

# **BVGer C-7165/2015 vom 25. August 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-08-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7165\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7165_2015)

FR: TAF C-7165/2015 du 25 août 2017

IT: TAF C-7165/2015 del 25 agosto 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gestützt auf Art. 3 Bst. dbis VwVG findet dieses Gesetz in Sozialversicherungssachen jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist, was gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG für die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70) zutrifft, soweit das IVG nicht ausdrücklich davon abweicht.

### **E. 1.3**

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 8. Oktober 2015, mit welcher die Vorinstanz entschieden hat, das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 18. Dezember 2014 nicht materiell zu prüfen. Durch das Bundesverwaltungsgericht zu beurteilen ist daher einzig die Frage, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten ist. Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet hingegen die materielle Beurteilung des Rentenanspruchs. Auf den Antrag des Beschwerdeführers um Zusprechung einer ganzen Rente kann daher nicht eingetreten werden und auf die diesbezüglichen Ausführungen in der Beschwerdeschrift ist nicht einzugehen. Auch auf den Verfahrensantrag betreffend Behandlung der Beschwerde in einem verkürzten Verfahren kann nicht eingetreten werden, da das Prozessrecht ein solches nicht kennt. Im Übrigen ist auf die Beschwerde einzutreten.

## **E. 2**

Der Beschwerdeführer ist serbischer Staatsangehöriger und wohnt in Serbien. Die in früheren Verfahren getroffene Annahme ausschliesslich der kosovarischen Staatsangehörigkeit hat er mit der Einreichung einer Kopie seines serbischen Reisepasses (act. 1, Beilage 1) widerlegt. 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 (Sozialversicherungsabkommen; 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 Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit der Republik Serbien, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für serbische Staatsangehörige findet weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung (vgl. das Urteil des BVGer C-5367/2013 vom 20. Juli 2015 E. 3.1). 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 nichts anderes bestimmt ist. Da vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung aufgrund des schweizerischen Rechts.

## **E. 3**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

### **E. 4.1**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Anspruch auf eine Teilrente besteht ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 40%, wobei bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% Renten nur an Versicherte ausbezahlt werden, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (vgl. zum Ganzen Art. 28-29 IVG; so auch Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens). Vorbehältlich einer - hier nicht vorliegenden - abweichenden staatsvertraglichen Regelung entsteht bei Versicherten im Ausland der Rentenanspruch folglich nur dann, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 50% arbeitsunfähig gewesen sind und der Invaliditätsgrad nach Ablauf der Wartezeit mindestens 50% beträgt (vgl. BGE 121 V 264 E. 5 und 6; 130 V 253).

### **E. 4.2**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn damit glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist es in erster

Linie Sache der versicherten Person selbst, substanzielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruches darzulegen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 und Urteil des BGer 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 3). In diesem Verfahrensstadium gilt demnach der Untersuchungsgrundsatz nicht. Vielmehr wird der versicherten Person für das Eintreten auf eine Neuanschuldung eine Behauptungs- und Beweisführungslast auferlegt (URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, § 21 Rz. 955 mit Hinweis auf BGE 130 V 68 E. 5.2.5 und BGE 117 V 198). Zur Glaubhaftmachung genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_415/2016 E. 2 mit Hinweis auf SVR 2003 IV Nr. 25 S. 76 E. 2.2 und 2.3, 2002 IV Nr. 10 S. 25 E. 1c/aa). Zeitlicher Referenzpunkt für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4).

## **E. 5**

Zunächst ist zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Aktenführungspflicht in hinreichendem Masse nachgekommen ist.

### **E. 5.1**

Die Aktenführungspflicht der Verwaltung, ergibt sich aus dem Akteneinsichtsrecht des Beschwerdeführers (vgl. Art. 26 ff. VwVG), welches einen Teilgehalt des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) darstellt (vgl. dazu ausführlich BVGE 2011/37 E. 5.4.1 und BGE 130 II 473 E. 4.1 S. 477). Der verfassungsmässige Anspruch auf eine geordnete und übersichtliche Aktenführung verpflichtet die Behörden und Gerichte insbesondere, durch eine übersichtlich geordnete Ablage, Paginierung und Registrierung der vollständigen Akten die Vollständigkeit der im Verfahren eingebrachten und erstellten Akten sicherzustellen. Die Aktenführungspflicht ist aber auch für die Gerichte von massgeblicher Bedeutung, weil im Falle einer Unkenntnis über die von der Vorinstanz tatsächlich herangezogenen Akten die Gefahr eines unrichtigen - wenngleich grundsätzlich revisionsfähigen - Urteils besteht, wodurch erneut der Anspruch des Betroffenen auf rechtliches Gehör verletzt wäre. Für die dem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts unterstellten Versicherer wurde in Art. 46 ATSG die Aktenführungspflicht auf Gesetzesstufe konkretisiert. Danach sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen (BGE 138 V 218 E. 8.1.2).

### **E. 5.2**

Auf zwei Akteneinsichtsgesuche des Beschwerdeführers bei der IVSTA hin wurden ihm eigenen Angaben zufolge am 15. Oktober 2015 381 und am 24. November 2015 353 Aktenstücke zugestellt. Dem Bundesverwaltungsgericht hat die IVSTA ihre bis zur angefochtenen Verfügung erfassten Akten einerseits mit der Vernehmlassung vom 20. Januar 2016 (352 Aktenstücke) und andererseits mit der Stellungnahme vom 3. Januar 2017

(382 Aktenstücke) übermittelt (bzgl. den später entstandenen Akten vgl. Sachverhalt Bst. O).

### **E. 5.2.1**

Die Vorinstanz begründet diese Unregelmässigkeit damit, dass die Aktenführung nicht automatisiert sei und es vorkommen könne, dass verschiedene mit dem Fall befasste Personen nicht die Paginierung des bereits erstellten Dossiers unter Beibringung von in der Zwischenzeit entstandenen Akten mittels fortlaufender Nummerierung übernehmen würden. Dieser Unzulänglichkeit sei man sich mittlerweile bewusst geworden und man habe diesbezüglich Schulungsmassnahmen ergriffen.

### **E. 5.2.2**

Nach Durchsicht sämtlicher Akten ergibt sich, dass in den dem Bundesverwaltungsgericht am 3. Januar 2017 übermittelten, grundsätzlich umfangreicheren 382 Akten (vgl. Aktenverzeichnis vom 30. Dezember 2016) mehrere Aktenstücke fehlen, die in den am 20. Januar 2016 übermittelten 353 Akten vorhanden sind (vgl. Aktenverzeichnis vom 19. Januar 2016). Dabei handelt es sich um folgende Aktenstücke gemäss dem Aktenverzeichnis vom 19. Januar 2016: act. 5: Arztberichte aus den Jahren 2000 und 2001 act. 6: Sechs Schreiben der Bâloise Assurances von 1999 bis 2001 act. 13: Vier Schreiben der Bâloise Assurances aus dem Jahr 2001, zwei ärztliche Schreiben aus dem Jahr 1999 und vier Berichte aus den Jahren 1995-1999 act. 30: Berechnungsblatt aus dem Jahr 2002 act. 35: Schreiben an den vormaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 23. April 2002 act. 37: Schreiben des vormaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 14. Juni 2002 act. 70: Bestätigung der Lebensbescheinigung vom 31. Mai 2004 und Schreiben der IVSTA an den Beschwerdeführer vom 24. April 2004 act. 72: Schreiben der Schweizerischen Ausgleichskasse an den Beschwerdeführer vom 16. Juni 2004 act. 101: Schreiben des vormaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 15. Januar 2007 act. 158:Arztbericht aus dem Jahr 1997 act. 159:Arztbericht aus dem Jahr 1997 act. 174:Interne Aktennotiz act. 204-208: Schreiben des Beschwerdeführers vom 11. August 2010, 10. Januar 2011 und 22. September 2010, Berechnungsblätter act. 211:Fremdsprachiges Formular vom 2. August 2011 act. 229:Kopie der Identitätskarte des Beschwerdeführers act. 231:Unfallmeldescheine aus den Jahren 1993-1996 act. 266: Sechs ärztliche Schreiben/Berichte aus den Jahren 1994/1995 act. 295: Aktenverzeichnis vom 8. Juli 2013 Die in den neu übermittelten Akten nicht vorhandenen Aktenstücke sind für die Behandlung der Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 18. Dezember 2014 offensichtlich nicht relevant, zumal sie überwiegend ausserhalb des relevanten Prüfungszeitraums liegen. Aus den Stellungnahmen des RAD vom 2. Juli 2015, vom 1. Oktober 2015, vom 7. Januar 2016 und vom 5. Mai 2016 geht hervor, dass dieser sämtliche seit der Neuanschuldung eingereichten Berichte gesichtet und für seine Einschätzung berücksichtigt hat. Die fehlerhafte Aktenführung der IVSTA hat die Beweisführung mithin nicht beeinträchtigt.

### **E. 5.3**

Mit Verfügung vom 9. Dezember 2016 wurde die Vorinstanz ausserdem aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen, weshalb zwei unterschiedliche Verfügungen vom 7. und 8. Oktober 2015 zum Nichteintreten auf das Leistungsgesuch vorhanden sind, wobei sich in den Akten ausschliesslich jene vom 7. Oktober 2015 befindet, der Beschwerdeführer mit der Beschwerde jedoch jene vom 8. Oktober 2015 anfecht und diese der Beschwerde auch

beigelegt hat. Dazu führte die IVSTA aus, dieser Umstand könne im System nicht nachvollzogen werden. Die massgebende Nichteintretensverfügung sei jene vom 7. Oktober 2015. Dieser Schluss ist falsch. Durch den Beschwerdeführer angefochten und nachfolgend auf ihre Rechtmässigkeit hin zu überprüfen ist die Verfügung vom 8. Oktober 2015, welche vom in den Akten vorhandenen Entscheid vom 7. Oktober 2015 jedoch inhaltlich nur unwesentlich abweicht.

#### **E. 5.4**

Zusammenfassend steht fest, dass die Vorinstanz durch die mehrfache Ordnung der Akten ohne Berücksichtigung sämtlicher vorhandener Aktenstücke die Aktenführungspflicht verletzt hat. Eine Rückweisung der Sache allein zur erneuten Ordnung der Akten und neuem Entscheid wäre indes ein formalistischer Leerlauf. Das Bundesverwaltungsgericht verfügt im vorliegenden Beschwerdeverfahren über eine umfassende Kognition in Sach- und Rechtsfragen, und dem Beschwerdeführer stehen dieselben Mitwirkungsrechte wie im Verfahren vor der Vorinstanz zu (Art. 49 VwVG i.V.m. Art. 37 VGG). Das Gericht hat überdies einen dreifachen Schriftenwechsel durchgeführt, wodurch der Beschwerdeführer Gelegenheit erhalten hat, sich einlässlich zu äussern. Am 26. Januar 2017 wurden ihm die dem Gericht am 3. Januar 2017 übermittelten Akten erneut zugestellt und es wurde ihm Gelegenheit zur ergänzenden Stellungnahme gegeben (act. 32). Infolgedessen konnte der Beschwerdeführer seinen Anspruch auf rechtliches Gehör vollumfänglich wahrnehmen. Aus den genannten Gründen ist auch nicht ersichtlich, inwiefern er durch eine Heilung der Gehörsverletzung einen Nachteil erleiden würde. Aufgrund dieser Überlegungen und der Prozessökonomie erweist es sich als gerechtfertigt, die festgestellte Gehörsverletzung im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens als geheilt zu betrachten. Zur Nachvollziehbarkeit des vorliegenden Urteils wird im Sachverhalt sowie nachfolgend auf die vorinstanzlichen Akten gemäss Zustellung vom 3. Januar 2017 und vom 31. Januar 2017 (vgl. Sachverhalt Bst. M.-O) abgestellt.

#### **E. 6**

Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer für den Zeitpunkt des Erlasses der streitigen, angefochtenen Verfügung eine für den Anspruch auf Invalidenrente erhebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft gemacht hat, und zwar verglichen mit den Verhältnissen im Zeitpunkt der Verfügung vom 28. November 2007, die inhaltlich durch das Urteil C-177/2008 des Bundesverwaltungsgerichts vom 12. März 2010 bestätigt wurde.

##### **E. 6.1.1**

Im Zeitpunkt der letzten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs bestanden beim Beschwerdeführer gemäss den von der IVSTA eingeholten Arztberichten (vgl. insbesondere das Gesamtgutachten von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 14. September 2006 [IV-act. 131]) in psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). In orthopädischer Sicht wurden bei Status nach Meniskusverletzung, Verletzung des vorderen Kreuzbandes und Chondromalazie die Diagnosen sy. lumbalis chr., sy. vertebralis et vertebrogenes, Lumboischialgie, Sy. Compresiva, Diskushernie L4/L5 und Cervicobrachialis dex. gestellt. Der Verlauf der psychischen Beeinträchtigungen wurde als chronisch bezeichnet. Die Arbeitsunfähigkeit betrage ungefähr 40%. Aufgrund der anlässlich der klinischen Untersuchung festgestellten orthopädischen Beschwerden sei

davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich sei, seiner früheren Arbeit als Kellner oder einer anderen mittelschweren bis schweren Arbeit nachzugehen.

#### **E. 6.1.2**

Der medizinische Dienst der IVSTA (Dr. I. \_\_\_\_\_) hielt mit Stellungnahmen vom 2. April 2007 und vom 21. September 2007 insbesondere fest, gemäss den neusten Gutachten sei nachgewiesen, dass beim Beschwerdeführer keine schwerere klassische chronische psychiatrische Erkrankung, sondern lediglich eine moderate rezidivierende Depression respektive eine Somatisierungsstörung vorliege. In Bezug auf die orthopädischen klinisch objektivierbaren pathologischen Fakten sei festzuhalten, dass sich mit Ausnahme einer leichten Schwellung des Kniegelenkes und der Verdachtsdiagnosen Meniskusläsion und Kreuzband(teil)läsion keine Diagnosen stellen liessen, ohne dass ein MRI gemacht werde. Der Orthopäde berichte nichts betreffend einer relevanten Muskelverschmächtigung am Oberschenkel, was darauf hindeute, dass kein Funktions(belastungs)defizit mehr vorliege. Der Beschwerdeführer trage auch keine Knieorthese mehr, was aber bei einer relevanten Knieinstabilität notwendig wäre. Diese Umstände deuteten darauf hin, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers aus orthopädischer Sicht verbessert habe. Schliesslich sei noch darauf hinzuweisen, dass die vom Orthopäden aufgeführte Diagnose Diskushernie sehr mit Vorbehalt zu geniessen sei, da auf einem Röntgenbild älteren Datums lediglich eine Protrusion festzustellen sei und somit nicht denkbar sei, dass daraus Nervenausfälle an der unteren Extremität entstünden. Insgesamt könne aber die Einschätzung von Dr. H. \_\_\_\_\_ bestätigt werden: Der Beschwerdeführer sei für rein stehende Tätigkeiten (zum Beispiel als Kellner) wohl nicht mehr geeignet, da diesbezüglich eine Arbeitsunfähigkeit von 70% vorliege. Gestützt auf die klinischen Befunde könne aber davon ausgegangen werden, dass er in Verweistätigkeiten mit abwechselnder Haltung (sitzend, gehend) sicher seit der Begutachtung im Dezember 2006 (eventuell bereits früher) lediglich noch zu 40% eingeschränkt sei (IV-act. 146, 196).

#### **E. 6.1.3**

Die IVSTA stellte mit Verfügung vom 28. November 2007 fest, die Aufnahme einer dem Gesundheitszustand angepassten Erwerbstätigkeit sei dem Beschwerdeführer zumutbar und ermögliche es ihm, mehr als 60% des Valideneinkommens zu erzielen (IV-act. 199).

#### **E. 6.1.4**

Das Bundesverwaltungsgericht schützte die Einschätzung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers durch die IVSTA mit Urteil C-177/2008 vom 12. März 2010. Diesbezüglich wurde insbesondere ausgeführt, der Beschwerdeführer habe auf Beschwerdeebene unter anderem ein Attest von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (Orthopäde und Traumatologe) vom 17. Dezember 2007 eingereicht (IV-act. 207/4-6). Daraus gehe hervor, dass eine chronische, posttraumatische Gonalgie des rechten Knies, ein Teilabriss des vorderen Kreuzbandes, eine Instabilität des rechten Knies, eine fortschreitende Gonarthrose, eine chronische Lumbalgie, chronische Schmerzen an der Wirbelsäule und eine Depression aufgrund der erlittenen Verletzungen sowie eine Gelenkmantelentzündung des rechten Oberschenkels bestehe. Sämtliche Verletzungen seien unfallbedingt; eine Besserung des Zustandes sei nicht zu erwarten. Vergleiche man die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers anlässlich der Rentenzusprechung mit der heutigen Situation, so sei festzuhalten, dass sich insbesondere die orthopädischen Beschwerden des Knies sowie auch des Rückens - erwartungsgemäss - stark verringert hätten. Die

pessimistischen Prognosen von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ seien nicht nachvollziehbar, da es sich bei den orthopädischen Problemen des Beschwerdeführers hauptsächlich um behandelbare, eher leichtere Beeinträchtigungen handle. Hinweise für das Vorliegen eines ausserordentlichen Schweregrades lägen nicht vor. Unklar bleibe zwar aufgrund der neuesten Abklärungen, ob eventuell noch eine Meniskusläsion vorliege, dies sei jedoch insofern nicht relevant, als die Ärzte ohnehin davon ausgingen, dass ihm lediglich noch eine leichte, mehrheitlich sitzende Tätigkeit zumutbar sei. Insgesamt sei davon auszugehen, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers aus orthopädischer Sicht stark verbessert habe und in einer leichten, mehrheitlich sitzenden Verweistätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit vorliege. Die Ausübung mittelschwerer oder schwerer Tätigkeiten wie der frühere Beruf als Kellner sei allerdings nach wie vor nicht zumutbar. Nur aus psychiatrischer Sicht bestehe noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40%.

## **E. 6.2**

Mit der Neuanmeldung vom 18. Dezember 2014 und im Verlauf des vorinstanzlichen Verfahrens wurden medizinische Berichte von Prof. Dr. K. \_\_\_\_\_ (Spezialist für Arbeitsmedizin) vom 3. März und 8. Dezember 2014 (IV-act. 338, 363), Dr. L. \_\_\_\_\_ (Orthopäde) vom 24. September 2014, 12. Dezember 2014 und 5. August 2015 (IV-act. 339, 364, 379), Dr. G. \_\_\_\_\_ (Kardiologe) vom 24. Oktober 2014, 10. Februar 2015 (Bericht, ECG, Beiblatt ECG), 12. Februar 2015 und 22. Juli 2015 (IV-act. 361, 367, 378), Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2014 (IV-act. 365), Dr. N. \_\_\_\_\_ (Facharzt für HNO-Medizin) vom 23. Dezember 2014 (IV-act. 374), Dr. O. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepathologie) vom 4. Februar 2015 (IV-act. 375), Frau P. \_\_\_\_\_ und Frau Dr. Q. \_\_\_\_\_ vom 2. April 2015 (IV-act. 376), Frau P. \_\_\_\_\_ vom 5. Mai 2015 (IV-act. 377) sowie ein psychologischer Befund (Verfasser nicht eruierbar) vom 3. Dezember 2014 (IV-act. 362) eingereicht. Diesen sind zusammenfassend folgende Diagnosen zu entnehmen: Chronische Rhinitis, Deformation der Nase, Nasumseptumdeviation, Status nach zweifacher Septumplastik (act. 338, 363, 339, 364, 379, 365) Chronische Bronchitis, chronische Refluxösophagitis (act. 338, 375) Lumboischialgie, Spondylose cervical und lumbal, Diskushernie C5-C6, C7-C8, L5/S1, Polyarthralgien unbekannter Ursache, Radikulopathie L4, L5, S1, C5/C6 und C7/C8, Diskopathie C5/C6, chronische Dorsalgie, Diskusprotrusion L4/L5, L5/S1, C5/C6, C6/C7, TH11/TH12, chronische Zervikalgie, chronische Gonalgie beidseits, Gonarthrose beidseits, Partialruptur des Kreuzbandes, Lumbalskoliose, Myalgie, Bursitis trochanterica, coxofemorale Periarthropathie, Coxarthropathie, Coxarthralgie, Coxarthrose, Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom beidseitig, Kontraktur der Wirbelsäule, Spondylarthrose, Instabilität des rechten Knies, Polyarthralgie, Hallux valgus, Unterschenkel- und Fussödem (act. 338, 339, 364, 379, 365) Gallenblasenstein ohne Cholezystitis (IV-act. 375) Dysrhythmie, arterielle Hypertonie: Tachykardie, Calculosis v. fellae, Extrasystolia ventricularis verificara, chronische Kardiomyopathie, hypertensive decompensate, ventrikuläre Extrasystolen (act. 338, 361, 363, 367, 365) Hepatitis C, Genotyp 1 (IV-act. 379, 375-377) Kurzsichtigkeit (IV-act. 365) Nicht spezifizierter organische mentale Störung, rezidivierende depressive Störung, mittelschwere Episode ohne psychotische Symptome (act. 339, 364, 379)

### **E. 6.2.1**

Dr. K. \_\_\_\_\_ berichtete, die Schmerzen in allen Gelenken und Muskeln der oberen und unteren Gliedmassen, die vor 20 Jahren begonnen hätten, hätten sich verschlimmert. Im

Brustbereich der Wirbelsäule sei eine Abweichung der Wirbel der Wirbelsäule bemerkbar (scoliosis convexa). Das Gehen auf den Fersen und Zehen sei nicht möglich und begleitet von starken Schmerzen. Lasègue positiv terminal beidseitig und mit Störungen taktiler Sensibilität beidseitig, patellare Reflexe geschwächt. Die Zustände der angegebenen Schädigungen seien definitiv nicht behebbar, irreversibel und verschlechtert vom (recte wohl: im Vergleich zum) Moment des Unglücks (Sturz 1992). Die Bewegungen seien in allen Richtungen eingeschränkt. Die Einschränkung sei am stärksten ausgeprägt im unteren Lenden- und Kreuzbeinbereich der Wirbelsäule und beim Hals- und Brustbereich. Einschränkungen beim Bewegen der Knie seien in hohem Mass (vorhanden) und mit Schmerz verbunden. Die Arbeitsfähigkeit sei vollkommen verloren gegangen (IV- act. 338, 363).

#### **E. 6.2.2**

Dr. L.\_\_\_\_\_ führte aus, nach jahrelangem chronischen Zustand würden nun akut extreme Beschwerden in der Nacken- und Lendenwirbelsäule und in den Knien bestehen. Der Versicherte müsse deswegen Antirheumatika, Sedative und Schmerzmittel kontinuierlich einnehmen. Bei langem Sitzen, Gehen und Stehen verschlechtere sich der Zustand stark. Der Versicherte sei 100% arbeitsunfähig, für jegliche Aktivität und dauerhaft. Es entwickle sich die Tendenz der chronischen Zustandsverschlechterung, wobei die Symptome durch die Anwendung der Arzneimittel nicht gelindert würden. Eine Operation der Gallensteine sei indiziert (IV-act. 339, 364).

#### **E. 6.2.3**

Dr. G.\_\_\_\_\_ gab am 24. Oktober 2014 an, die Herzaktion sei rhythmisch, seltene Extrasystolen, klare Töne, Extratöne seien nicht zu hören, es gebe diskrete systolische Geräusche oberhalb der Aorta. Das EKG zeige einen Sinusrhythmus, Frequenz 75/min, Axis +5°, ohne Veränderungen des QRS-Komplexes und der endenden Oszillationen. Die Echokardiographie sei im Bereich des Normalen. Was das kardiovaskuläre System anbelange, bestehe derzeit keine Notwendigkeit zur medikamentösen Therapie. Die Arbeitsfähigkeit sei vermindert (IV-act. 361). Am 10. Februar 2015 hielt er fest, das Langzeit-EKG zeige eine ernsthafte Rhythmusstörung. Notwendig sei eine gegensteuernde Therapie zur Normalisierung des Rhythmus und die weitere ätiologische Betrachtung der Rhythmussteigerung (IV-act. 366). Am 12. Februar 2015 verordnete er eine medikamentöse Therapie mit einem Antiarrhythmikum und einem ACE-Hemmer und stellte er eine deutliche Verminderung der Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 367/5, ebenso IV-act. 367/1 f.). Am 22. Juli 2015 stellte er die Therapie um und verordnete die Einnahme eines Calciumkanalblockers (IV-act. 378).

#### **E. 6.2.4**

Dr. M.\_\_\_\_\_ berichtete am 15. Dezember 2014, alle geschilderten Schmerzen hätten bereits 1992 angefangen, als sich der Versicherte beim Sturz von der Leiter verletzt habe. Seither seien Schmerzen in allen angeführten Wirbelsäulenteilen und -segmenten und in den unteren Gliedmassen präsent; im Lauf der Jahre sei die Krankheit als Verschlechterung vorangeschritten (IV-act. 365).

#### **E. 6.2.5**

Dr. N.\_\_\_\_\_ führte am 23. Dezember 2014 aus, nach der operativen Intervention in der Schweiz seien deutliche Deformationen der Nase geblieben. Daneben habe der Patient fortdauernde Beschwerden (Kopfschmerzen, trockener Hals, Husten, behinderte

Nasatmung). Es handle sich hierbei um nicht wiederherstellbare und nicht korrigierbare Defekte (IV-act. 374).

#### **E. 6.2.6**

Dem psychologischen Befund vom 3. Dezember 2014 zufolge ist es beim Beschwerdeführer zu einer Schwächung der kognitiven Funktionen gekommen. Im klinischen Bild dominierten depressive Symptome. Die wilens- und treibabhängigen Dynamismen seien herabgesetzt. Vorhanden seien auch Symptome diffuser Angstzustände (IV-act. 362). Diagnosen nennt der Bericht nicht.

#### **E. 6.3**

Der RAD (Dr. R. \_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin) hielt mit Stellungnahme vom 2. Juli 2015 (IV-act. 369) insbesondere fest, eine Verschlechterung der Situation könne keinesfalls glaubhaft gemacht werden. Die psychologische Testung entbehre jeder Wertigkeit. Angesichts der psychischen Überlagerung sei die neuropsychologische Testung nicht brauchbar, zumal nicht der geringste Grund für ein hirnormales Defizit vorliege. Die beklagte Symptomatik sei deckungsgleich mit jener vieler anderer Patienten in der gleichen Situation. Neue radiologische Untersuchungen lägen nicht vor. Dr. K. \_\_\_\_\_ habe am 3. März und am 8. Dezember 2014 dasselbe berichtet wie bereits am 11. Mai und am 26. September 2012. Neu sei einzig die Feststellung einer Herzrhythmusstörung, die sowohl unter Belastung als auch in Ruhe auftrete. Eine Tätigkeit habe dementsprechend keinen Einfluss auf die Symptomatik. Eine körperlich schwere Tätigkeit verbiete sich nun, wobei eine solche schon lange nicht mehr zur Diskussion gestanden habe. Mit der begonnenen medikamentösen Therapie seien die Behandlungsmöglichkeiten noch lange nicht ausgeschöpft. Eine Behandlung sei klar angezeigt, eine längerfristige zusätzliche Verschlechterung resultiere aber nicht. Mit ergänzendem Bericht vom 1. Oktober 2015 (IV-act. 381) führte der RAD (Dr. R. \_\_\_\_\_) aus, die nachgereichten Unterlagen bestätigten lediglich die vorherige Beurteilung. Seit mindestens Oktober 2002 bestehe eine Hepatitis C-Infektion, wobei eine Genotypisierung nicht möglich sei ohne Virusnachweis. Weiterhin seien die Transaminasen mässig erhöht. Eine Arbeitsunfähigkeit für eine körperlich nicht schwere Tätigkeit resultiere derzeit nicht. Eine Nasenverkrümmung mit leichter Atembehinderung und trockenen Schleimhäuten sei kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Kardiologisch komme es unter einer Therapie mit Antiarrhythmika nur noch zu einzelnen Extrasystolen. Das Herzecho zeige eine normale Herzfunktion, es bestehe keine dekompensierte hypertensive Cardiopathie, sondern nur eine leichte Hypertrophie der Herzmuskulatur. Bei korrekter Einstellung des Blutdrucks mit Medikamenten sei eine völlige Regredienz zu erwarten.

#### **E. 6.4**

In der angefochtenen Verfügung geht die Vorinstanz davon aus, dass nicht im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV glaubhaft gemacht worden sei, dass sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Dazu wird festgehalten, die Ausführungen des Beschwerdeführers vom 7. August 2015 (Einwand und Arztberichte) seien zur Kenntnis genommen worden; sie vermöchten an der Richtigkeit des Vorbescheids jedoch nichts zu ändern. Die nachgelieferten Unterlagen zeigten, dass seit mindestens Oktober 2002 eine Hepatitis C-Infektion bekannt sei. Weiterhin seien die Transaminasen mässig erhöht. Es sei bereits nicht nachzuhalten, ob aus diesen Informationen überhaupt eine klinische Relevanz resultiere; eine Arbeitsunfähigkeit für

eine körperlich nicht schwere Tätigkeit resultiere derzeit jedenfalls (recte: resultiere derzeit jedenfalls nicht). In kardiologischer Hinsicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Der Bericht von Dr. L.\_\_\_\_\_ liste lediglich die bekannten Beschwerden und Diagnosen auf; zudem wiederhole der Arzt seine Ansicht, wonach der Beschwerdeführer seit 1996 arbeitsunfähig sei, was in medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. Auch der RAD habe seine vorgängige Stellungnahme nach Sichtung der neuen Arztberichte bestätigt.

## **E. 6.5**

Demgegenüber macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, die Einschätzung des RAD sei widersprüchlich und die RAD-Ärztin habe sich aufgrund ihrer Verbindung zur IVSTA nicht objektiv geäußert. Sie habe eine aktuelle Verschlechterung des Gesundheitszustands durch die kardiologischen Beeinträchtigungen und die Hepatitis C festgestellt, dies aber relativiert, als habe sich dadurch nichts geändert und als sei die Erwerbsunfähigkeit unverändert geblieben. Zudem moniert der Beschwerdeführer, er habe Zweifel an den Übersetzungen der eingereichten Unterlagen, vor allem jenen ab 2011. Im Übrigen bringt er vor, der Bericht von Dr. L.\_\_\_\_\_ sei bei der ersten Stellungnahme des RAD fast unbemerkt geblieben und erst bei der zweiten korrekt wiedergegeben worden. Aus den eingereichten Unterlagen ergebe sich, dass der Hepatitisvirus aktiv sei und den Genotyp 1 habe. Dem Bericht von Prof. Dr. F.\_\_\_\_\_ (Beschwerdebeilage 4) zufolge sei die Arbeitsunfähigkeit (recte: Arbeitsfähigkeit) deutlich reduziert und es sei notwendig, ihn von allen Anstrengungen zu befreien. Der Kardiologe (Dr. G.\_\_\_\_\_) habe bereits am 10. Februar 2015 und erneut am 15. Oktober 2015 (Beschwerdebeilage 5) eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands und eine deutlich verminderte Arbeitsfähigkeit konstatiert. Bei Dr. E.\_\_\_\_\_ sei er seit fünf Jahren in Behandlung. Dieser stelle in seinem Bericht vom 22. November 2013 (vgl. Beschwerdebeilage 2) verschiedene psychiatrische Diagnosen und gehe von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit von 100% für sämtliche Tätigkeiten aus. Im Übrigen verwies der Beschwerdeführer auf die bereits eingereichten Arztberichte. Insbesondere aufgrund der kardiologischen Befunde und der Erkrankung an Hepatitis C sei eine Veränderung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 KVV glaubhaft gemacht worden. Er sei auch für leichte Arbeiten dauerhaft erwerbsunfähig.

## **E. 7.1**

Zunächst sind die formellen Einwände des Beschwerdeführers gegen die Erstellung des medizinischen Sachverhalts durch die Vorinstanz zu prüfen.

### **E. 7.1.1**

Soweit Zweifel an der Richtigkeit der Übersetzungen der ab 2011 eingereichten Arztberichte geäußert werden, führt der Beschwerdeführer weder aus, auf welche Berichte er sich im Einzelnen bezieht noch macht er konkret geltend, inwiefern die Übersetzungen falsch sein sollen oder welche Berichte konkret nicht berücksichtigt worden sein sollen. Nachdem den Akten zudem keine Hinweise auf ein diesbezügliches Fehlverhalten der Vorinstanz zu entnehmen sind, erweist sich diese Rüge nicht als genügend substantiiert.

### **E. 7.1.2**

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. 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. 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. 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 wie jenen des RAD 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 die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers nicht schon auf mangelnde Objektivität und 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 sowie UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 43 Rz. 55). Für das Gericht ergeben sich aus den Akten keine Zweifel an der Objektivität der Beurteilung seitens der RAD-Ärztin Dr. R.\_\_\_\_\_. Sie hat zwar eine Veränderung des Gesundheitszustands durch die Hepatitis C festgestellt, welche aus ihrer Sicht jedoch auf die Arbeitsfähigkeit keinen Einfluss hat. Ob diese Einschätzung zu überzeugen vermag, gilt es nachfolgend zu beurteilen.

## **E. 7.2**

Vorliegend ebenfalls zu berücksichtigen sind die erst im Verlauf des Beschwerdeverfahrens eingereichten, vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. Oktober 2015 entstandenen medizinischen Berichte, soweit diese nicht bereits in früheren Neuanmeldeverfahren geprüft worden sind (vgl. die Beschwerdeschrift S. 4-7 und die Beschwerdebeilage 2).

### **E. 7.2.1**

Aus den Berichten von Dr. E.\_\_\_\_ (Psychiater) vom 22. November 2013, Dr. G.\_\_\_\_ (Kardiologe) vom 10. Februar 2015 und Prof. Dr. F.\_\_\_\_ (Internist/Gastroenterologe) vom 22. August 2015 (Beschwerdebeilagen 3-5) ergeben sich im Wesentlichen die bereits bekannten Diagnosen. Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, aktuell würden die depressiven Symptome, begleitet von Paranoia, im Vordergrund stehen, die dazu führten, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers verschlechterte. Die langen Wartezeiten administrativer Formalitäten stellten eine zusätzliche negative Belastung dar und hätten die Wahnvorstellungen und depressiven Symptome erhöht. Aus psychischer Sicht werde ein Rücklauf der physischen und intellektuellen Leistungsfähigkeit beobachtet. Die Krankheit stamme schon aus der Zeit des Aufenthalts in der Schweiz, aus der Zeit des Unfalls. Die Entwicklung sei chronisch und verlange permanente Behandlung. Gleichzeitig stellte Dr. E.\_\_\_\_ eine merkliche Verschlechterung mit Erhöhung der polymorphen Beschwerden und der Impulsivität in frustrierenden Situationen fest, ohne aber eine Änderung der gestellten Diagnose, insbesondere des Schweregrads der Depression, vorzunehmen. Ähnliche Feststellungen traf er mit Bericht vom 13. März 2013 und gemäss

RAD bereits mit Bericht vom 24. Mai 2011 (vgl. IV-act. 256, 323, 369/2 und 369/6). Prof. Dr. F. \_\_\_\_\_ hielt fest, aufgrund der polymorphen Schwierigkeiten/Komborbiditäten der chronischen Krankheiten bestehe eine deutlich reduzierte Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich der Hepatitis gab er an, aufgrund der Komborbidität und der Adipositas sei eine antivirale Therapie aktuell nicht gerechtfertigt (vgl. Beschwerdebeilage 4).

### **E. 7.2.2**

Mit Stellungnahme vom 7. Januar 2016 (IV-act. 391) führte der RAD (Dr. R. \_\_\_\_\_) aus, der Bericht der Gastroenterologin vom 22. August 2015 (Beschwerdebeilage 4) bestätige klar, dass die Leberfunktion derzeit gut sei. Eine Therapie werde angesichts von Übergewicht und Komorbiditäten abgelehnt; in der Schweiz würde angesichts der hohen Viruslast wohl eine Therapie versucht. Es treffe zu, dass die Hepatitis C eine Verschlechterung der Gesundheit bedeute. Bislang würden jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen, zumal die Infektion heutzutage medikamentös heilbar wäre. Die aktuelle Therapie bestehe in der Einnahme von Vitaminen und Leberschutzsubstanzen und sei absolut gut verträglich. Der nicht übersetzte kardiologische Bericht vom 15. Oktober 2015 (Beschwerdebeilage 5) scheine unverändert im Vergleich zu jenem von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom Februar 2015. Warum eine dekompensierte Herzinsuffizienz vorliegen solle, sei nirgends begründet. Der Blutdruck sei gut eingestellt, es bestehe eine mässige Hypertrophie des linken Ventrikels und ein normaler Puls. Zudem kontrolliere man eine dekompensierte Herzinsuffizienz nicht in drei bis vier Monaten, sondern innert Tagen, wenn nicht gar Stunden. Das eingereichte EKG zeige unter der Therapie mit Cordarone auch keine Extrasystolen. Die vorgelegten Berichte würden in keiner Weise eine Verschlechterung der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit glaubhaft machen.

### **E. 7.3**

Aus den zwischen November 2007 und der angefochtenen Verfügung datierenden medizinischen Berichten ergibt sich keine relevante Veränderung der Befunde und Diagnosen. Im Wesentlichen werden darin die bereits bekannten psychiatrischen, pneumologischen und orthopädisch-rheumatologischen Erkrankungen des Beschwerdeführers beschrieben, mit Ausnahme der neu diagnostizierten Hepatitis C und der erhobenen kardiologischen Diagnosen. Nach den überzeugenden Stellungnahmen des RAD lässt sich daraus jedoch keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ableiten. Die orthopädisch-rheumatologischen Diagnosen stellen sich im Vergleich zum Jahr 2007 etwas verändert dar; sie wurden jedoch überwiegend bereits in älteren Berichten, so etwa aus den Jahren 2001, 2003 und 2006 (vgl. IV-act. 40, 91, 136) gestellt und durch die Vorinstanz entsprechend berücksichtigt. Eine Veränderung besteht im Wesentlichen im angeblichen Hinzukommen der Diskushernien, Diskopathie, Radikulopathie und der Hüftbeschwerden. Indes sind die eingereichten Berichte nicht geeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen, da nicht ersichtlich ist, welche Befunde - ausser den durch den Beschwerdeführer geschilderten subjektiven Beschwerden - den Diagnosen zu Grunde gelegt werden und die Ärzte übereinstimmend angeben, die Beschwerden hätten bereits 1992 angefangen und es bestehe (seither) eine kontinuierliche volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-act. 338 f., 364 f., 379). Nach Prüfung der vorliegenden Berichte bestehen keine Hinweise darauf, dass mit den angepassten Diagnosen eine insgesamt massgeblich höhere Erwerbsunfähigkeit einhergeht, als dies bereits 2007 mit einer Arbeitsfähigkeit von 60% in einer leichten, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit der Fall war. Die veränderten Diagnosen bieten daher - wie bereits im

vorangehenden Neuanmeldeverfahren - keinen Anlass zu näherer Prüfung. Insgesamt wird eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands nicht glaubhaft gemacht. Aus diesem Grund besteht kein Anspruch auf eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs.

#### **E. 7.4**

Die weiteren durch den Beschwerdeführer mit der Beschwerde und im Laufe des Beschwerdeverfahrens beigebrachten Arztberichte datieren nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung (Beschwerdebeilage 6, Beilagen zu act. 12). Diese echten Noven sind im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht zu würdigen. Nach Einschätzung der Vorinstanz respektive des RAD vom 13. Mai 2016 ergeben sich daraus ebenfalls keine relevanten Veränderungen (vgl. act. 23 samt Beilage, IV-act. 398). Aus diesem Grund kann darauf verzichtet werden kann, diese Akten zur weiteren Prüfung erneut an die IVSTA zu übermitteln.

#### **E. 7.5**

Zusammenfassend hat die IVSTA zu Recht festgestellt, dass die durch den Beschwerdeführer geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung respektive eine dadurch bedingte erhebliche Veränderung des Grads der Invalidität nicht glaubhaft gemacht wurde. Die gestützt auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes vorgenommene Einschätzung der IVSTA kann demnach vollumfänglich bestätigt werden. Nach dem Gesagten ist die Vorinstanz auf die Neuanmeldung vom 18. Dezember 2014 zu Recht nicht eingetreten. Die Beschwerde ist daher abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

#### **E. 8**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 8.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da dem unterliegenden Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 26. April 2016 die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde (act. 19), sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

##### **E. 8.2**

Der Beschwerdeführer hat zufolge Unterliegens und Abweisung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtsverteidigung keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Vorinstanz hat gemäss Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) ebenfalls keinen entsprechenden Anspruch. (Dispositiv: nächste Seite)

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