

BVGer C-863/2020 vom 25. Mai 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-05-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-863_2020

FR: TAF C-863/2020 du 25 mai 2021

IT: TAF C-863/2020 del 25 maggio 2021

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 VwVG). Es 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]). Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet, sodass auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 14. Februar 2020 einzutreten ist (Art. 60 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 10. Januar 2020, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Nachdem das erste Leistungsgesuch des Beschwerdeführers bereits mit Verfügung vom 9. Dezember 2015 abgewiesen worden war, ist vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozesssthema.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 10. Januar 2020) 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. 3.2

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). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 10. Januar 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.3

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, war während mehrerer Jahre in der Schweiz erwerbstätig und wohnt aktuell in Österreich. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Österreich und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 4.3

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. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). 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 vorzugehen (Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). 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; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

E. 4.4

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanschuldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2).

E. 4.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.7

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

E. 4.8

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Nach geänderter Rechtsprechung ist auch bei einem fachärztlich diagnostizierten Abhängigkeitssyndrom nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich dieses auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (BGE 145 V 215). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 5.1

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 17. Januar 2018 eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2020 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsverneinenden Verfügung vom 9. Dezember 2015 und der angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2020 eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer bringt vor, im Jahr 2015 sei seine Arbeitsfähigkeit lediglich aufgrund somatischer Beschwerden eingeschränkt gewesen. Im Verlauf seien nun diverse psychiatrische Probleme hinzugetreten und auch die somatischen Beschwerden hätten sich

verschlimmert (BVGer act. 1 S. 10). Es würden diverse ärztliche Berichte und Gutachten vorliegen, welche eine volle Arbeitsunfähigkeit bestätigten, weshalb dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente hätte zugesprochen werden müssen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Sache für weitere Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen (BVGer act. 1 S. 16 f.).

E. 5.3

Demgegenüber ist die Vorinstanz im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilungen ihres ärztlichen Dienstes der Ansicht, dass sich die invaliditätsmässigen Verhältnisse seit dem Zeitpunkt der Abweisung des ersten Leistungsgesuchs nicht verändert hätten. Beim Beschwerdeführer liege auch aktuell keine Invalidität von anspruchsbegründendem Ausmass vor (BVGer act. 10). In der angefochtenen Verfügung führte sie insbesondere aus, es seien keine neuen Beeinträchtigungen aus somatischer Sicht festgestellt worden. Aus psychiatrischer Sicht würden keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen bestehen (vgl. act. 160 S. 2).

E. 6

Die erste rentenablehnende Verfügung vom 9. Dezember 2015 beruhte auf der Annahme einer Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im angestammten Beruf als Metallfacharbeiter von 20 % und einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit und basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Stellungnahme vom 28. November 2015 des medizinischen Dienstes, welche gestützt auf die damals vorliegenden ärztlichen Berichte abgegeben worden war. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden angeführt: chronisches Cervikal- und LWS-Syndrom bei deutlichen osteochondrotischen Bandscheibenschäden, degenerativen Veränderungen und lumbalem Discusprolaps; Status nach Scapulafraktur rechts und Rippenserienfrakturen (07.2015); COPD Grad II. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde Schwerhörigkeit links angegeben. In der Tätigkeit als Maschinenschlosser sei er praktisch nicht mehr arbeitsfähig, in leichten bis mittelschweren Verweistätigkeiten sei er voll arbeitsfähig (act. 52).

E. 7

Aus dem Zeitraum ab Erlass der Verfügung vom 9. Dezember 2015 liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Einschätzungen in den Akten:

E. 7.1

Gemäss ärztlichem Attest vom 12. April 2016 der Hausärztin Dr. B. _____ seien betreffend den Beschwerdeführer bisher folgende Diagnosen erhoben worden: Discusprolaps L5/S1 rechts mit Tangierung der Nervenwurzel S1 rechts; Tendinitis calcarea; COPD I-II; Zustand nach Scapulafraktur rechts, Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion rechts; chronisches rezidivierendes Cervikalsyndrom bei deutlicher osteochondrotischen Bandscheibenschäden C4/C5 und C6/C7 und Diskusprolaps C6/C7 rechts. Der Beschwerdeführer werde physiotherapeutisch und analgetisch behandelt. Bei geringster körperlicher Belastung gehe es ihm schlechter, die Schmerzen vor allem im Bereich der HWS würden dann deutlich zunehmen. Ein geregelter Arbeitstag sei schmerzbedingt nicht mehr zumutbar (act. 111).

E. 7.2

Gemäss ärztlichem Entlassungsbrief vom 22. September 2017 hielt sich der Beschwerdeführer vom 8.-13. September 2017 stationär im Krankenhaus C._____ auf. Arterieller Hypertonus, Panikstörung und Leberenzymhöhung in Observanz wurden als Hauptdiagnosen, Hypercholesterinämie und Hyperurikämie als Nebendiagnosen genannt. Die stationäre Aufnahme sei in erster Linie aufgrund von psychischer Überlastung durch eine empfundene Strahlenbelastung sowie Brummen im häuslichen Bereich erfolgt. Die Unruhezustände seien medikamentös behandelt worden. Laut psychiatrischem Konsil sei eine ambulante Psychotherapie empfehlenswert (act. 83; 98). Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. den allfälligen funktionellen Einschränkungen enthält der Entlassungsbrief keine Angaben.

E. 7.3

Dr. D._____, Fachärztin für Psychiatrie, nannte in ihrem Bericht vom 6. November 2017 die Diagnose Angst und Panikstörung. Zum Psychostatus hielt sie insbesondere Folgendes fest: Stimmung und Antrieb seien im niedergedrückten Bereich. Der Beschwerdeführer wirke sehr besorgt über seinen Zustand. Er könne teilweise Stress, Stimmen und Menschenansammlungen nicht leiden. Auffallend sei die affektive Flachheit. Schwingungsfähigkeit sei kaum vorhanden. Psychomotorisch und mimisch verarmt. Aktuell sei der Patient nicht belastbar (act. 82; 99).

E. 7.4

Vom 13. Dezember 2017 bis 24. Januar 2018 absolvierte der Beschwerdeführer eine stationäre Rehabilitation in der Therme E._____ (act. 84 S. 1). Im ärztlichen Entlassungsbrief vom 24. Januar 2018 wurden die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10 F41.0), essentielle (primäre) Hypertonie (ICD-10 I10) und Cervikalsyndrom angeführt. Bei Entlassung habe eine noch eingeschränkte psychische Belastbarkeit bestanden. Von körperlicher Seite hätten Schmerzen im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in den linken Arm bestanden, welche sich jedoch im Laufe des Aufenthaltes durch physiotherapeutische Massnahmen gebessert hätten (act. 84, vgl. auch act. 94).

E. 7.5

Im ärztlichem Attest vom 2. März 2018 der Hausärztin Dr. B._____ wiederholte sie die Diagnosen gemäss Attest vom 12. April 2016. Zudem erwähnte sie den Kuraufenthalt in der Therme E._____ aufgrund der psychiatrischen Diagnosen, die aktuelle Medikation mit Antidepressiva und Neuroleptika sowie die regelmässige Behandlung bei der Psychiaterin Dr. D._____ (act. 85; 96; 110). Im Übrigen finden sich keine Hinweise zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. zu den allfälligen funktionellen Einschränkungen.

E. 7.6

Der Beschwerdeführer wurde zuhanden der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt am 22. März 2018 psychiatrisch (act. 138; vgl. auch act. 151) und internistisch (act. 64; vgl. auch act. 95; 142; 153) begutachtet.

E. 7.6.1

Dr. F._____, Fachärztin für Psychiatrie, stellte die Hauptdiagnose rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, mit Krankheitswert (ICD-10 F33.1). Als Nebendiagnose führte sie Panikstörung (episodisch-paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0) an. Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit führte sie aus, der Beschwerdeführer habe ausgehend von den

mehrfachen Belastungen (Arbeitslosigkeit, Auseinandersetzung mit Behörden) eine wiederkehrende depressive Störung entwickelt. Bei zunehmendem Auftreten der Panikattacken und der paranoid gefärbten Gedanken mit Wahrnehmungsstörungen sowie latent vorhandenen Lebensüberdrussgedanken sei er stationär im Krankenhaus C. _____ (8. bis 13. September 2017) behandelt worden. Es sei eine Einstellung auf antipsychotische und antidepressive Therapie erfolgt und der Beschwerdeführer sei bei eingeschränkter psychischer Belastbarkeit entlassen worden. Es sei eine engmaschige ambulante nervenfachärztliche Behandlung sowie ein psychischer Rehaaufenthalt in der Therme E. _____ (13. Dezember 2017 bis 24. Januar 2018) erfolgt. Mit einer wesentlichen Besserung sei nicht mehr zu rechnen, sodass eine dauerhafte Pensionierung empfohlen werde (act. 138 S. 4). Geregelte Tätigkeiten seien nicht zumutbar (act. 138 S. 6).

E. 7.6.2

Im Ärztlichen Gesamtgutachten wiederholte Dr. G. _____, Facharzt für Innere Medizin, die von Dr. F. _____ gestellten psychiatrischen Diagnosen und ergänzte folgende Diagnosen: Bluthochdruck grenzwertig eingestellt (ICD-10 I10); Wirbelsäulensyndrom gering eingeschränkt (ICD-10 M53.9); Belastungsschmerzen beide Knie bei Zustand nach Meniskusoperation 1983; Übergewicht (act. 64 S. 5). Im Rahmen der ärztlichen Gesamtbeurteilung hielt er fest, im Vergleich zum Vorgutachten von 07/2015 sei es zu einer Befundverschlechterung gekommen. Alsdann wiederholte er die Beurteilung von Dr. F. _____. Ferner hielt er fest, der Beschwerdeführer sei kardiopulmonal kompensiert und ausreichend belastbar. Herzbeschwerden und Atemnot würden nur während Panikattacken auftreten. Die Funktionseinschränkungen von Seiten des Stütz- und Bewegungsapparates seien nur gering ausgeprägt. Eine Wurzelirritation bzw. eine Gangstörung bestehe nicht. Dem Beschwerdeführer seien am allgemeinen Arbeitsmarkt unbefristet keine Erwerbsarbeiten zumutbar (act. 64 S. 5).

E. 7.7

In der chefärztlichen Stellungnahme vom 4. April 2018 zuhanden der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt führte Dr. H. _____ als Hauptdiagnose rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, Krankheitswert (ICD-10 F33.1) an. Als Nebendiagnosen nannte sie Panikstörung (episodisch-paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0), Bluthochdruck grenzwertig eingestellt (ICD-10 I10) und Wirbelsäulensyndrom gering eingeschränkt (ICD-10 M53.9). Das Gesamtleistungskalkül reiche für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorübergehend mehr als 6 Monate nicht aus. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei ausgeschlossen. Die Invalidität bestehe auf Dauer (act. 137).

E. 7.8

In der Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 18. Mai 2018 nannte Dr. I. _____, FMH allgemeine Medizin, die Hauptdiagnosen chronisches Cervicovertebral- sowie Lumbovertebralsyndrom. Als Nebendiagnosen führte sie COPD II, Schwerhörigkeit links, Status nach Meniscus-Operation links (1985), Status nach Verkehrsunfall 28. Juli 2015 mit undislozierter Scapulafraktur rechts und Rippenserienfrakturen rechts an. In der bisherigen Tätigkeit bestehe ab 1. Mai 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %, in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 0 %. Die somatische Situation sei unverändert. Im psychiatrischen Gebiet sei eine Verschlechterung möglich, es würden jedoch keine entsprechenden Unterlagen vorliegen (act. 71).

E. 7.9

Dr. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, stellte im ärztlichen Gesamtgutachten vom 29. Oktober 2018 folgende Diagnosen: rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, Krankheitswert (ICD-10 F33.1); Panikstörung (episodisch-paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0). Aus psychiatrischer Sicht zeige sich das Bild einer chronifizierten depressiven Erkrankung mit Einschränkungen von Stimmung, Antrieb und Affekt. Inhaltlich bestehe eine Fokussierung auf lebensgeschichtliche Belastungen. Stress- und Frustrationstoleranz seien vermindert, mit Neigung zu Entwicklung zu Panikattacken. In letzter Zeit habe sich ein kompensatorischer Alkoholgebrauch etabliert. Trotz regelmässiger Therapie (Facharzt, Medikation, Gesprächstherapie) zeige sich keine leistungskalkülrelevante Stabilisierung ab. Die Funktionalität im Alltag unter Schonungsbedingungen sei weitgehend erhalten. Dem Beschwerdeführer seien keine Erwerbsarbeiten zumutbar. Die dauerhafte Pensionierung werde empfohlen (act. 104 S. 3 f.; 141; 152; vgl. auch act. 103).

E. 7.10

Im Arztbrief vom 9. April 2019 nannte Dr. D. _____ die Diagnosen Angst und Panikstörung. Ende Januar 2019 habe der Beschwerdeführer langsam alle Medikamente abgesetzt. Stimmung und Antrieb seien etwas besser. Insgesamt sei der Patient weniger explosiv (act. 125). Zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserte sie sich nicht.

E. 7.11

IV-Psychiater Dr. K. _____ hielt in seiner medizinischen Stellungnahme vom 15. April 2019 zusammenfassend fest, dass alle Berichte im Dossier mangelhaft und kaum nachvollziehbar seien. Es werde ein ausführliches qualitativ aussagekräftiges Gutachten der Verbindungsstelle benötigt (act. 120).

E. 7.12

Im Ärztlichen Gesamtgutachten vom 27. Mai 2019 nannte Dr. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, leichte Episode, mässiger Krankheitswert (ICD-10 F33.0) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1). Zur Leistungsfähigkeit hielt er aus psychiatrischer Sicht zusammenfassend fest, dass eine frühe Bindungsstörung mit erhöhter Vulnerabilität für psychische Erkrankungen und eine eingeschränkte emotionale Regulationsfähigkeit unter Belastungssituationen, akzentuiert durch chronische körperliche Beschwerden bestehe. Die Schwere der psychischen Störung habe ihren Zenit im Juli 2017 erreicht und sei damals wohl krankheitswertig gewesen. Inwieweit durch eine erneute Arbeitsanbelastung bzw. Verpflichtung zur erneuten Arbeitsaufnahme eine Verschlechterung des psychischen Zustandes zu erwarten sei, lasse sich mit ausreichender Sicherheit nicht beantworten. Aus psychiatrischer Sicht sei mit einer andauernden eingeschränkten psychischen Belastbarkeit zu rechnen, die dem Beschwerdeführer nur noch die Ausführung einfacher Tätigkeiten mit normalem Arbeitstempo erlaube. Es seien ihm leichte Erwerbsarbeiten am allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar (act. 124 S. 3 f.; 140; 154; vgl. auch act. 123 [Bericht vom 27. Mai 2019, Formular E 213]).

E. 7.13

Im Arztbrief vom 18. Juli 2019 wiederholte Dr. D. _____ die Diagnosen Angst und Panikstörung. Stimmung und Antrieb seien wechselhaft. Die Medikation sei stufenweise reduziert und abgesetzt worden. Der Patient ziehe sich massiv zurück und ertrage keinen

Termindruck. Bei weiterer Verschlechterung sei der Einsatz von Antidepressiva notwendig (act. 134; 149).

E. 7.14

Der IV-Psychiater Dr. K._____ hielt in seiner medizinischen Stellungnahme vom 13. September 2019 zusammenfassend fest, der Beschwerdeführer leide anscheinend unter einer Strahlung, die von einer Saline herrühre. Die Ärzte - sowohl im Ärztlichen Gesamtgutachten vom 27. Mai 2019 (Dr. L._____ vgl. E. 7.12 vorstehend) wie auch im Bericht vom 9. April 2019 (Dr. D._____ vgl. E. 7.10 vorstehend) - würden einen dysthymen Beschwerdeführer beschreiben, der viel klage, jedoch wenige oder nur leicht ausgeprägte pathologische Befunde zeige. So werde dann auch in einem Bericht eine leichte rezidivierende depressive Störung und im anderen Bericht eine Angst und Panikstörung diagnostiziert. Dr. K._____ stellte als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung leichten Grades (ICD-10 F33.0). In seiner Beurteilung führte er aus, es würden keine wesentlichen psychiatrisch begründbaren funktionellen Einschränkungen bestehen. Eine leichte Depression gelte als willentlich überwindbar. Der Beschwerdeführer sei nie hospitalisiert gewesen. Seine Klagen seien vielfältig, doch kaum nachvollziehbar. Die objektiven pathologischen Befunde seien allesamt leicht ausgeprägt (act. 130).

E. 7.15

Mit Stellungnahme vom 8. Januar 2020 äusserte sich IV-Psychiater Dr. K._____ sodann zu den psychiatrischen Berichten vom 22. März 2018 (Dr. F._____ vgl. E. 7.6.1 vorstehend) und 18. Juli 2019 (Dr. D._____ vgl. E. 7.13 vorstehend). Er hielt fest, die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (Panikattacken und Ängste) sei gering. Nie sei eine Panikattacke beobachtet worden, solche würden nur vom Beschwerdeführer berichtet. Generalisierte Ängste würden verneint. Es bestehe keine depressive Verstimmung, weshalb auch im zweiten Schreiben keine Depression diagnostiziert werde. Es würden keine psychiatrischen Komorbiditäten bestehen und der soziale Kontakt sei weitgehend erhalten. Der Beschwerdeführer arbeite nicht, fahre aber weiterhin mit dem eigenen Auto, doch limitiere er sich selber hinsichtlich jeglicher Arbeit. Er nehme keine Medikamente zu sich, weil er sich ohne wohler fühle - daher könne der Leidensdruck nicht gross sein. Angesichts der Diagnose und dem Psychostatus könne nicht von einer schwerwiegenden psychiatrischen Störung ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für die angestammte oder für jede Verweistätigkeit einsetzbar (act. 158).

E. 7.16

Im Beschwerdeverfahren wurden im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen eingereicht:

E. 7.16.1

In den zum Teil schon in den Akten vorliegenden Arztbriefen von Dr. D._____ im Zeitraum vom 25. Januar 2018 bis 24. Oktober 2019 führte sie stets die Diagnose Angst und Panikstörung an (BVGer act. 8 Beilagen 1-8). Im Arztbrief vom 30. Januar 2020 nannte sie zudem die Diagnose rezidivierende depressive Episode, aktuell seit dem Unfall der Ehefrau mittelschwere Ausprägung (BVGer act. 8 Beilage 9; vgl. auch Arztbrief vom 9. Juni 2020 [BVGer act. 12 Beilage 5]). Anlässlich der Konsultation vom 24. Oktober 2019 habe der Beschwerdeführer berichtet, er sei beim Unfall der Ehefrau dabei gewesen. Seine Gedanken würden ständig um den Unfall kreisen. Zudem kämen sämtliche Lebensereignisse an die Oberfläche. Am 30. Januar 2020 habe der Beschwerdeführer über massive Probleme im

häuslichen Bereich berichtet, die ihn dauernd zum Grübeln bringen würden. Teilweise leide er an Vergesslichkeit. Er ziehe sich sozial zurück. Am 9. Juni 2020 wurde darüber berichtet, dass der Beschwerdeführer mit der Pflege der Ehefrau massiv überfordert sei. Zur Medikation lässt sich den Arztbriefen insgesamt entnehmen, dass der Beschwerdeführer anfänglich mit Antidepressiva behandelt wurde. Laut Arztbrief vom 29. Januar 2019 wurden die Medikamente langsam abgesetzt. Gemäss Arztbrief vom 24. Oktober 2019 nehme der Beschwerdeführer wieder Antidepressiva ein, was in den darauffolgenden Arztbriefen bestätigt wurde.

E. 7.16.2

Im orthopädischen Bericht vom 7. Mai 2019 führte Dr. M._____ die Diagnosen Senkspreizfüsse, Hallux rigidus beidseits und Varusgonarthrose beidseits an. Es erfolge eine Neuversorgung mit Einlagen (BVGer act. 1 Beilage 2).

E. 7.16.3

Aus dem Bericht vom 14. Mai 2019 von Dr. N._____ ergibt sich die Diagnose schnellender 4. und 5. Finger links (BVGer act. 1 Beilage 3).

E. 7.16.4

Der Entlassungsbrief vom 4. Dezember 2019 des Klinikums O._____ betrifft die Behandlung der Ehefrau des Beschwerdeführers infolge eines Motorradunfalls am 22. September 2019 (BVGer act. 1 Beilage 5).

E. 7.16.5

Gemäss Ärztlichem Attest vom 18. Februar 2020 von Dr. B._____ seien beim Beschwerdeführer bisher folgende Diagnosen erhoben worden: Discusprolaps L5/S1 rechts mit Tangierung der Nervenwurzel S1 rechts; Tendinitis calcarea; COPD I-II; Zustand nach Scapulafraktur rechts, Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion rechts; chronisches rezidivierendes Cervikalsyndrom bei deutlicher osteochondrotischen Bandscheibenschäden C4/C5 und C6/C7 und Diskusprolaps C6/C7 rechts; depressive Episode mit Panik und Angstattacken. Der Beschwerdeführer sei seit 1. Februar 2018 in Österreich in Pension, aufgrund der chefärztlichen Stellungnahme der Pensionsversicherungsanstalt sei keine Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten. Vielmehr müsse mit einer Verschlechterung gerechnet werden (Beilage zu BVGer act. 3).

E. 7.16.6

RAD-Ärztin Dr. I._____ führte mit Stellungnahme vom 4. Mai 2020 in somatischer Hinsicht zusammenfassend aus, es liege kein Hinweis für eine relevante Verschlechterung der Situation von HWS und LWS vor. Ein hoher Blutdruck und ein erhöhter GGT-Wert seien kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Im Mai 2019 würden neue Fakten genannt (Springfinger, Spreizfüsse, beginnende Gonarthrosen). Die Folgen liessen sich anhand der vorhandenen Unterlagen sehr gut abschätzen und eine Begutachtung sei nicht notwendig. Sie würden keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Jedoch seien ab Mai 2019 zusätzlich Limitationen in der Tätigkeit (nicht kniend/kauernd, keine langen Gehstrecken am Stück; leichte Funktionseinschränkung der linken adominanten Hand) zu berücksichtigen (Beilage zu BVGer act. 10).

E. 7.16.7

Mit Bericht vom 22. Juni 2020 des Krankenhauses C._____ wurden am linken Kniegelenk des Beschwerdeführers eine Innen- und Aussenmeniskusläsion sowie eine Chondropathie Grad IV diagnostiziert. Die aktive Bewegung im linken Kniegelenk sei schmerzbedingt eingeschränkt (BVGer act. 12 Beilage 2; vgl. auch Röntgenbefund vom 18. Juni 2020 [BVGer act. 12 Beilage 1]).

E. 7.16.8

RAD-Ärztin Dr. I._____ hielt mit Stellungnahme vom 17. Juli 2020 fest, die Kniebeschwerden seien bereits in der Beurteilung vom 4. Mai 2020 zur Kenntnis genommen worden und es sei deswegen eine Arbeitsunfähigkeit für längere gehende Tätigkeiten in unebenem Gelände oder knienden/kauernden Tätigkeiten anerkannt worden. Schwere Tätigkeiten seien seit langem als unzumutbar anerkannt. Diese zusätzlichen Limitationen seien im neuen Einkommensvergleich berücksichtigt worden (Beilage zu BVGer act. 14).

E. 7.16.9

Gemäss Stellungnahmen vom 20. April 2020 und 28. Juli 2020 sah IV-Psychiater Dr. K._____ aufgrund der Unterlagen keine Veranlassung von seinen bisherigen Stellungnahmen abzuweichen (jeweils Beilage zu BVGer act. 10 und 14).

E. 7.16.10

Dem Ärztlichen Entlassungsbrief vom 17. Juli 2020 des Krankenhauses C._____ ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 14. Juli 2020 am linken Kniegelenk operiert wurde (BVGer act. 16 Beilage 1).

E. 7.16.11

Dr. D._____ bestätigte mit fachärztlicher Stellungnahme vom 18. August 2020, dass sich der Beschwerdeführer seit 2017 in ambulanter, psychiatrischer Kontrolle in regelmässigen Abständen befinde und regelmässig die Medikation einnehme. Aktuell sei er psychisch nicht belastbar (BVGer act. 16 Beilage. 4).

E. 8

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht in rentenbeeinflussendem Mass verschlechtert habe.

E. 8.1

Die Vorinstanz stützt ihre Auffassung auf die Stellungnahmen des RAD und des medizinischen Dienstes.

E. 8.1.1

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD

Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 8.1.2

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 8.1.3

Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD und dem medizinischen Dienst der IVSTA erlaubten, sich ein Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu machen, und ob ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

E. 8.2

IV-Psychiater Dr. K. _____ vom medizinischen Dienst der IVSTA nannte als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung leichten Grades, welche keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen begründe. Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde sei gering. Es würden keine psychiatrischen Komorbiditäten bestehen und der soziale Kontakt sei weitgehend erhalten. Schliesslich nehme der Beschwerdeführer keine Medikation zu sich, weshalb der Leidensdruck nicht gross sein könne. In somatischer Hinsicht ging RAD-Ärztin Dr. I. _____ zunächst von einer unveränderten Situation und einer seit Mai 2015 bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 80 % in der bisherigen bzw. von 0 % in einer angepassten Tätigkeit aus. Aufgrund der im Mai 2019 hinzugekommenen Beschwerden (Springfinger, Spreizfüsse, beginnende Gonarthrosen) würden sich zusätzliche Limitationen ergeben (nicht kniend/kauernd, keine langen Gehstrecken am Stück; leichte Funktionseinschränkung der linken dominanten Hand). Diese seien im neuen Einkommensvergleich bereits berücksichtigt worden.

E. 8.3

Aus den vorliegenden medizinischen Akten ergeben sich in psychiatrischer Hinsicht die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, welche teils als leichtgradig und teils als

mittelgradig beurteilt worden ist, Angst und Panikstörung sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Soweit sich die verschiedenen Berichte überhaupt zur Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers äussern, divergieren die Einschätzungen. So seien gemäss Dr. L. _____ dem Beschwerdeführer aufgrund der andauernden eingeschränkten psychischen Belastbarkeit nur noch leichte Erwerbsarbeiten mit normalen Arbeitstempo zumutbar, während die anderen Fachärztinnen keine Erwerbsarbeiten als zumutbar erachten. Angesichts der genannten psychiatrischen Diagnosen hat jedoch grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409; 145 V 215). In den vorliegenden Unterlagen fehlen aber die Grundlagen, welche die Prüfung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens im Lichte der massgeblichen Indikatoren nach BGE 141 V 281 erlauben würden. Entsprechend war auch der IV-Psychiater nicht in der Lage, eine ausführliche Prüfung der Standardindikatoren vorzunehmen. Im Übrigen sind seine Schlussfolgerungen auch nicht überzeugend. So hat er sich nicht mit der Alkoholproblematik des Beschwerdeführers - deren allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ebenfalls nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln sind (BGE 145 V 215) - gar nicht auseinandergesetzt. Es kann daher nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, es würden keine psychiatrischen Komorbiditäten bestehen. Sodann lässt sich die Beurteilung des IV-Psychiaters, wonach der soziale Kontakt weitgehend erhalten sei, nicht mit der Feststellung der behandelnden Psychiaterin, wonach sich der Beschwerdeführer sozial massiv zurückziehe, vereinbaren. Schliesslich ergibt sich aus den nachträglich eingereichten Arztbriefen der behandelnden Psychiaterin, dass der Beschwerdeführer die Medikation Anfang 2019 langsam reduziert und abgesetzt hat, er aber spätestens seit Oktober 2019 wieder Antidepressiva einnimmt. Insofern erweist sich die Annahme des IV-Psychiaters, wonach der Beschwerdeführer keine Medikation einnehme und der Leidensdruck nicht gross sein könne, weder zutreffend noch nachvollziehbar.

E. 8.4

In somatischer Hinsicht stehen die Beschwerden an der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie an den Knien im Vordergrund. Gemäss Dr. G. _____ (Gutachten vom 22. März 2018) waren diese Funktionseinschränkungen nur gering ausgeprägt. Aus den nachträglich eingereichten Berichten ergeben sich zumindest seit Mai 2019 zudem Beschwerden an den Füessen sowie an den Fingern der linken Hand. Zu den allfälligen Leistungseinschränkungen haben sich die behandelnden Ärzte jedoch nicht geäussert. Auch ist der weitere Behandlungsverlauf nicht aktenkundig. Unklar sind auch Verlauf und Auswirkungen der Kniebeschwerden, welche - wenn auch erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung - im Juni 2020 eine Operation zur Folge hatten. Insgesamt lässt sich aufgrund der Aktenlage nicht abschliessend beurteilen, ob die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken und gegebenenfalls in welchem Ausmass. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht, sodass die Diagnose allein keine Schlüsse in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. Urteil des BGER 9C_911/2017 vom 16. März 2018 E. 3.1; BGE 140 V 193 E. 3.1). Eine Arbeitsunfähigkeit resultiert vielmehr aus der Intensität der Symptome und der Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. Urteile des BGER 8C_391/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 5.3.1 und 8C_362/2010 vom 11. März 2011 E. 4.2.2).

E. 8.5

Nach dem Gesagten erweisen sich die medizinischen Akten in mehrfacher Hinsicht als unvollständig. Insbesondere fehlen umfassende Abklärungen zu den für die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Indikatoren nach BGE 141 V 281 erforderlichen Grundlagen und damit zu den allfälligen Auswirkungen der psychiatrischen und somatischen Beschwerden auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die auf einem unvollständig abgeklärten (medizinischen) Sachverhalt beruhenden Stellungnahmen des IV-Arztes bzw. der RAD-Ärztin vermögen somit den beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.

E. 8.6

Die angefochtene Verfügung ist folglich gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 8.6.1

Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4). Demzufolge ist der Antrag des Beschwerdeführers auf Einholung eines Gerichtsgutachtens abzuweisen.

E. 8.6.2

Mit Blick auf die psychischen und somatischen Leiden des Beschwerdeführers ist die Vorinstanz anzuweisen, den Beschwerdeführer in der Schweiz im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung und unter Berücksichtigung der Indikatoren nach BGE 141 V 281 zumindest durch Fachärzte in den Disziplinen Psychiatrie und Orthopädie abklären zu lassen. Der allfällige Beizug weiterer Fachärzte ist dabei in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter zu stellen.

E. 8.6.3

Das Gutachten hat dabei nicht nur Auskunft über den aktuellen Gesundheitszustand und die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit zu geben, sondern auch darüber, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die Verhältnisse im Vergleich zu denjenigen im Zeitpunkt der ersten abweisenden Verfügung im Dezember 2015 effektiv verändert haben.

E. 9

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der massgebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht unvollständig abgeklärt worden ist. Damit lässt sich anhand der vorliegenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilen, ob und gegebenenfalls inwiefern eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist. Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Dabei ist die Vorinstanz anzuweisen, den Beschwerdeführer in der Schweiz zumindest durch Fachärzte in den Disziplinen Psychiatrie und Orthopädie

begutachten zu lassen. Der Beizug allfälliger weiterer Fachärzte ist in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. des Gutachters zu stellen.

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). Entsprechend sind dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 808.94 ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG)

E. 10.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) angemessen (Art. 9 Abs. 1, Art. 10 Abs. 2 VGKE).

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