinischer und chirurgisch-traumatologisch/manualmedizinischer Befund), Dr. O. _____ (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, FRSM (...), neurologischer und klinisch-neuropsychologischer Befund), Dr. P. _____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH; psychischer Befund), Dr. Q. _____ (Neuropsychologie FSP; neuropsychologische Testuntersuchung) begutachtet (IV 76). Die Gutachter diagnostizierten in somatischer Hinsicht lumbovertebrale Schmerzen bei nachgewiesener Degeneration im Bereich L5/S1 und L4/L5 (radiologisch bestätigt), ohne konsistente Hinweise auf eine Nervenwurzel-Kompression, mit medizinisch nicht erklärbarer Schmerzausweitung (ICD-10 M54.5) und in psychisch/geistiger Hinsicht eine Dysthymia aufgrund ungünstiger sozio-ökonomischer Bedingungen (ICD-10 F 34.1) Zur festgestellten Einschränkung der Lendenwirbelsäule führten die Gutachter im Wesentlichen aus, hier liege ein degenerativer Prozess eo ipso vor; dieser könne weder mit dem Unfall im August 1987 noch durch Verschleiss bei der Arbeit bei der C. _____ begründet werden. Das Ausmass der Beschwerden und der funktionellen Einschränkungen, die der Explorand zeige, seien aber nicht mit dem festgestellten Befund erklärbar, was jedoch nichts daran ändere, dass ein erheblich degenerativ geschädigtes Segment L5/S1 vorliege, das selektiv und lokal zu Beschwerden führen könne. Nicht erklärbar seien die beidseitigen Schmerzausstrahlungen in die Peripherie, die auch nicht im Sinne einer pseudoradikulären Schmerzausstrahlung erklärt werden könnten. Gestützt auf diese Befunde seien repetitive Arbeiten in Zwangspositionen der Wirbelsäule mit zusätzlicher Gewichtsbelastung von über 5 kg nicht mehr zumutbar. Sporadisch könne der Explorand mit richtiger Hebeteknik zweifellos Gewichte bis 15 kg heben. Arbeiten in Wechselpositionen seien sinnvoll. Ausschliesslich sitzende Arbeit am PC sei nicht zumutbar, ebenso wenig eine Arbeit am Fliessband mit monotonem Stehen. In neurologischer Hinsicht ergaben die Befunde weder Beeinträchtigungen noch Hinweise für eine nennenswerte hirnorganische Pathologie. Eine beim Tramunfall am 25. August 1987 erlittene schwerwiegende psychoorganische Störung mit geistigen Beeinträchtigungen sei schon aufgrund der beruflichen Anamnese nach diesem Zeitpunkt ausgeschlossen, aber auch aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung, bei der der Explorand nachweislich kooperativ mitgemacht habe. Zur vom Exploranden geltend gemachten kardiologischen Erkrankung und zu den entsprechenden Angaben von Dr. R. _____, Internist und Kardiologe (IV 74.2, 75 = 76.31-32), führten die Experten aus, diese sei in den vorliegenden ärztlichen Befundberichten nicht dokumentiert. Rein klinisch ergäben sich auch keine Hinweise dafür. Weiter ergaben sich bei der Begutachtung keine Hinweise auf eine krankheitswertige psychische Störung. Der Explorand sei zwar in dysphorischer Stimmung gewesen, aber es gebe weder Hinweise für eine schwerwiegendere affektive Störung, noch eine depressive Episode noch psychotische

Symptome, wie die behandelnde Neuropsychiaterin angebe. Es lägen auch keine Symptome zu einer PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) vor, auch nicht betreffend die Erlebnisse im Bosnienkrieg. Der Explorand habe explizit verneint, dass er anlässlich des Jugoslawienkriegs unmittelbare Kriegserfahrungen gemacht habe. Diesbezüglich seien die Ausführungen von Dr. S._____, Neurologe und Psychiater (IV 27), nicht nachvollziehbar. Auch die beiden Scheidungen seien nicht medizinisch begründet, wie Dr. R._____ in seinem Bericht vom 5. August 2008 (IV 74.1 = 76.30) angegeben habe. Eine somatoforme Schmerzstörung könne auch nicht diagnostiziert werden, da ursächliche Faktoren dazu fehlten. Es lägen hingegen sozio-ökonomische Schwierigkeiten vor, die nach der Aufgabe der Arbeit eingetreten seien. Es handle sich um nicht-medizinische Belastungsfaktoren, die geeignet seien, die Befindlichkeitsstörungen im Sinne einer Dysthymia herbeizuführen. Die Gutachter führten weiter aus, die lumbale Schmerzproblematik könne mit medizinischen Massnahmen verbessert werden. Die Dysthymia entziehe sich einer medizinischen Behandlung, weil die auslösenden Faktoren nicht medizinischer, sondern sozio-ökonomischer Natur seien. Die zuletzt ausgeübte schwere Tätigkeit sei jedoch wegen der lumbalen Problematik ab 2005 nicht mehr zumutbar gewesen, was sich bis heute (August 2008) nicht geändert habe. Ab diesem Zeitpunkt sei aber eine angepasste Tätigkeit entsprechend dem angegebenen Profil (Arbeiten in Wechselposition mit Heben bis 5 kg, sporadisch mit richtiger Hebetechnik bis 15 kg, keine ausschliesslich sitzende Tätigkeit, keine Arbeit am Fließband mit monotonem Stehen; fluktuierender Arbeitsrhythmus) möglich und zumutbar gewesen.

E. 4.4.3

Gestützt auf dieses Gutachten führte das Expertengremium der IVSTA am 9. Oktober 2008 aus, die Expertise schliesse eine Invalidität aus psychischer Sicht, insbesondere Stress infolge eines Traumas, aus. Die Arbeitsunfähigkeit sei nur durch die Beeinträchtigung der Wirbelsäule bedingt und nicht im Unfall aus dem Jahr 1987 begründet (IV 82). Im Nachgang zu den vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren eingereichten Beurteilungen des Internisten und Kardiologen Dr. R._____ vom 15. und 22. August, vom 25. September und vom 5. November 2008 (IV 87-88 = 89.3, 89.5-8) nahm das Expertengremium am 18. Dezember 2008 nochmals Stellung und führte aus, dass diese Akten ohne Beweiswert seien (IV 91).

E. 4.5

Im Nachgang zur Verfügung vom 13. Januar 2009 und mit der Neuanmeldung vom 4. Januar 2014 reichte der Beschwerdeführer folgende massgebenden medizinischen Akten ein: Dr. T._____, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 28. September 2009 (IV 94.1-2 = 109.20 = 126 = 149.18); Dr. G._____, Radiologie, vom 28. September 2009 (IV 94.3 = 97.3 = 105 = 109.13 = 114.15 = 127 = 149.10 = 189.3); Dr. L._____, Neuropsychiaterin, vom 30. September 2009 (IV 94.4 = 109.10 = 114.12 = 128 = 149.27); Dr. F._____, Internist und Neurologe, vom 5. September 2005, eingereicht am 27. Januar 2010 (IV 97.1); Dr. L._____, Neuropsychiaterin, Kurzberichte der Kontrollen vom 18. Oktober 2010 (IV 100 = 109.9 = 114.11 = 149.32), 24. September 2012 (IV 101 = 109.8 = 114.10 = 135 = 149.30), 26. März 2013 (IV 102 = 109.7 = 114.8 = 134 = 149.29), vom 31. Oktober 2013 (IV 103 = 109.6 = 114.9 = 133 = 149.28), vom 3. Februar 2014 (IV 109.5 = 114.7 = 132 = 149.14), 5. März 2014 (IV 109.3-4 = 114.5-6 = 131 = 149.8-9), vom 28. September 2016 (IV 189.1 = 191); Dr. T._____, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, Kurz- und Verlaufsberichte vom 24. Juli 2013 (IV 104.1 = 109.18 =

114.18 = 138 = 149.16), vom 28. Oktober 2013 (IV 104.2 = 109.18 = 114.18, ev. Fortsetz. S. 19 = 125.1, 137 - 138), vom 4. Februar 2014 (IV 109.14 -15 = 114.16-17 = 136 = 149.5), vom 18. Februar 2014 und vom 10. März 2014 IV 109.17 = 149.6, nicht übersetzt); sowie Therapieprogramm für Physiotherapie, Gesundheitszentrum (...), Abteilung für physikalische Medizin und Rehabilitation für den Zeitraum vom 24. Juli 2013 - 6. August 2014 (IV 106); Dr. R._____, Internist, Kardiologe, Bericht vom 26. September 2013 (IV 109.26 = 114.25 = 140 = 149.19) und vom 20. Oktober 2014 (IV 123 = 124); Dr. U._____, Ophthalmologie, Kurzbericht vom 5. Februar 2014 (IV 109.22 = 114.21 = 149.34); Laborbericht vom 28. Februar 2014 (IV 148); Dr. V._____, Radiologie, Kurzbericht Röntgen HWS und LWS vom 3. März 2014 (IV 109.21 = 114.20 = 139 = 149.33); Dr. W._____, Kurzbericht vom 4. März 2014 (ohne Übersetzung; IV 109.23 = 114.22 = 149.7); Anmeldung/med. Beurteilungen Sozialversicherung Bosnien und Herzegowina, Dr. X._____, Arbeitsmedizin, vom 15. März 2014 (IV 109.1-2 = 114.1-2 = 130 (nur 1. Seite übersetzt) = 149.3-4); Dr. Y._____, vom 20. Juli 2014 (IV 109.24 = 114.23, unleserlich, ohne Übersetzung); Neurologische und psychiatrische Praxis Z._____, (...), Elektromyographie (EMG) vom 14. November 2015 (IV 189.4-7 = 193); Prof. Dr. M._____, Neuropsychiater, vom 28. April 2016 (IV 189.2 = 192).

E. 4.5.1

Dr. G._____, Radiologe, führte zum Schädel-MRI vom 28. September 2009 aus, die Sulci auf der Konvexität hätten normale Grösse. Das Kammersystem habe eine normale Erscheinung und Position. Der kortikomekdule Kontrast sei in normalen Grenzen, aber parietal über die lateralen Kammern auf der linken Seite sehe man in der weissen Gehirnmasse eine Läsion von zirka 4 mm, die in T2-W eine verstärkte Intensität, Signal habe. Sie entspreche einer punktförmigen Mikroblutung, höchstwahrscheinlich posttraumatischer Natur. Infratentoriell seien keine pathologischen Veränderungen zu sehen (IV 105).

E. 4.5.2

Die behandelnde Neuropsychiaterin Dr. L._____, verwies in ihren Verlaufsberichten auf Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Einschlafen der Arme und Nackenschmerzen und auf das Schädel-MRT vom 28. September 2009 (oben E. 4.5.1), bei welchem hämorrhagische Veränderungen festgestellt worden seien. Der neurologische Befund sei ohne neues neurologisches Defizit, und in psychischer Hinsicht lägen depressive Verstimmungen vor. Sie diagnostizierte eine Cephalaea, eine Depression (ICD-10 F32) sowie eine Mikroblutung aa IV cerebri (vgl. Bericht vom 18.10.2010 [IV 100]). Im Bericht vom 24. September 2012 diagnostizierte sie zusätzlich eine Angststörung (ICD-10 F40). Zum Befund ergänzte sie, der Patient habe ausserdem Atmungsbeschwerden, Schwitzen und Angstanfälle (vgl. IV 101). Am 26. März 2013 stellte sie eine Verbesserung mit Anxiolytika fest (IV 102). Im Befund vom 31. Oktober 2013 stellte sie unter Beurteilung der bisher festgestellten Befunde sinngemäss fest, dass es dem Patienten besser gehe, wenn er die Medikamente länger eingenommen habe. Am 3. Februar 2014 gab sie an, der Patient glaube, die medizinische Therapie sei ungenügend. Sie diagnostizierte weiterhin eine Depression (F32) und eine depressive Störung, gemischt mit Angst (F41.2), sowie zusätzlich eine Cephalaea Sy CB und eine chronische Lumboischialgie und passte die Medikation an (IV 132). Im Bericht vom 5. März 2014 wird angegeben, der Patient mache Schwindel geltend. Er sei draussen zweimal gestürzt. Er habe auch Probleme mit der Lendenwirbelsäule (Discopathie L5/S1, Skoliose und Spondylose). In psychischer Hinsicht bestehe ein persistierendes depressives Tableau:

willenslos, adynamisch und mit reduziertem Instinkt. In neurologischer Hinsicht ergab sich ein positiver Romberg und Koordinationsbewegungen waren möglich (IV 131).

E. 4.5.3

Dr. T._____, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte am 24. Juli 2013 einen Status post contusionem capitis et corporis, ein chronisches Lumbosacralsyndrom mit einer lateralen Ischialgie links, ein klinisches Bild mit Angststörungen und Depression sowie ein Zervikalsyndrom. Er beschrieb in somatischer Hinsicht weiterhin subjektiv polymorphe Beschwerden mit vorherrschenden Schmerzen im Nacken, Brustkorb, Kopfschmerzen und Schmerzen im Kreuz mit gelegentlichem Ausstrahlen in die Beine, mehr ins linke Bein; Einschlafen der Glieder und gelegentliche Krämpfe. Der Patient verbinde die meisten Beschwerden mit einem vor zwanzig Jahren erlittenen Verkehrsunfall (IV 138). Am 28. Oktober 2013 bestätigte der Arzt im Wesentlichen die bisherigen Befunde. Der Patient gebe an, die durchgeführte Physiotherapie habe subjektiv keine Verbesserung erzielt. Der klinische Zustand habe sich nicht wesentlich verändert (IV 137 f.).

E. 4.5.4

Dr. X._____, Arbeitsmediziner, bezog sich in seinem Bericht vom 15. März 2014 zu Handen des bosnisch-herzegowinischen Versicherungsträgers auf den im Jahr 1987 erlittenen Verkehrsunfall mit Kopf-, Gesichts- und Rückenverletzungen und einer späteren Nasenoperation. Der Versicherte habe seither Kopfschmerzen, Schwindel und zeitweise Bewusstseinsverlust. Anamnestisch habe er ein Vorgefühl, dass er umfallen werde, und sitze ab, bis der Zustand der Verwirrung vorbei sei. Er beklage sich über eine generelle Schwäche, Schmerzen im ganzen Körper, meistens in der Lendenwirbelsäule, sei rasch müde bei wenig Anstrengung, die Atmung sei schwierig und er schwitze. Er schlafe schlecht und habe Alpträume, er habe das Gefühl, dass ihn jemand verfolge, er sei gerne allein. Dr. X._____ diagnostizierte einen Status post contusionem capitis et corporis, ein chronisches lumbovertebrales Syndrom mit lateraler Ischialgia links, ein Zervikalsyndrom, ein anxio-depressives Tableau und gestützt auf das Schädel-MRI vom 28. September 2009 eine punktförmige Mikroblutung. Der Versicherte sei nicht arbeitsfähig (IV 114.1-2, 130).

E. 4.5.5

Der Internist und Kardiologe Dr. R._____ verwies in seinem Bericht vom 20. Oktober 2014 im Wesentlichen auf seine früheren Berichte, bei welchen er sich bereits zu den irreversiblen Kopf-Verletzungen und weiteren Verletzungen der Organe des Patienten beim Unfall vom 25. August 1987 geäußert habe (siehe IV 76.30-32). Der Patient leide an Schwindel und Schmerzen. Er sei bei Bewusstsein, wenig mobil und verwirrt. Sein Zustand habe sich aktuell verschlechtert. Er sei vollständig arbeitsunfähig und bedürfe fremder Hilfe (IV 123 f.).

E. 4.5.6

Dem EMG-Bericht der neurologischen und psychiatrischen Praxis Z._____ (Unterschrift des unterzeichnenden Arztes unleserlich) vom 14. November 2015 ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass an den oberen Extremitäten des Patienten chronische neurogene Veränderungen radikulärer Genese beidseitig in Höhe C5-C6 und C8-Th1 und eine leichte bis mittlere Störung beim akzentuierten psychogenen Überbau vom depressiven Typ verzeichnet werden (IV 189.4-7 = 193).

E. 4.5.7

Der Neuropsychiater Prof. Dr. M. _____ berichtete am 28. April 2016 über seine Untersuchung des Patienten anlässlich der Invaliditätsabklärung in der Schweiz und verwies auf geltend gemachte Schmerzen entlang der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in den Kopf und alle Gliedmassen. Der Patient bringe die Kopfschmerzen mit dem Unfall vor 20 Jahren in Verbindung. Der Arzt verwies auf das Schädel-MRT von Dr. G. _____ vom 28. September 2009 (oben E. 4.5.1) und führte eine psychiatrische und neurologische Untersuchung durch. Betreffend der aktuellen medikamentösen Therapie empfahl er, diese sei weiterzuführen (IV 189.2 = 192).

E. 4.5.8

Die behandelnde Neuropsychiaterin Dr. L. _____ verwies in ihrem Kontrollbericht vom 5. Mai 2016 auf ihre aktuelle psychiatrische und neurologische Untersuchung, die weiter bestehenden Befunde und das EMG vom 14. November 2015. Sie stellte fest, der Patient nehme die verschriebene Therapie (IV 189.1 = 191).

E. 4.6

Im von der IVSTA auf Empfehlung ihres medizinischen Dienstes respektive des RAD (vgl. IV 142, 144, 159) eingeholten bidisziplinären Gutachten vom 15. Februar 2016 wurde der Beschwerdeführer von Dr. J. _____, FMH für Innere Medizin und FMH für Rheumatologie, und Dr. K. _____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, am 15. Januar 2016 begutachtet (IV 180). Dabei wurden verschiedene Röntgenuntersuchungen (LWS ap, lateral und Funktionsaufnahmen, Becken, MRI LWS inklusiv ISG nativ; je vom 15.01.2016) und eine Laboruntersuchung durchgeführt (vgl. IV 180.13 f.).

E. 4.6.1

Im rheumatologischen Teilgutachten führte der Gutachter aus, der affektive Kontakt sei gut, der Explorand schwingungsfähig. Er sei auf das Schmerzgeschehen fixiert, das unfallbedingt verstanden werde. Er wirke leicht gedrückt und antriebslos, die Mimik sei gering. Als rheumatologische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergab sich ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.4) mit intermittierend myofaszialem Beschwerdebild Gesäss/Oberschenkel beidseits und möglicher intermittierender claudicatio radicularis L5 linksbetont (ICD-10: M 51.1), aktuell ohne Zeichen einer radikulären Ausfallssymptomatik bei einer Osteochondrose und zirkulären Bandscheibenprotrusion LWK 5/SWK 1 mit nach infraforaminal reichendem Bandscheibenmaterial mit Spondylarthrose, mit Foraminalstenose der Nervenwurzel L5, links mehr als rechts (MRT vom 15.01.2016), beginnender Osteochondrose bei stabiler Impression Grundplatte LWK 2 (Schmorl'sches Knötchen) und Chondrose bis Osteochondrose LWK 3/4 und LWK 4/5, eine deutliche muskuläre Haltungsinsuffizienz und Anzeichen einer Dekonditionierung im Rumpf und rechtskonvexer Skoliose thorakolumbal. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden gestellt: Tramkollision mit Commotio cerebri, Nasenbeinfraktur und Rissquetschwunde am Hinterkopf vom 25. August 1987 (MRT Schädel 2009), eine Zysten-Operation am Gesäss zweimalig als Jugendlicher, eine einmalige Pneumonie 1988 während des Militärdienstes, eine ängstlich depressive Episode 2008, Senkfüsse beidseits, ein Status nach Periarthropathia humeroscapularis links, Dupuytren Strahl III und IV rechts und eine Hypomobilität des oberen Sprunggelenks links bei beginnend degenerativen Veränderungen radiologisch. Der Gutachter verwies auf die seit 2002 entwickelten

Schmerzen im unteren Rücken aufgrund degenerativen Veränderungen im unteren Bandscheibenfach. Die geklagten Schmerzen könnten auf die festgestellten degenerativen Veränderungen zurückgeführt werden, ebenso seien die ausstrahlenden Schmerzen im Bereich beider Hüften und in den Oberschenkeln ziehend durch die Überlastungssymptomatik mit verursacht. MR-tomographisch könne neu eine mittelgradige Spinalkanaleinengung, betont rezessal bis intraforamial, bei Bandscheibenprotrusion und Spondylarthrose mit foraminaler Stenose für die Nervenwurzel L5, links mehr als rechts, objektiviert werden. Die claudicatio-radicularis-Beschwerden träten bei Belastung, im Stehen sowie beim längeren Gehen auf und würden vom Exploranden genau so beschrieben. In den konventionellen Röntgenaufnahmen zeige sich eine leichte, rechtskonvexe Skoliose L5/S1 thorakolumbal sowie Osteochondrosen L3/4 und L5/S1 mit leichter Spondylarthrose L4/5 und L5/S1. Ebenso bestehe eine leichte Steilstellung respektive Aufhebung der lumbalen Lordosierung. Die Funktionsaufnahmen zeigten keine Gleitinstabilität zwischen den degenerativ veränderten Segmenten und es lägen keine Hinweise auf eine Coxarthrose vor. Dadurch sei die Belastbarkeit insgesamt im Bereich des Bewegungsapparats axial eingeschränkt. Bisher seien keine infiltrativen Massnahmen oder eine operative Dekompensation vorgeschlagen worden. Es bestehe ein deutliches Schonverhalten und es fehlten Kenntnisse über kompensatorische Trainingsmethoden, sei es physiotherapeutisch, gymnastisch und insgesamt rehabilitativ. Dies habe auch zur muskulären Dekonditionierung und deutlichen Zeichen der Haltungsinsuffizienz geführt. Durch medikamentöse Massnahmen mit Metamazol und einem nicht steroidalern Antirheumatikum könnten die Beschwerden mässig gut kontrolliert werden. Deutliche Beeinträchtigungen bestünden durch die Segmentdegeneration der unteren Lendenwirbelsäule mit auch intermittierend radikulärer Reizsymptomatik. Dadurch sei die Belastbarkeit eingeschränkt und nur eine adaptierte Verweistätigkeit möglich. Ressourcen seien vorhanden, insbesondere wenn therapeutische Massnahmen - bis hin zur Operation - geprüft würden. Ebenso seien im sozialen Bereich keine Einschränkungen objektivierbar. Die Vorbefunde seien nicht divergierend, im Vorgutachten 2008 sei die intermittierend vorhandene claudicatio radicularis als noch nicht so gravierend gesehen worden und sei insbesondere in der neurologischen Testung auch keine Ausfall- oder Reizsymptomatik vorgelegen. Die Voraussetzungen für ein Funktionieren in einem gesunden sozialen Kontext seien gegeben. Längeres Stehen und längeres Gehen seien beschwerdeverstärkend. Eine Arbeit werde nicht mehr ausgeübt, jedoch seien die Beschwerden bei Tätigkeiten im Haushalt und bei der Gartenarbeit sowie beim Spielen mit den Kindern, teilweise auch Fussballspielen, vorhanden. Ein sozialer Rückzug sei durchaus denkbar, insbesondere bestehe Vermeidungs- und Schonverhalten. Die körperlichen Beschwerden seien nach 2002 vernachlässigt und nicht regelrecht therapeutisch angegangen worden, sodass es zusätzlich zum verstärkten Beschwerdebild zu einer ausgeprägten Dekonditionierung und Fixierung auf das Krankheitsbild gekommen sei. Die bisherigen und angestammten Tätigkeiten als Kellner und Magaziner und Fahrer seien nicht mehr möglich, da Zwangspositionen, längeres Stehen und Gehen sowie Tragen nicht mehr ausgeführt werden könnten. Eine angepasste Tätigkeit sei, entsprechend dem MEDAS-Gutachten vom 22. August 2008, bereits im Jahr 2003 möglich gewesen. Eine wechselnd stehende, gehende und sitzende Tätigkeit im Umfang von 80 % könne unter Vornahme arbeitsergonomischer Massnahmen ausgeübt werden. Der Gutachter empfahl als medizinische Massnahmen infiltrative Massnahmen mit epiduraler Infiltration eines Glukokortikoides oder Nervenwurzelblockaden der Nervenwurzel L5 beidseits; dies aus diagnostischen und

therapeutischen Zwecken. Es sei auch die Möglichkeit einer operativen Dekompensation zu prüfen. Diese Massnahmen seien unabhängig von der aktuellen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wobei auch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nach Durchführen einer Operation nicht realistisch erscheine. Die Prognose sei beim Ergreifen der therapeutischen Massnahmen, auch gymnastischen Übungen, Kräftigung und Stabilisierung im Bereich der Wirbelsäule, als gut zu werten.

E. 4.6.2

Im Befund des psychiatrischen Teilgutachtens gab der Gutachter an, der Explorand sei freundlich und kooperativ und allseits orientiert. Die mnestischen Funktionen seien bei grober Prüfung unauffällig. Es gebe kein Gedankendrängen und kein Gedankenabreissen, die Gedanken seien konsistent. Es wurden keine Halluzinationen, Wahn- oder Zwangsvorstellungen und keine Derealisations- oder Depersonalisationssymptome festgestellt. Der Explorand sei affektiv leicht eingeschränkt schwingungsfähig, ohne durchgehende Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Traurigkeit. Er fühle sich etwas wertlos, weil er keine Arbeit habe, leide unter der Arbeitslosigkeit, gleichzeitig führe er als Grund immer wieder seine körperlichen Beschwerden an. Die Gemütslage sei eher etwas dysthym, gedrückt und in ihrer Schwingungsfähigkeit leicht eingeschränkt. Es finde sich aber kein Darniederliegen der Affektivität, mit Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Interesseverlust. Vielmehr wirke der Explorand durch seine sozioökonomische Situation belastet, auch durch das Scheitern seiner Ehen und den zum Teil fehlenden Kontakt zu seinen Kindern, die in der Schweiz lebten. Er habe das Gefühl, das Opfer widriger Umstände in seinem Leben zu sein und keinen Anteil daran zu haben. Er wirke kränkbar und wenig flexibel in seiner Anpassung an Lebenssituationen. Er mache einen passiven Ausdruck und externalisiere jegliche Gründe seiner Befindlichkeit nach aussen. Der Antrieb sei gegeben, die Gestik und Mimik sei unauffällig. Der Gutachter stellte keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er das Vorliegen von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit dysthymem, narzisstisch kränkbarem, etwas kindlichem Typ (ICD-10 Z73.1). Der Gutachter verwies auf die neuropsychiatrische Behandlung in Bosnien und darauf, dass darin immer wieder auf die Folgen des Unfalls vom 25. August 1987 hingewiesen werde. Jedenfalls der Explorand bringe seine Beschwerden lückenlos mit dem Unfall in Verbindung, dies werde von den behandelnden Ärzten so übernommen. Er werde angeblich mit Escitalopran und Alprazolam behandelt. Aufgrund der anlässlich des Gutachtens durchgeführten Laboruntersuchung zeigten die Werte indes, dass der Explorand nicht compliant sei. Aufgrund der Untersuchungsbefunde, den Angaben des Exploranden und der Aktenklage müssten gemäss ICD-10-Kriterien akzentuierte Persönlichkeitszüge festgestellt werden. Die Gemütslage sei in Übereinstimmung mit dem MEDAS-Gutachten vom 22. August 2008 als dysthym einzuordnen. Die Kriterien für eine leichte bis mittelgradig rezidivierende depressive Störung mit durchgehender gedrückter Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit oder verbunden mit Antrieb und erhöhter Ermüdbarkeit, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit, deutlich vermindertem Selbstwertgefühl, allenfalls auch Schuldgefühlen, negativ-pessimistischer Zukunftsperspektive und Suizidgedanken sowie Schlafstörungen und allenfalls auch ein Morgentief seien aktuell nicht erfüllt. Die vordringliche Ursache für die vorliegende dysthymische Gestimmtheit des Exploranden sei seine Kränkbarkeit wie auch die sozioökonomische Situation. Eine Angststörung liege nicht vor. Weiter stellte der Gutachter die Diagnose einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung. Der Explorand klagte über wechselhafte, den ganzen

Körper - vor allem die grossen Gelenke betreffende - Schmerzproblematik, die mit einem somatischen Befund alleine nicht erklärt werden könne. Gleichzeitig bestehe, komorbid, die psychiatrische Diagnose der akzentuierten Persönlichkeitszüge. Es sei für den Patienten schwierig, affektive innere Spannungen auszuhalten, zu psychisieren. Er neige dazu, sie zu somatisieren, dies unterhalte die Schmerzproblematik. Das Leiden des Exploranden konzentriere sich auf die körperlichen Beschwerden. Die in Bosnien festgestellten Diagnosen aus psychiatrischer Sicht könnten mit den anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunden nicht nachvollzogen werden. Es bestehe beim Exploranden eine erhebliche IV-fremde soziale Belastung (verheiratet in dritter Ehe, Kinder aus beiden ersten Ehen, mit denen er nicht zusammenleben respektive mit ihnen keinen regelmässigen Kontakt haben könne, Abhängigkeit von der finanziellen Unterstützung der Eltern, passives, zurückgezogenes Leben mit wenig sozialen Aktivitäten). Der Explorand werde von der Ehefrau und den Eltern betreut und müsse wenig Verantwortung und Eigeninitiative übernehmen, könne passiv bleiben und werde in seiner Krankheitsüberzeugung bestätigt. Er lebe in einer sozialen Umgebung, in der es für ihn schwer sei, eine Arbeit zu finden. Er habe insofern leicht reduzierte persönliche Ressourcen, begründet mit den akzentuierten Persönlichkeitszügen. Ansonsten bestehe keine erhebliche Beeinträchtigung auf der Ebene der Persönlichkeitsstörung. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Symptomen und dem Verhalten während der Untersuchung. Eine eigentliche, willentlich gesteuerte, manipulative, dramatisierende Darstellung der Symptome finde sich nicht. Er katastrophisiere seine Symptome, zeige eine deutliche Fixierung und Selbstlimitierung. Das Aktivitätsniveau sei in verschiedenen Lebensbereichen auch willentlich gesteuert reduziert. Es bestehe ein gewisser Leidensdruck. Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus psychiatrischer Hinsicht aus, unter Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung, der vorliegenden Befunde, des bisherigen Verlaufs und der funktionellen Beeinträchtigungen könne aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht festgestellt werden, dass der Explorand in einer körperlich angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig sei. Die Prognose sei angesichts der enormen Fixierung, Selbstlimitierung und Katastrophierung der Körperwahrnehmungen ernst. Eine psychotherapeutische Behandlung sei indiziert, aber werde hinsichtlich der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auch in Anbetracht der fehlenden Selbstreflexion kaum erfolgreich sein. Die Fortsetzung der grundsätzlich adäquaten psychopharmakologischen Behandlung sei in Anbetracht der fehlenden Compliance nicht indiziert. Wiedereingliederungsmassnahmen seien medizinisch-theoretisch vollumfänglich zumutbar.

E. 4.6.3

In der gemeinsamen Konsensbesprechung kamen die beiden Gutachter zum Schluss, die rheumatologische Beurteilung der Arbeits- und Leistungseinschränkung und deren Verlauf seien im Rahmen der Wiedereingliederung massgebend.

E. 4.7.1

Dr. I. _____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie vom medizinischen Dienst, führte am 9. März 2016 zum psychiatrischen Teil-Gutachten von Dr. K. _____ aus, es könne grundsätzlich darauf abgestützt werden, auch wenn die diagnostische Diskussion und Zuordnung (inkl. fehlender ICD-10-Kodierung) nicht immer nachvollziehbar sei und die Standardindikatoren trotz der Diagnosestellung somatoforme Schmerzstörung von psychiatrischer Seite nicht explizit und vollumfänglich diskutiert würden. Aus den aktuellen

Schilderungen könne die 2008 bereits gutachterlich gestellte Diagnose einer Dysthymie eher bestätigt werden, als dies eindeutig für akzentuierte Persönlichkeitszüge spreche. Das Ergebnis der Begutachtung zeige von rheumatologischer Seite her eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in angepasster Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit als Kellner oder Magaziner sei nicht mehr gegeben. Jedoch bestünden auch jetzt in psychiatrischer Hinsicht keine Leiden, welche eine dauerhafte und wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf rechtfertigten (IV 183). In ihrer Stellungnahme zu den eingereichten neuropsychologischen Berichten von Prof. Dr. M. _____ und Dr. L. _____ (oben E. 4.5.7 f.) führte sie im Wesentlichen aus, bis zur Begutachtung im Januar 2016 hätten seltene psychiatrische Konsultationen stattgefunden. Die verordnete Medikation habe aus Escitalopram und Alprazolam bestanden und sei unregelmässig eingenommen worden. Sie äusserte sich zur neu verordneten Medikation (Escitalopram und Alprazolam, ergänzt durch Zolpidem zum Schlafen und das niedrig dosierte Neuroleptikum Sulprid) und folgerte, insgesamt seien vermehrte psychische Beschwerden anzunehmen, jedoch sei hier von einem Zusammenhang mit dem in Aussicht gestellten negativen Rentenbescheid auszugehen. Die aktuelle diagnostische Einschätzung sei nicht eindeutig und enthalte Widersprüche, sodass die psychiatrische Stellungnahme vom 9. März 2016 bestätigt werde (IV 197).

E. 4.7.2

Dr. H. _____ führte am 22. März 2016 ergänzend aus somatischer Sicht aus, das rheumatologische Teilgutachten sei ausführlich, nehme die bisherigen Berichte zur Kenntnis, die Untersuchungen seien somatisch ausgedehnt durchgeführt worden und die Beurteilung sei nachvollziehbar. Es liege im Vergleich zum MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2008 eine leichte Verschlechterung vor, es bestehe gestützt darauf nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit. Bei Haushaltstätigkeiten liege eine Einschränkung von 15 % vor (IV 185). Zum im Vorbescheidverfahren eingereichten EMG vom 14. November 2015 führte Dr. H. _____ am 5. Juli 2016 aus, es bestehe eine leichte bis mittelschwere Störung von der Halswirbelsäule (C5/6, C8/Th2) bei akzentuiertem Überbau aus (d.h. bei psychischer Überlagerung der Depression). Die Untersuchung in der Schweiz habe danach stattgefunden und dabei seien keine schweren Veränderungen festgestellt worden. Bei der Greifkraft der linken Hand werde im EMG eine objektiv nicht nachvollziehbare Kraft festgestellt bei fehlender muskulärer Atrophie und normaler Beschwiellung. Dies weise darauf hin, dass zumindest keine invalidisierende neuromuskuläre Einschränkung vorliege. Auch die HWS sei unauffällig. Beim neurologischen Status sei alles normal, ausser das Gangbild sei leicht linksentlastend mit verminderter Kontaktzeit beim Abrollen. Aus rheumatologisch/orthopädischer Sicht ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte (IV 195).

E. 5

Es bleibt zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem 13. Januar 2009 (Datum der ersten Verfügung) in einem Mass verschlechtert hat, dass ihm nunmehr eine IV-Rente zusteht. Insbesondere ist - entsprechend dem Antrag des Beschwerdeführers - zu prüfen, ob der Sachverhalt richtig erhoben wurde.

E. 5.1

Aus den aktenkundigen Berichten aus dem Jahr 1987 und der weiteren umfangreichen medizinischen Dokumentation gehen keine Hinweise hervor, dass der Beschwerdeführer

aus dem Unfall vom 25. August 1987 versicherungsrechtlich relevante bleibende Schäden davongetragen hätte, zumal er danach während Jahren in einer Kellnerlehre, anschliessend in seinem Beruf als Kellner, während vielen Jahren im Detailhandel und danach ohne krankheitsbedingte Abwesenheiten bei der C. _____ nebst diversen Nebenbeschäftigungen arbeiten konnte, ohne Hinweise auf Einschränkungen in körperlich-geistig oder psychischer Hinsicht (vgl. IV 10, B-act. 14). Im Rahmen der ausführlichen neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung der Begutachtung im August 2008 (vgl. IV 76.15 f. 76.18 ff. 76.23) ergaben sich keine Hinweise für körperlich-geistige Folgen respektive Einschränkungen wegen des Unfalls. Daran ändern auch die Feststellungen des Radiologen Dr. G. _____ zum MRI-Bericht vom 28. September 2009 (IV 105), ohne Hinweise auf allfällige Auswirkungen der beschriebenen Läsion, nichts, die im aktuellen Verfahren sowohl von den Gutachtern Dres. J. _____ und K. _____ als auch von den beurteilenden Ärzten des RAD beziehungsweise des medizinischen Dienstes berücksichtigt wurden. Es finden sich auch keine Hinweise in den Akten, dass am im August 2008 festgestellten Zustand etwas geändert hätte (bspw. wegen eines weiteren Unfalls oder einer Erkrankung nach August 2008), insbesondere, dass eine Verschlechterung der Situation eingetreten wäre. Der Beschwerdeführer macht dies auch nicht geltend, zumal er (wie bereits in seinem Antrag im Jahr 2005) vorbringt, seine Arbeitsunfähigkeit sei massgebend im Unfall vom 25. August 1987 begründet. Demnach erweist sich der Unfall vom 25. August 1987 als Auslöser beziehungsweise als Teilursache für die aktuell geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit nicht als überwiegend wahrscheinlich (oben E. 2.5) und eine Verschlechterung in neurologisch/neuropsychologischer Hinsicht seit der ersten Beurteilung vom 13. Januar 2009 nicht als nachvollziehbar. Dasselbe gilt für vom Beschwerdeführer auf den Unfall vom 25. August 1987 als Ursache zurückgeführte weitere Beschwerden in orthopädischer und/oder internistischer Hinsicht, wie beispielsweise der behandelnde Internist und Kardiologe Dr. R. _____, zuletzt am 20. Oktober 2014 (IV 123 f.), ausführte.

E. 5.2

In rheumatologischer Hinsicht ergibt sich, dass im Rahmen des Gutachtens vom 15. Februar 2016 eine klare Einschränkung und eine Verschlechterung der Situation im Bereich der Lendenwirbelsäule seit der ersten Begutachtung im August 2008 festgestellt wurde (IV 180 S. 15 f.). Die neurologische Komponente wurde von Dr. J. _____ geprüft und der Bericht von Dr. G. _____ vom 28. September 2009 zur Kenntnis genommen (S. 4, 7 f., 11). Das ausführlich begründete Gutachten, das auf einer persönlichen Untersuchung beruht und sich mit den umfangreichen Vorakten sowie den Ausführungen des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchung auseinandersetzt, erweist sich als voll beweiskräftig und ist ohne Weiteres nachvollziehbar. Demnach verbleibt für den Beschwerdeführer eine zumutbare Verweistätigkeit im Umfang von 80 % für leichte Tätigkeiten (mit arbeitsergonomischen Massnahmen für eine leichte, wechselnd stehende, gehende und sitzende Tätigkeit). Der Gutachter empfahl dringend die Durchführung medizinischer Massnahmen in der Heimat des Exploranden, auch wenn bei Durchführung der empfohlenen medizinischen Massnahmen keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (s.o. E. 4.6.1 in fine).

E. 5.3

Auch in psychischer Hinsicht finden sich gestützt auf das im Wesentlichen nachvollziehbare Gutachten von Dr. K. _____ (IV 180 S. 19 ff.) - in Berücksichtigung der

ausführlichen Auseinandersetzung der Psychiaterin des medizinischen Dienstes der IVSTA damit (IV 183) - weder eine massgebende IV-relevante Einschränkung noch eine erkennbare Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit den Feststellungen der Gutachter des E. _____ vom 22. August 2008. Daran ändern die konträren, allgemein gehaltenen und nicht nachvollziehbar begründeten Berichte betreffend die sporadisch durchgeführten Konsultationen des Beschwerdeführers bei der behandelnden Neuropsychiaterin Dr. L. _____ nichts.

E. 5.4

Soweit demnach hier eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands zwischen Januar 2009 und Januar 2014 geltend gemacht wird, ergibt sich die von Dr. J. _____ ausführlich dargelegte Verschlechterung der Rückensituation bei einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) mit intermittierend myofaszialem Beschwerdebild des Gesässes/Oberschenkel beidseitig, und möglicher intermittierender claudicatio radialis L5 linksbetont (ICD-10 M 51.1), aktuell ohne radikuläre Reiz- und Ausfallkomponente ([vgl. IV 180.15 und 185.1]). Darüber hinaus sind keine nachvollziehbaren Verschlechterungen im Vergleich zum Zustand im August 2008, insbesondere in psychischer Hinsicht, ersichtlich. Die im Jahr 2008 durchgeführte MEDAS-Begutachtung enthielt auch je eine ausführliche neurologische und neuropsychologische Abklärung. In der aktuell massgebenden Begutachtung wurden diese Untersuchungen zwar nicht durch entsprechende Spezialisten wiederholt. Ein neurologischer Status wurde indessen durch Dr. J. _____ erstellt. Zudem hat sich Dr. H. _____ mit dem neurologischen Status im EMG vom 14. November 2015 (IV 189.4-7 = 193.2-3) auseinandergesetzt und festgestellt, dass dabei alles normal sei (B-act. 195 S. 2). In neurologischer Hinsicht wird auch vom Beschwerdeführer keine Verschlechterung seit der letzten Beurteilung vom 13. Januar 2009 (Verfügung) dargetan. Ein (Unfall-) Ereignis oder eine Erkrankung, die eine entsprechende Verschlechterung in neurologisch- und/oder psychischer Hinsicht bewirkt hätte, ist auch nicht aus den Akten ersichtlich.

E. 5.5

Demnach ergibt sich, wie die Vorinstanz zu Recht dargelegt hat, dass die massgebenden Sachverhaltselemente unter Einbezug der vorhandenen Vorakten inklusive Beurteilungen der behandelnden Ärzte in Bosnien und Herzegowina berücksichtigt wurden, sich die Gutachter anlässlich der Begutachtung ein einleuchtendes Bild zum Gesundheitszustand und der verbleibenden Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers machen konnten und ihre Schlussfolgerungen ausreichend begründet wurden. Das Gutachten von Dr. J. _____ und Dr. K. _____ ist demnach nachvollziehbar und unter Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. I. _____ (zu den ICD-Codes und den Standardindikatoren; siehe IV 183.4) beweiskräftig. Demnach erweist sich der Sachverhalt als vollständig erhoben, sodass eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nach Massgabe des Beweisgrads der überwiegenden Wahrscheinlichkeit korrekt festgestellt wurde (s.o. E. 2.6). Daran ändert nichts, dass die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers von den behandelnden Ärzten in seiner Heimat und in seinem Erleben diametral von den Beurteilungen der Schweizer Gutachter und der Ärzte der medizinischen Dienste abweicht. Demnach bleibt dem Beschwerdeführer ab Januar 2016 eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % (sitzend und/oder mit Positionswechseln, wechselnde Arbeitsposition, leichte bis fallweise mittelschwere Arbeiten mit Heben von Gewichten bis 5 kg, fallweise bis 15 kg, ohne Exposition von Schlechtwetter, Feuchtigkeit, Kälte, Hitze etc.; leichte bis

fallweise mittelschwere Tätigkeiten in der Industrie als nicht qualifizierter Arbeiter/Hilfsarbeiter in einem Werk/Fabrik/Produktionsstätte sowie Tätigkeiten im Bereich allgemeine und persönliche Dienstleistungen als Concierge/Hausmeister/ Aufseher auf einer Baustelle, Park-oder Museumswächter, sowie Tätigkeiten im Detailhandel wie Reparatur von Kleingeräten/Haushaltartikel, Kassier oder Billetverkäufer); sowie Haushaltstätigkeiten mit einer Einschränkung von 15 % zumutbar (vgl. IV 185).

E. 5.6

Somit verbleibt die Überprüfung der Berechnung des IV-Grads.

E. 5.6.1

Für den Einkommensvergleich sind vorliegend die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenanspruchs massgebend (hier: sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs am 4. Januar 2014, d.h. ab Juli 2014 [vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG, siehe oben E. 3.5.3 f.]), wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 ff.).

E. 5.6.2

Die Vorinstanz bezog sich für die Berechnung des Valideneinkommens auf die letzte Anstellung des Beschwerdeführers in der Schweiz vom 1. April - 31. August 2004 als Lagerist-Chauffeur, seine Ausbildung als Kellner und die langjährige Tätigkeit bei der C._____ und berücksichtigte diese Tätigkeit als angestammte Tätigkeit. Um eine Verzerrung des Einkommensbetrags durch die Indexierung auf lange Dauer zu vermeiden, verwendete sie jedoch für den Einkommensvergleich die statistischen Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS; Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE] 2012, TA1) für 40 Std/Wo eines Arbeitnehmers mit Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/ Sicherheitsdienst/Fahrdienst) in der Branche sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (Ziff. 77-82), von Fr. 5'309.-, angepasst an die übliche Arbeitszeit in dieser Branche im Jahr 2012 von 42.1 Std/Wo (BFS, betriebsübliche Arbeitszeit [BUA] nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche), was einen Validenlohn von Fr. 5'587.72 ($5'309.- / 40 \times 42.1 = 5'587.72$) ergab.

E. 5.6.3

Den Invalidenlohn ab Januar 2016 berechnete sie gemäss den Angaben von Dr. H._____ (IV 185) auf der Basis einer leichten Verweistätigkeit im Umfang von 80 %. Als Grundlage legte sie ein Einkommen von 100 % (LSE 2012, TA1, monatlicher Bruttolohn für 40 Std/Wo eines Mannes mit einer Tätigkeit auf dem Kompetenzniveau 1 [Tätigkeiten, für welche keine spezielle Ausbildung notwendig ist]), einen Durchschnittswert von Fr. 5'210.- (Zentralwert) fest, was angepasst an die übliche Arbeitszeit (Zentralwert) von 41.7 Std/Wo ein Einkommen von Fr. 5'431.43 ergab. Die Vorinstanz führte weiter aus, bei der grossen Auswahl an leichten und angepassten Tätigkeiten im Produktions- und Dienstleistungssektor müsse davon ausgegangen werden, dass eine gewisse Anzahl dieser Tätigkeiten den Leiden des Versicherten angepasst seien (Urteil EVG I 222/05 vom 13.10.2005 E. 6.1). Angesichts der persönlichen und beruflichen Umstände des Falles, insbesondere der Funktionseinschränkungen verbunden mit dem Gesundheitsschaden, des Alters des Versicherten (46 Jahre), und angesichts der Tatsache, dass die Auswirkung des Gesundheitsschadens bereits in die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit einbezogen worden

sei (festgelegt auf 80 %), berücksichtigte die IVSTA weiter einen Leidensabzug von 10 % des ermittelten IV-Lohnes, was einen Betrag Fr. 4'888.29 ergab ($5'431.43 - 10\%$). Bei einer Tätigkeit im Umfang von 80 % ergab sich ein massgebender IV-Lohn von Fr. 3'910.63 und eine Erwerbseinbusse von 30 % ($[5'587.72 - 3'910.63] \times 100 / 5'587.72 = 30.01\%$).

E. 5.6.4

Die Berechnung der Erwerbseinbusse durch die Vorinstanz ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, wenn auch nicht nachzuvollziehen ist, weshalb die IVSTA auf die Tabellenwerte des Jahres 2012 abgestellt hat, zumal der Antrag des Beschwerdeführers auf den 4. Januar 2014 datiert wurde und die Vorinstanz den Erwerbsvergleich am 13. April 2016 erstellt hat. Gestützt auf die Tabellenwerte im Jahr 2014 ergibt die Berechnung indessen keinen rentenrelevant massgebenden Unterschied. Wird für den Validenlohn auf den Durchschnittswert Sektor 3, Dienstleistungen (Ziff. 45-96), Kompetenzniveau 2, Männer, auf die Werte des Jahres 2014 abgestellt, ergibt sich ein Durchschnittslohn von Fr. 5'339.- für 40 Std/Wo und von Fr. 5'565.91 für die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Std/Wo ($5'339 / 40 \times 41.7 = 5'565.91$; vgl. BFS, LSE, TA1 und BUA). Für die Berechnung des Invalideneinkommens ergibt sich gestützt auf die Tabellenwerte des Jahres 2014 Folgendes: Der Zentralwert für Männer (für 40 Std/Wo) beträgt Fr. 5'312.-, was angepasst an die übliche Arbeitszeit von 41.7 Std/Wo (Zentralwert) ein Einkommen für ein 100 %-Pensum von Fr. 5'537.76 ergibt. Abzüglich des Leidensabzugs von 10 % ergibt sich ein Betrag Fr. 4'983.98 ($5'537.76 - 10\%$); reduziert auf ein 80 %-Pensum ergibt dies einen massgebenden IV-Lohn von Fr. 3'987.19 ($4'983.98 - 20\%$) und eine Erwerbseinbusse von gerundet 28 % ($[5'565.91 - 3'987.19] \times 100 / 5'565.91 = 28.36\%$).

E. 5.7

Zusammenfassend steht fest, dass beim Beschwerdeführer im Beurteilungszeitpunkt (Verfügung vom 13. September 2016) im Vergleich zur Beurteilung im ersten IV-Verfahren (Verfügung vom 13. Januar 2009) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands in rheumatologisch/orthopädischer Hinsicht besteht, welche eine Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit bewirkt. Darüber hinaus ergeben sich keine invaliditätsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen. Ihm bleibt damit eine leichte wechselbelastende Tätigkeit im Umfang von 80 % gemäss dem dargelegten Profil (oben E. 5.5) zumutbar. Der IV-Grad beträgt gestützt auf die Tabellenwerte 2014 28 %, was keinen IV-Rentenanspruch ergibt. Die Vorinstanz hat den neuen Rentenanspruch des Beschwerdeführers vom 4. Januar 2014 deshalb zu Recht abgewiesen. Für dieses Ergebnis ist nicht massgebend, dass der Beschwerdeführer die Ursachen seiner geltend gemachten Beschwerden einerseits auf einen in der Schweiz erlittenen Unfall und andererseits als Folge einer in der Schweiz ausgeführten rückenbelastenden Tätigkeit zurückführt (siehe oben E. 3.3). Die Beschwerde vom 12. Oktober 2016 ist demzufolge abzuweisen.

E. 6

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten werden unter Berücksichtigung des Umfanges und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 800.- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis VwVG, Art. 69 Abs. 1bis IVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Sie sind vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen (Art. 63 Abs. 1

VwVG) und aus dem am 25. November 2016 geleisteten Kostenvorschuss zu entnehmen.

E. 6.2

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

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