

BVGer C-7869/2015 vom 6. April 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-04-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7869_2015

FR: TAF C-7869/2015 du 6 avril 2017

IT: TAF C-7869/2015 del 6 aprile 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 4. Dezember 2015 ist - nachdem auch die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde (vgl. Sachverhalt, Bst. D.c hievor) - einzutreten (Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG i.V.m. Art. 39 Abs. 1 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 16. November 2015, mit welcher die Vorinstanz entschieden hat, das ihr (mit Formular E 001) übermittelte neue Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 6. Mai 2015 (act. 92, S. 1 - 4) materiell nicht zu prüfen. Prozessthema ist daher einzig die Frage, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf die Neuanschuldung eingetreten ist. Nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung und damit nicht Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren ist die materielle Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]; BGE 133 V 108; 130 V 64 und 71; Urteile des BGer 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1 und 8C_746/2013 vom 10. Juni 2014 [SVR 2014 IV Nr. 33] E. 2). Soweit der Beschwerdeführer einen materiellen Anspruch auf Rentenleistungen beantragt hat, kann in diesem Punkt auf die Beschwerde nicht eingetreten werden.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger und wohnt in Österreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss

Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), woran sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nichts geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. November 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 16. November 2015 in Kraft standen.

E. 4.1

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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des BGER 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 4.2

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108).

E. 4.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird auf eine Neuansmeldung nur dann eingetreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu BGE 130 V 343 E. 3.5.3). Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, tritt die Verwaltung auf das Gesuch nicht ein und eröffnet dies mittels einer Nichteintretensverfügung (BGE 130 V 64 E. 5.2.5; 109 V 108 E. 2b). Ist dagegen in einem für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das Gesuch einzutreten und in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen, ob die vom Versicherten glaubhafte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b). Mit der Bestimmung von Art. 87 Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3; 125 V 410 E. 2b; 117 V 198 E. 4b). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist es in erster Linie Sache der versicherten Person selbst, substantielle 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 atypischerweise nicht. Vielmehr wird der versicherten Person für das Eintreten auf eine Neuansmeldung 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). Es sind dabei grundsätzlich alleine die im Verwaltungsverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen zu prüfen (Urteil des BGer 8C_264/2012 vom 4. Juli 2012 E. 2).

E. 4.4

Unter Glaubhaftmachung ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es 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. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Rentengesuches lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nachdem sind an das Glaubhaftmachen einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteile des BGer 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2.2 und 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 mit Hinweis auf BGE 109 V 262 E. 3). Bereits ab einer Zeitspanne von 15 Monaten dürfen nach der bundesgerichtlichen Praxis keine allzu hohen Anforderungen an die Glaubhaftmachung gestellt werden (BGE 130 V 64 E. 6.2). Insofern steht der Verwaltung ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. 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 (SVR 2003 IV Nr. 25 S. 76 E. 2.2 und 2.3, 2002 IV Nr. 10 S. 25 E. 1c/aa). Für den Fall, dass einer Neuanmeldung zwar ärztliche Berichte beigelegt sind, diese indessen so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur verpflichtet, wenn den - für sich allein genommen den Anforderungen der Glaubhaftmachung nicht genügenden - Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt. Der Verwaltung ist es aber auch hier unbenommen, entsprechende Erhebungen selber anzustellen, ohne dass deswegen bereits auf ein materielles Eintreten auf die Neuanmeldung zu schliessen wäre (vgl. Urteil des BGer 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1 m.w.H.).

E. 4.5

Arztberichte, welche aus der Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung datieren und erst im Beschwerdeverfahren aufgelegt wurden, sind bei der Beurteilung der Frage, ob die Verwaltung auf das Revisionsgesuch hätte eintreten müssen grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5 und Urteil des BGer 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.2). Unterlässt die IV-Stelle die Nachforderung weiterer Angaben trotz erkennbarer Hinweise für eine rechtserhebliche Änderung des Sachverhalts, steht der Berücksichtigung von im Gerichtsverfahren beigebrachten Beweismitteln nichts entgegen (vgl. analog dazu BGE 130 V 64 E. 5.2.2 und E.6).

E. 5.1

Die Vorinstanz ist auf das Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers nicht eingetreten. Sie geht davon aus, mit dem Revisionsgesuch werde nicht glaubhaft gemacht, dass sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Die neu eingereichten ärztlichen Unterlagen aus Österreich seien von ihrem medizinischen Dienst geprüft worden. Daraus liessen sich keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ableiten, weshalb auf die Neuanmeldung nicht eingetreten werden könne.

E. 5.2

Demgegenüber macht der Beschwerdeführer sinngemäss geltend, dass sich sein Gesundheitszustand seit dem Jahr 2011 verschlechtert habe, was durch entsprechende Arztberichte belegt werde.

E. 6.1

Als massgebender Vergleichszeitpunkt ist hier als letztmaliger, das Ergebnis einer rechtsgenügenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs darstellender Rechtsakt die Verfügung vom 11. Februar 2014 (act. 85) zu betrachten, mit welcher die Vorinstanz mit Wirkung per 1. April 2014 die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente aufgehoben hat. Die Verfügung vom 11. Februar 2014 stützt sich in medizinischer Hinsicht auf Akten, die es der Vorinstanz ermöglichten, sich ein umfassendes Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Problematik und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen (vgl. dazu Urteil des BVGer C-7897/2009 vom 7. Juni 2012 E. 4.3, bestätigt mit Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 6.2).

E. 6.2

Die Revisionsverfügung vom 11. Februar 2014 stützte sich im Wesentlichen auf die folgenden ärztlichen Berichte und Gutachten:

E. 6.2.1

Gestützt auf ein MRT hielt der Radiologe Dr. med. O._____ am 5. März 2012 fest, es bestehe bei der Lendenwirbelsäule eine flachbogig rechtskonvexe Skoliose und Hyperlordose sowie eine deformierende Spondylarthrose und eine mässige Spondylarthrose der unteren LWS (act. 77).

E. 6.2.2

Nach Prüfung eines MRT des linken Kniegelenks befundete Dr. med. P._____ mit Bericht vom 20. März 2012 einen Gelenkserguss und eine deutlich lateralisierte Patella, eine Insertionstendinopathie der Quadricepssehne sowie der Patellasehne infrapatellar, geringe degenerative Veränderungen im Hinterhorn des medialen Meniskus und eine gering ausgedünnte Hinterhornwurzel des medialen Meniskus sowie eine Chondropathie Grad I - II im lateralen Kompartiment (act. 76).

E. 6.2.3

Gestützt auf ein MRT der Halswirbelsäule befundete Dr. med. Q._____ am 19. Dezember 2012 flache konzentrische Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten C2-C7, welche den anterioren Duralsack geringgradig imprimieren würden, mässige knöcherne Foramenstenosen in den Segmenten C3/C4 beidseits und C4-C6 beidseits sowie eine mässige degenerative Diskopathie und inzipient deformierende Spondylarthrosen und geringe Uncovertebralarthrosen C2-C7, höhergradige Spondylarthrosen C3-C6 und geringer ausgeprägt C6/C7 mit zum Teil Hypertrophie der Facettengelenke der oberen HWS (act. 74).

E. 6.2.4

Im Rahmen einer von der Pensionsversicherungsanstalt veranlassten Begutachtung hielt Dr. med. H._____ in ihrem internistischen Teilgutachten vom 14. Mai 2013 ausschliesslich eine Diagnose ohne Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit fest (allgemeine Adipositas). Ferner fügte sie hinzu, dass im Rahmen einer auswärtig durchgeführten Echokardiografie ein grenzwertig grosser linker Ventrikel bei guter linker Ventrikelfunktion festgestellt worden sei. Aus internistischer Sicht würden sich keine relevanten Einbussen der Leistungsfähigkeit ergeben (act. 70, S. 1 - 7).

E. 6.2.5

Aus psychiatrisch-neurologischer Sicht diagnostizierte Dr. med. G._____ in seinem Teilgutachten vom 27. April 2013 eine Anpassungsstörung (nach ICD-10 F43.2) und führte präzisierend aus, es liege eine Anpassungsstörung mit regressiver Entwicklung vor. Eine medikamentöse Behandlung sei erfolgt und ein eingeschränktes Leistungsprofil müsste durchführbar sein. Es sei keine Anpassung und Gewöhnung an den bleibenden Leidenszustand in einem solchen Ausmass erfolgt, dass sich das Restleistungskalkül verbessert habe (act. 71, S. 1 - 6).

E. 6.2.6

In ihrem Gesamtgutachten vom 15. Mai 2013 hielt Dr. med. F._____ zusammenfassend fest, es bestünden derzeit noch eine Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.2), ein cerviko-lumbales Schmerzsyndrom bei Degeneration, ohne neurologische Ausfälle mit nur

geringer Bewegungseinschränkung, Polyarthralgien der grossen Gelenke, ohne schweren Arthrosehinweis, leichte Fingerpolyarthrosen mit erhaltener Greiffunktion (ohne rheumatische Grunderkrankung) sowie ein mässiger Knorpelschaden der Kniescheiben beidseits bei freier Gelenksfunktion. Ferner führte sie aus, gegenüber dem Vorgutachten habe sich in der Untersuchung vom 14. Mai 2013 eine deutliche Besserung der psychischen Gesamtsituation ergeben, da lediglich noch eine Anpassungsstörung mit regressiver Entwicklung habe festgestellt werden können. Laut Neuropsychiater sei ein eingeschränktes Leistungsprofil durchaus zumutbar. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Degeneration der Wirbelsäule ohne neurologische Ausfälle und sowie Polyarthralgien ohne schwere Funktionseinbusse der grossen Gelenke. Aus internistischer Sicht bestehe lediglich eine allgemeine Adipositas. Es bestehe daher wieder eine Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (act. 69, S. 1 - 7).

E. 6.2.7

Am 22. August 2013 hielt RAD-Arzt Dr. med. K. _____ - gestützt auf eine Aktenbeurteilung - als Diagnosen eine Anpassungsstörung (nach ICD-10 F43.2), ein cervico-lumbales Schmerzsyndrom bei Degeneration, ohne neurologische Ausfälle mit nur geringer Bewegungseinschränkung (ICD-10 M50.5), Polyarthralgien der grossen Gelenke, ohne schweren Arthrosehinweis, leichte Fingerpolyarthrosen mit erhaltener Greiffunktion (ohne rheumatische Grunderkrankung) sowie einen mässigen Knorpelschaden der Kniescheiben beidseits bei freier Gelenksfunktion fest. Ferner führte er aus, laut gut begründeter Schlussfolgerung in der polydisziplinären Expertise habe sich dank einer deutlichen Verbesserung der psychiatrischen Situation mit Wegfall der depressiven Erkrankung wieder eine volle Arbeitsfähigkeit eingestellt (act. 79, S. 1 - 3).

E. 6.2.8

Mit medizinischer Stellungnahme vom 5. Dezember 2013 kam Dr. med. I. _____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierte medizinische Gutachterin SIM beim medizinischen Dienst der IVSTA, zum Schluss, dass die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen nicht mehr bestätigt werden könne. Aktuell sei lediglich noch ein generalisiertes Schmerzsyndrom ohne relevante Bewegungseinschränkungen (ICD-10 M 50.5) sowie eine Anpassungsstörung mit regressiver Entwicklung festzuhalten. Die Ausprägung der depressiven Symptomatik sei geringgradig und stehe im Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungsfaktoren. Der Psychiater zeige die psychosozialen Belastungsfaktoren auf und weise auf eine deutliche Besserung der psychischen Gesamtsituation hin. Ab dem 25. April 2013 bestehe sowohl für eine angepasste wie auch für die bisherige Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr (act. 81, S. 1 - 5).

E. 7

Im Hinblick auf die Prüfung der Frage, ob eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden sei, lagen der Vorinstanz die folgenden medizinischen Berichte und Gutachten vor:

E. 7.1

Mit (im Vorbescheidverfahren) eingereichtem Bericht vom 26. März 2015 befundete Dr. med. R. _____, Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, insbesondere (vom Beschwerdeführer berichtete) Beschwerden von Seiten der Lendenwirbelsäule, Schwellungen im Bereich der Grundgelenke II - V der Hand (beidseits), eine degenerative

Diskopathie L4 - S mit Foramenstenosen L4/5 links, einen Zustand nach Coxitis links sowie eine Chondropathie Grad II - III im Bereich des Femurcondyls am Knie rechts. Ferner fügte er hinzu, der Beschwerdeführer klage nun über einen Tinnitus, Cephalae (Kopfschmerz) und über Sensibilitätsstörungen im Bereich der ersten drei Finger. Dem Bericht ist indes weder eine Begründung der gestellten Diagnosen noch eine Leistungsbeurteilung zu entnehmen (act. 100).

E. 7.2

Gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers hielt Dr. med. F._____ in ihrem orthopädischen Teilgutachten vom 22. April 2015 namentlich ein Wirbelsäulensyndrom bei knöchernen Verschleisserscheinungen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung fest. Ferner bestünden eine leichte Retropatellaarthrose rechts mehr als links, bei sonst guter Gelenkfunktion sowie Polyarthralgien ohne schwere Funktionseinbusse der übrigen Gelenke. Insgesamt kam sie zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Beachtung gewisser Limitationen gemäss Leistungskalkül zumutbar seien (act. 91, S. 1 - 5).

E. 7.3

Die Internistin Dr. med. H._____ hielt ebenfalls gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers mit Teilgutachten vom 22. April 2015 fest, dass zwar ein chronischer Leberparenchymschaden, ein leichtes Übergewicht sowie eine - derzeit noch näher abzuklärende - Drangstuhlinkontinenz zu diagnostizieren seien. In ihrer Gesamtbeurteilung der Leistungsfähigkeit (Leistungskalkül) konnte sie dem Beschwerdeführer allerdings keine relevanten Leistungseinbussen attestieren. Diese Leistungseinschätzung stellte sie allerdings unter den Vorbehalt, dass die weiteren Abklärungen keinen einschränkenden Befund ergeben würden (act. 91, S. 6 - 10).

E. 7.4

Gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers und die Würdigung der orthopädischen und internistischen Teilgutachten (vgl. E. 7.2 und 7.3 hievor) erstattete Dr. med. S._____, Fachärztin für Psychiatrie, am 22. April 2015 ihr ärztliches Gesamtgutachten. Darin führte sie namentlich aus, der Beschwerdeführer befinde sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand. Als Diagnosen führte sie eine nicht näher bezeichnete depressive Episode (ICD-10 F 32.9; vgl. dazu Horst Schilling/Werner Mombour/Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl. 2015, S. 176), einen Kreuz- respektive Lendenschmerz (ICD-10 M 54.5), eine nicht näher bezeichnete Gonarthrose (ICD-10 M 17.9) sowie ein Schlottergelenk (ICD-10 M 25.2) an. Ferner fügte sie hinzu, Hauptursache der Minderung der Erwerbsunfähigkeit (recte: Erwerbsfähigkeit) sei die depressive Störung mit psychotischen Aspekten. Aus psychiatrischer Sicht würde sich im Vergleich zum Vorgutachten keine wesentliche Änderung ergeben. Aus orthopädischer Sicht seien dem Beschwerdeführer Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar, und aus internistischer Sicht habe die Computertomografie des Herzens im Jahr 2013 einen gering vergrösserten linken Vorhof ergeben. Die berichtete Stuhlinkontinenz werde derzeit durch ambulante Prokto- und Koloskopie abgeklärt (act. 90, S. 1 - 6).

E. 7.5

Mit (im Vorbescheidverfahren) eingereichtem Bericht vom 11. Mai 2015 hielt Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, als Diagnosen eine schizoaffektive

Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F 25.1), Zwangsgedanken und -handlungen (gemischt; ICD-10 F 42.2), eine Panikstörung (F 41.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 45.4) sowie einen Tinnitus aurium (ICD-10 H 93.1) fest, ohne diese Diagnosen allerdings durch entsprechende Befunde zu begründen (act. 102, S. 1).

E. 7.6

Mit Schlussbericht vom 10. Juni 2015 hielt RAD-Arzt Dr. med. L. _____ als Diagnosen ein generalisiertes Schmerzsyndrom ohne relevante Bewegungseinschränkungen (ICD-10 M 50.5), eine Anpassungsstörung mit regressiver Entwicklung (ICD-10 F 43.2), ein Wirbelsäulensyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung bei degenerativen Veränderungen (ICD-10 M 54.5), eine leichte Femoropatellaarthrose rechts mehr als links (ICD-10 M 17.9), Polyarthralgien (ICD-10 M 25.2), einen chronischen Leberparenchymschaden (ICD-10 K 76.9), ein leichtes Übergewicht (ICD-10 B 66.0), anamnestisch eine Drang-Stuhlinkontinenz (ICD-10 R 15) sowie eine depressive Störung mit psychotischen Aspekten (ICD-10 F 32.9) fest. Gestützt darauf kam er zum Schluss, dass das orthopädische, internistische und psychiatrische Gutachten vom 22. April 2015 unveränderte Befunde gegenüber den bisherigen Beurteilungen ergeben habe. Es werde medizinisch sehr gut nachvollziehbar weiterhin ein vollschichtiges Arbeitspensum unter den Limitationen "keine schwere Arbeit, kein Schichten, kein Zeitdruck, keine vermehrte Belastbarkeit und nur mässig schwierige Arbeiten" attestiert. Die neuen Unterlagen könnten nicht glaubhaft machen, dass sich der Gesundheitszustand in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Es könne weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden (act. 97, S. 1 - 4).

E. 7.7

Mit Bericht vom 28. Juli 2015 hielt RAD-Arzt Dr. med. M. _____ fest, dass der Bericht von Dr. med. R. _____ den vorwiegend degenerativen Charakter der generalisierten Beschwerden bestätige; in diesem Sinne habe sich seit der somatischen Begutachtung vom Mai 2013 nichts verändert. Der psychiatrische Bericht von Dr. med. N. _____ sei objektiv nicht nachvollziehbar und halte den Anforderungen eines medizinischen Untersuchungsberichts nicht stand. Dementsprechend sei weiterhin auf das psychiatrische Gutachten aus dem Jahr 2013 abzustellen. Zusammenfassend könnten die neu eingerichteten Berichte der Dres. R. _____ und N. _____ keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft machen (act. 104).

E. 7.8

Mit Schlussbericht vom 5. November 2015 führte RAD-Arzt Dr. med. M. _____ ergänzend aus, die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung komme hier nicht zur Anwendung, da kein entsprechendes Leiden zur Diskussion stehe. Beim Beschwerdeführer bestünden vielmehr eine nicht-invalidisierende psychische Störung (Anpassungsstörung) und Schmerzen aufgrund von degenerativen Wirbelsäulenveränderungen (ICD-10 M54.5); das generalisierte Schmerzsyndrom sei auf dieser Basis zu sehen. In mehreren Expertisen seien die somatischen und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen als nicht-invalidisierend eingestuft worden, weshalb es bei der Beurteilung des RAD vom 28. Juli 2015 bleibe (act. 107).

E. 8

Zu prüfen ist im Folgenden, ob der Beschwerdeführer mit den eingereichten medizinischen Unterlagen eine namhafte Verschlechterung seines Gesundheitszustandes im massgebenden

Vergleichszeitraum vom 11. Februar 2014 bis 16. November 2015 glaubhaft zu machen vermag.

E. 8.1

Bei der Prüfung dieser Frage ist von der Sachlage auszugehen, wie sie sich der Vorinstanz bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2015 bot (vgl. E. 4.2 hievior).

E. 8.2

Die Vorinstanz stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2015 im Wesentlichen auf das von der Pensionsversicherungsanstalt veranlasste polydisziplinäre (internistisch-orthopädisch-psychiatrische) Gesamtgutachten vom 22. April 2015 sowie den RAD-Bericht von Dr. med. L. _____ vom 10. Juni 2015.

E. 8.2.1

Aus dem Gesamt- und dem orthopädischen Teilgutachten vom 22. April 2015 geht zunächst klar hervor, dass beim Beschwerdeführer - trotz des Wirbelsäulensyndroms und der Gonarthrose - insgesamt keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes angenommen werden kann (act. 91, S. 1 - 5). Konkrete Anhaltspunkte für eine orthopädisch bedingte Leistungseinschränkung sind nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht (vgl. dazu auch E. 7.1 und 7.2 hievior).

E. 8.2.2

Ferner hat auch das internistische Teilgutachten vom 22. April 2015 keine relevanten Leistungseinbussen ergeben (act. 91, S. 6 - 10). Dr. med. H. _____ stellte ihre Leistungseinschätzung allerdings unter den Vorbehalt, dass die weiteren Abklärungen keinen einschränkenden Befund ergeben würden (vgl. dazu E. 7.3 hievior; act. 91, S. 6 - 10). Was den im Beschwerdeverfahren vorgebrachten Tinnitus und die berichtete Stuhlinkontinenz betrifft, ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass dieser im Befundbericht von Dr. med. R. _____ vom 26. März 2015 lediglich als Beschwerdeangabe gegenüber dem Arzt aufgeführt (act. 100, S. 3) und soweit ersichtlich nie spezialärztlich abgeklärt wurde. In Bezug auf die geltend gemachte Stuhlinkontinenz haben die ambulanten Untersuchungen vom 18. Mai 2015 (Darmkoloskopie und Ultraschall des Oberbauchs und des Retroperitoneums) keine auffälligen Befunde ergeben (Beilage zu BVGer act. 11), sodass der von Dr. med. H. _____ angebrachte Vorbehalt entfällt. Auch wenn im Vergleich zur Revisionsverfügung vom 11. Februar 2014 neue Diagnosen gestellt wurden, vermag der Beschwerdeführer mit diesen noch keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-7289/2013 vom 7. Dezember 2015 E. 6), zumal aus den entsprechenden Arztberichten keine Hinweise für eine leistungseinschränkende Wirkung dieser neuen Diagnosen ersichtlich sind. Demnach ist auch aus internistischer Sicht keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft dargetan.

E. 8.2.3

Überdies konnte auch Dr. med. H. S. _____ als psychiatrische Fachärztin lediglich eine nicht näher bezeichnete depressive Episode (ICD-10 F 32.9) diagnostizieren. Dabei kam sie zum klaren Schluss, dass sich aus psychiatrischer Sicht im Vergleich zum Vorgutachten keine wesentliche Änderung ergeben habe (act. 90, S. 1 - 6). In diesem Zusammenhang ist der Beschwerdeführer zunächst auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung im Zusammenhang mit der invalidisierenden Wirkung von Depressionen hinzuweisen. Danach

fallen leicht bis höchstens mittelgradig schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis nur dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 - 3.7.3 S. 295 f.). Hinzu kommt, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und/oder stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197; 137 V 64 E. 5.2 S. 70 mit Hinweis; Urteile des BGer 8C_131/2016 vom 14. Juli 2016 [SVR 2016 IV Nr. 51 S. 173] E. 5.3.1 m.H., und 9C_13/2016 vom 14. April 2016 [SVR 2016 IV Nr. 52] E. 4.2). Die hier gestellte Diagnose der depressiven Episode lässt weder Rückschlüsse auf die Schwere der Erkrankung zu, noch kann daraus auf Therapieresistenz und damit auf das Vorliegen eines invalidisierenden Leidens geschlossen werden (Urteil 9C_13/2016 [SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176] E. 4.3 m.H., erneut bestätigt mit Urteil des BGer 9C_630/2016 vom 9. Februar 2017 E. 3.2). Dies zumal der Beschwerdeführer weder im vorinstanzlichen noch im Beschwerdeverfahren Beweismittel eingereicht hat, welche auf eine Verschlechterung der Depression oder gar Therapieresistenz hinweisen würden.

E. 8.2.4

Im Schlussbericht von Dr. med. L._____ vom 10. Juni 2015 (act. 97, S. 1 - 4) konnte dieser dem Beschwerdeführer weiterhin ein vollschichtiges Arbeitspensum unter Beachtung gewisser Einschränkungen bestätigen (vgl. E. 7.6 hievor). Andererseits geht auch aus den überzeugenden Beurteilungen von Dr. med. M._____ vom 28. Juli 2015 und 5. November 2015 hervor, dass für den hier relevanten Zeitpunkt vom 16. November 2015 von einer nicht-invalidisierenden psychischen Störung (Anpassungsstörung) auszugehen ist (vgl. E. 7.7 und 7.8 hievor).

E. 8.2.5

Überdies kann der Beschwerdeführer auch aus der von Dr. med. N._____ diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 45.4) nichts zu seinen Gunsten ableiten, da die Diagnose durch keinerlei Befunde begründet wird und mithin nicht nachvollzogen werden kann. Unter diesen Umständen kann nicht von einer rechtlich relevanten besonderen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome im Sinne der Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298) gesprochen werden, sodass in antizipierter Beweiswürdigung von einer ergänzenden Begutachtung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens abzusehen ist.

E. 8.2.6

Schliesslich vermag der Beschwerdeführer auch mit den weiteren - erst im Beschwerdeverfahren ins Recht gelegten - Berichten (Beilagen zu BVGer act. 5 und zu BVGer act. 9) keine relevante Veränderung seines Gesundheitszustandes respektive seiner Leistungsfähigkeit glaubhaft zu machen. Soweit die Berichte auf den Gesundheitszustand nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2015 Bezug nehmen, haben sie nach dem vorstehend Dargelegten (E. 4.5 hievor) im vorliegenden Beschwerdeverfahren unberücksichtigt zu bleiben.

E. 8.3

Mit Blick auf die überzeugenden Ausführungen im Gesamtgutachten vom 22. April 2015 und den entsprechenden Teilgutachten sowie die nachvollziehbare und überzeugende Begründung in den genannten RAD-Berichten ist es dem Beschwerdeführer für den vorliegend relevanten Zeitraum vom 11. Februar 2014 bis 16. November 2015 nicht gelungen, eine wesentliche, für den Rentenanspruch erhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV glaubhaft zu machen. Obwohl zwischen der ersten und zweiten Begutachtung durch die österreichischen Ärzte rund 2 Jahre liegen und deshalb keine hohen Anforderungen an die Eintretensvoraussetzungen gestellt werden können, konnte der Beschwerdeführer keine substanziellen Anhaltspunkte aufzeigen, welche die Erforderlichkeit einer neuen Prüfung des Rentenanspruchs zufolge einer wesentlichen Verschlechterung seiner gesundheitlichen Situation zu begründen vermöchten. Es bestand unter diesen Umständen für die Vorinstanz, welcher bei der Beurteilung der Glaubhaftmachung ein vom Bundesverwaltungsgericht zu beachtender Ermessens- und Beurteilungsspielraum zukommt (vgl. Urteil des BGer 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009, E. 3.2.3), kein Grund, auf die Neuanschuldung einzutreten und diese in materieller Hinsicht zu prüfen.

E. 8.4

Schliesslich vermag der Beschwerdeführer aus der Tatsache, dass er von der Pensionsversicherungsanstalt nach wie vor eine Invaliditätspension bezieht, nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Denn die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann ein Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich ausschliesslich nach den innerstaatlichen schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG, heute: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] I 785/04 vom 25. April 2006 E. 1 m.w.H.). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 8.5

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind Invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren) vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich. Prägen psychosoziale Einflüsse das Bild, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (Urteil 8C_399/2016 vom 24. August 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Entsprechend darf der Umstand, dass der Beschwerdeführer - nach eigenen Angaben - seit 20 Jahren durch Alimentenschulden und Exekutionen auf ein Minimum beschränkt ist, unter dem Existenzminimum lebt und ca. 150'000 Schulden hat, in einem Heim mit Personen lebt, die unter Suchterkrankungen oder anderen psychischen Erkrankungen leiden (act. 90, S. 2, act. 71, S. 2), bei der Beurteilung der medizinischen und erwerblichen Situation nicht berücksichtigt werden.

E. 8.6

Zusammengefasst ergibt sich, dass die Vorinstanz mangels Glaubhaftmachung einer rentenrelevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten ist. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

E. 9

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG sind die Verfahrenskosten der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Mit Zwischenverfügung 14. Januar 2016 wurde dem Beschwerdeführer allerdings die unentgeltliche Rechtspflege gewährt (BVGer act. 6); entsprechend sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

E. 9.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die IVSTA jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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