



Abteilung III
C-202/2021

Urteil vom 2. Juni 2021

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richter David Weiss,
Richterin Michela Bürki Moreni,
Gerichtsschreiberin Marion Sutter.

Parteien

A._____, (Kosovo),
Zustelladresse: c/o B._____,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Neuanmeldung
(Verfügung vom 14. Dezember 2020).

Sachverhalt:**A.**

A._____ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer) wurde am (...) 1957 geboren und stammt aus dem Kosovo. Er ist verheiratet und hat drei Kinder (vgl. IV-act. 171). Der gelernte Elektroschweisser (vgl. IV-act. 65 S. 2) arbeitete in den Jahren 1981 sowie 1986 bis 1999 (zunächst als Saisonnier [vgl. IV-act. 94 S. 3]; seit 1996 mit einer Aufenthaltsbewilligung, seit 2002 mit einer Niederlassungsbewilligung [vgl. das den Versicherten betreffende Urteil des BVGer C-7510/2010 vom 20. November 2012 Sachverhalt Bst. A) in der Schweiz und leistete die entsprechenden Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Zuletzt war er in den Jahren 1994 bis 1999 bei der Firma C._____, (...), als Hilfsmaler (vgl. IV-act. 38 S. 2) tätig. Anschliessend leistete er AHV/IV-Beiträge auf die von ihm in den Jahren 2000 und 2001 bezogenen Arbeitslosenentschädigungen sowie in den Jahren 2002 bis 2010 als Nichterwerbstätiger (vgl. IK-Auszug in Beilage zu BVGer-act. 27).

B.

B.a Gemäss den vorliegenden Akten meldete sich der Versicherte am 29. März 1999 erstmals bei der IV-Stelle F._____ (im Folgenden: kantonale IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung an (vgl. IV-act. 174 S. 1 und 182). Nach Abklärung des medizinischen Sachverhalts, insbesondere nach der Einholung eines Gutachtens der MEDAS (...), ZMB Zentrum für medizinische Begutachtung (im Folgenden: ZMB), vom 8. November 1999, unterzeichnet durch Dres. med. D._____, Facharzt für Pädiatrie, und E._____, Facharzt für Psychiatrie (IV-act. 9), wies die kantonale IV-Stelle das Leistungsgesuch des Versicherten mit Verfügung vom 16. Februar 2000 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 14 % ab (IV-act. 15). Die hiergegen vom Versicherten erhobene Beschwerde (Posteingang: 21. März 2000; vgl. IV-act. 21 S. 4) wies das Verwaltungsgericht des Kantons F._____ mit Entscheid vom 29. August 2000 ab (IV-act. 21).

B.b

B.b.a Am 10. September 2001 reichte der Versicherte bei der kantonalen IV-Stelle eine Neuanschuldung zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung ein (vgl. IV-act. 30 S. 1: "Betrifft: Gesuch vom 10.09.2001"). Mit Verfügung vom 5. November 2001 trat die kantonale IV-Stelle auf das neue Leistungsbegehren nicht ein, mit der sinngemässen

Begründung, der Versicherte habe nicht glaubhaft gemacht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit Erlass der Verfügung vom 16. Februar 2000 in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hatten (IV-act. 34). Die vom Versicherten, vertreten durch Fürsprecher Ulrich Seiler, mit Eingabe vom 5. Dezember 2001 (vgl. IV-act. 38 S. 3) beim Verwaltungsgericht des Kantons F._____ erhobene Beschwerde wies jenes mit Urteil vom 26. April 2002 ab (IV-act. 38). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hiess die daraufhin bei ihm erhobene Beschwerde des Versicherten mit Urteil I 407/02 vom 17. Januar 2003 gut, hob den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons F._____ vom 26. April 2002 und die Verfügung vom 5. November 2001 auf und wies die Sache an die kantonale IV-Stelle zurück, damit diese im Sinne der Erwägungen auf das zweite Leistungsgesuch des Versicherten eintrete (IV-act. 43).

B.b.b In der Folge teilte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten mit Mitteilung vom 12. August 2003 mit, sie benötige zur Prüfung der Anspruchsberechtigung noch einen spezialärztlichen Bericht und beabsichtige deshalb, beim ZMB eine Untersuchung anzuordnen. Gleichzeitig gewährte sie dem Versicherten die Möglichkeit, triftige Einwendungen gegen die Person der Gutachterin/des Gutachters beziehungsweise gegen die begutachtende Stelle und allfällige Gegenvorschläge einzureichen (IV-act. 52). Mit Eingabe vom 13. August 2003 stellte der Versicherte, weiterhin vertreten durch Fürsprecher Ulrich Seiler, das Gesuch, es sei eine andere MEDAS als das ZMB, z. B. die MEDAS F._____, mit der Begutachtung zu beauftragen, um unannehmbare Wartezeiten zu vermeiden (IV-act. 53). Mit Verfügung vom 21. August 2003 erklärte die kantonale IV-Stelle, die langen Wartezeiten im ZMB stellten keine triftigen Gründe zur Ablehnung eines Gutachters im Sinne des ATSG dar und wies das Gesuch des Versicherten um Ablehnung des ZMB als Begutachtungsstelle ab (IV-act. 54). Das daraufhin beim ZMB veranlasste Gutachten vom 12. August 2004, unterzeichnet durch Dres. med. G._____, Facharzt für Neurologie, und H._____, Facharzt für Psychiatrie, ging am 16. August 2004 bei der kantonalen IV-Stelle ein (IV-act. 65). Mit Verfügung vom 25. August 2004 hielt die kantonale IV-Stelle fest, gemäss den medizinischen Abklärungen sei es dem Versicherten zumutbar, einer angepassten Tätigkeit bei einer Leistungseinbusse von 30 % vollzeitlich nachzugehen. Gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 27 % wies sie das Leistungsbegehren ab (IV-act. 66). Diesen Entscheid bestätigte die kantonale IV-Stelle – nach Prüfung der vom Versicherten hiergegen erhobenen Einsprache vom 8. September 2004 (IV-act. 67) sowie Einspracheergänzung vom 29. September 2004 (IV-act. 68) – mit Einspracheentscheid vom 13. Juli 2005 (IV-act. 73).

Die hiergegen vom Versicherten mit Eingabe vom 9. August 2005 (IV-act. 75 S. 2 ff.) beim Verwaltungsgericht des Kantons F._____ erhobene Beschwerde wies dieses mit Urteil vom 15. November 2005 ab (IV-act. 80). Die vom Versicherten mit Eingabe vom 23. Dezember 2005 beim Eidgenössischen Versicherungsgericht eingereichte Beschwerde wies jenes mit Urteil I 958/05 vom 9. Juni 2006 als offensichtlich unbegründet ab (vgl. IV-act. 82, 84).

B.c Mit Formular "Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente" vom 23. April 2008 meldete sich der Versicherte erneut bei der kantonalen IV-Stelle zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung an (IV-act. 94). Mit Stellungnahme vom 2. Oktober 2008 empfahl med. pract. I._____, Fachärztin für Allgemeine Medizin des regionalen ärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD), eine Verlaufsbeurteilung beim ZMB durchzuführen (IV-act. 104). Mit Mitteilung vom 7. Oktober 2008 kündigte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten an, sie beabsichtige, eine medizinische Untersuchung beim ZMB anzuordnen, und gewährte dem Versicherten die Möglichkeit, triftige Einwendungen gegen die Person der Gutachterin/des Gutachters beziehungsweise gegen die begutachtende Stelle und allfällige Gegenvorschläge einzureichen (IV-act. 110). Mit Eingabe vom 10. Oktober 2008 erklärte der Versicherte, er sei mit dem ZMB als Begutachtungsstelle nicht einverstanden, da er dort bereits in den Jahren 1991 und 2004 begutachtet und hierbei nicht ernstgenommen worden sei (IV-act. 112). Mit Verfügung vom 17. Oktober 2008 hielt die kantonale IV-Stelle an der Abklärung durch das ZMB fest mit der Begründung, die Prüfung der Einwände des Versicherten habe ergeben, dass kein schützenswerter Ausstands- oder Ablehnungsgrund vorliege, welcher den Anschein der Befangenheit und der Voreingenommenheit zu begründen vermöge (IV-act. 113). Mit Schreiben vom 1. Dezember 2008 teilte das ZMB dem Versicherten den vorgesehenen Termin für die durchzuführende Begutachtung mit (IV-act. 114). Mit Eingabe vom 12. Dezember 2008 bezog sich der Versicherte auf ein ihm vom ZMB zugestelltes Schreiben und lehnte gegenüber der kantonalen IV-Stelle (mit Kopie ans ZMB) drei Ärzte des ZMB (Dres. med. H._____, E._____ und G._____) als Gutachter ab (IV-act. 115 S. 1). Denselben Wunsch hatte der Hausarzt des Versicherten mit Schreiben vom 11. Dezember 2008 bereits gegenüber dem ZMB geäußert (IV-act. 116). In der Folge erstatteten die ZMB-Gutachter Dres. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie, J._____, Facharzt für Rheumatologie, und K._____, Facharzt Neurologie, das interdisziplinäre Gutachten vom 7. Juli 2009 (IV-act. 119). Mit

Vorbescheid vom 14. Juli 2009 kündigte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten an, sein Leistungsbegehren werde abzuweisen sein (IV-act. 121). Hiergegen liess der nichtanwaltlich vertretene Versicherte (vgl. Vollmacht in IV-act. 125 S. 2) mit Eingabe vom 11. September 2009 Einwände bei der kantonalen IV-Stelle erheben (IV-act. 125 S. 1). Mit Verfügung vom 29. Oktober 2009 wies die kantonale IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab (IV-act. 127). Diese Verfügung trat in der Folge unangefochten in Rechtskraft.

B.d Mit Formular "IV-Anmeldung für Erwachsene" vom 28. Oktober 2019 meldete sich der Versicherte via den kosovarischen Versicherungsträger erneut zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung an (IV-act. 135). Am 6. November 2019 gingen bei der IV-Stelle verschiedene Unterlagen aus dem Kosovo ein, insbesondere eine Urkunde vom 28. Oktober 2019, wonach der Versicherte aktuell Wohnsitz im Kosovo habe (IV-act. 136), ein "ausführlicher ärztlicher Bericht" vom 10. Oktober 2019 (IV-act. 138; Übersetzung in IV-act. 144) sowie ein Arztbericht ("raport specialistik") von Dr. med. L. _____ vom 10. September 2019 (IV-act. 139; Übersetzung in IV-act. 143). Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (im Folgenden auch: Vorinstanz) bestätigte am 7. November 2019 den Eingang der IV-Anmeldung (IV-act. 140) und holte mit Schreiben vom 9. Januar 2020 zur Beurteilung des Leistungsgesuchs beim Versicherten die Fragebogen für den Versicherten und über die Arbeits- und Lohnverhältnisse von Unselbständigerwerbenden sowie die sich in seinem Besitz befindenden medizinischen Unterlagen ein (IV-act. 141). In der Folge gingen bei der IVSTA der ausgefüllte "Fragebogen für den Versicherten" vom 27. Januar 2020 (IV-act. 145; Übersetzung in IV-act. 146), ein weiterer Arztbericht ("raport specialistik") von Dr. med. L. _____ vom 31. Januar 2020 (IV-act. 147; Übersetzung in IV-act. 167) sowie diverse MRI-Bilder (IV-act. 149-166) ein.

Mit Schreiben vom 2. April 2020 übermittelte die kantonale IV-Stelle die IV-Akten zuständigkeitshalber an die IVSTA (IV-act. 176). Mit Schreiben vom 3. April 2020 bat die IVSTA den Versicherten erneut um die Zustellung der bereits mit Schreiben vom 9. Januar 2020 angeforderten Unterlagen (IV-act. 177). Daraufhin reichte der Versicherte bei der IVSTA den ausgefüllten (jedoch nicht unterzeichneten) "Fragebogen für den Versicherten" vom 6. Juni 2020 (IV-act. 180 S. 1-12) sowie den von ihm unterzeichneten "Fragebogen für den Arbeitgeber", ebenfalls vom 6. Juni 2020 (IV-act. 180 S. 13 ff.), ein. Mit Stellungnahme vom 14. September 2020 erklärte RAD-

Arzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der Versicherte bringe neue Dokumente ein, die bezüglich der letzten ZMB-Expertise praktisch deckungsgleich seien. In diesem Sinne sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht plausibel dargelegt (IV-act. 183). Mit Vorbescheid vom 13. Oktober 2020 stellte die IVSTA dem Versicherten eine Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht, mit der Begründung, es gehe aus den Akten hervor, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei eine gewinnbringende Tätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar. Infolge der mit dem im Jahr 2009 durchgeführten interdisziplinären Gutachten praktisch deckungsgleichen neu eingereichten medizinischen Dokumentation sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustands festzustellen (IV-act. 184). Mit Verfügung vom 14. Dezember 2020 bestätigte die IVSTA den Vorbescheid vom 13. Oktober 2020 und wies das Leistungsbegehren (Rentengesuch) des Versicherten ab (IV-act. 185).

C.

C.a Daraufhin reichte der Versicherte bei der Vorinstanz eine in albanischer Sprache verfasste, nicht datierte Eingabe (Eingang bei Vorinstanz: 22. Dezember 2020) ein, welcher er verschiedene medizinische Unterlagen beilegte (BVGer-act. 1). Die Vorinstanz holte diesbezüglich eine Übersetzung vom 11. Januar 2021 (Eingangsdatum) ein, in welcher der Betreff der Eingabe mit "Beschwerde gegen den Entscheid auf Nichtanerkennung des Invaliditätsrechts" übersetzt wurde, und übermittelte mit Schreiben vom 14. Januar 2021 die Eingabe vom 22. Dezember 2020 mitsamt den Beilagen sowie der eingeholten Übersetzung zuständigkeitshalber sowie zur weiteren Veranlassung ans Bundesverwaltungsgericht (BVGer-act. 2).

C.b Darin wie auch in der in der Zwischenzeit direkt beim Bundesverwaltungsgericht am 19. Januar 2021 eingegangenen identischen Eingabe in albanischer Sprache samt Übersetzung vom 13. Januar 2021 beantragt der Beschwerdeführer, seine Beschwerde sei ernsthaft zu prüfen und es sei ein positiver Entscheid zu fällen. Zur Begründung führt er sinngemäss sowie im Wesentlichen aus, er habe bereits in früheren Beschwerdeverfahren medizinische Unterlagen eingereicht, aufgrund derer ihm eine Invalidenrente hätte zugesprochen werden müssen. Mit der vorliegend angefochtenen Verfügung habe die Vorinstanz ohne Weiteres die früheren abschlägigen Verfügungen wiederholt und damit sein Recht verweigert (BVGer-act. 3).

C.c Mit Zwischenverfügung vom 2. März 2021 forderte das Bundesverwaltungsgericht den Beschwerdeführer auf, einen Kostenvorschuss von Fr. 800.– in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (BVGer-act. 8).

C.d Mit Eingabe vom 17. März 2021 erklärte der Beschwerdeführer, er könne den einverlangten Kostenvorschuss nicht bezahlen, da sich seine wirtschaftliche und finanzielle Lage stark verschlechtert habe (BVGer-act. 10).

C.e Mit Zwischenverfügung vom 1. April 2021 hob das Bundesverwaltungsgericht die Zwischenverfügung vom 2. März 2021 auf und forderte den Beschwerdeführer auf, das beigelegte Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen beim Bundesverwaltungsgericht einzureichen (BVGer-act. 11).

C.f Das vom Beschwerdeführer ausgefüllte Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" vom 26. April 2021 ging am 10. Mai 2021 beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer-act. 12). Aufgrund der vom Bundesverwaltungsgericht mit Verfügung vom 12. Mai 2021 eingeholten Vervollständigung der Angaben im Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" (BVGer-act. 13) erklärte der Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 19. Mai 2021, er sei am 21. Oktober 2010 aus der Schweiz ausgewiesen worden. Seit diesem Tag lebe er bei seinem Sohn und seine Kinder finanzierten seinen ganzen Lebensunterhalt. Seiner Eingabe legte er eine Bescheinigung der Steuerbehörde des Kosovo bei (BVGer-act. 14).

C.g Mit Zwischenverfügung vom 24. Januar 2022 hiess der neu zuständige Instruktionsrichter das sinngemäss gestellte Gesuch des Beschwerdeführers um teilweise unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der Befreiung von den Verfahrenskosten gut (BVGer-act. 19).

C.h In ihrer Vernehmlassung vom 17. Februar 2022 beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen. Zur Begründung führte sie sinngemäss aus, gemäss der von ihr eingeholten RAD-Stellungnahme liege im Wesentlichen derselbe Gesundheitszustand vor, wie er bereits durch das ZMB im Rahmen der Begutachtung des Jahres 2009 festgehalten worden sei. Mangels Aktualität vermöchten auch die beschwerdeweise eingebrachten Arztberichte nichts Neues beizutragen (BVGer-act. 21).

C.i Mit Verfügung vom 24. Februar 2022 brachte das Bundesverwaltungsgericht dem Beschwerdeführer die Vernehmlassung zur Kenntnisnahme und schloss den Schriftenwechsel ab (BVGer-act. 22).

C.j Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich und rechtserheblich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). 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. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem ihm mit Zwischenverfügung vom 24. Januar 2022 die teilweise unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden war, ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. Dezember 2020, mit welcher die Vorinstanz festgestellt hat, dass keine Invaldität vorliegt, die einen Rentenanspruch zu begründen vermag, und das neue Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 28. Oktober 2019 entsprechend abgewiesen hat. Streitig und vorliegend zu prüfen ist daher die Frage, ob die Vorinstanz das neue Leistungsgesuch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 14. Dezember 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).

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 14. Dezember 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.

3.3 Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Kosovo. 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 (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). Ab dem 1. April 2010 entfiel dessen Weiterführung mit dem Kosovo. Das neue, am 8. Juni 2018 abgeschlossene und am 1. September 2019 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kosovo über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.475.1) ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren, in welchem die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2020 (vgl. oben E. 2) zu beurteilen ist, anwendbar. Es begründet keine Leistungsansprüche für den Zeitraum vor seinem Inkrafttreten (vgl. Art. 35 Abs. 1 des Abkommens). Nach Art. 4 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaats den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaats beziehungsweise deren Familienangehörigen und Hinterlassenen gleichgestellt, soweit das Abkommen nichts anderes bestimmt. Da vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

4.

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).

4.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

4.3 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrads bereits einmal – oder wie vorliegend mehrfach – 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 Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads 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. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a).

4.4 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrads von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustands 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 Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch einen 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 Neuanmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich, d. h. eine veränderte Befundlage im Längsverlauf. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2 und E. 4.2 m. w. H.).

4.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 m. w. H.). 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). 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) und ob der Arzt oder

die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

4.6 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).

5.

Den vorliegenden Akten ist zu entnehmen, dass bereits drei Gesuche des Beschwerdeführers auf Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung jeweils nach einer materiellen Prüfung rechtskräftig abgewiesen wurden (dies mit Verfügung vom 16. Februar 2000 [vgl. Sachverhalt Bst. B.a], Einspracheentscheid vom 13. Juli 2005 [vgl. Sachverhalt Bst. B.b.b] und Verfügung vom 29. Oktober 2009 [vgl. Sachverhalt Bst. B.c]). Auch auf die vierte Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 28. Oktober 2019 ist die Vorinstanz eingetreten und hat nach einer materiellen Prüfung mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2020 einen Rentenanspruch verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist zu prüfen, ob im vorliegend massgebenden Vergleichszeitraum, d. h. zwischen der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung des Leistungsanspruchs (Verfügung vom 29. Oktober 2009) und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2020, eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist beziehungsweise vorab, ob sich der medizinische Sacherhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist (vgl. oben E. 4.4).

5.1 Mit der in Rechtskraft getretenen Verfügung vom 29. Oktober 2009 (vorliegender Ausgangspunkt) hat die kantonale IV-Stelle in medizinischer Hinsicht auf das von ihr eingeholte ZMB-Gutachten von Juli 2009 (im Folgenden auch: ZMB-Gutachten) abgestellt.

Das auf den stationären Untersuchungen vom 9. bis 12. Februar 2009 basierende ZMB-Gutachten vom 7. Juli 2009 wurde unterzeichnet von den Gutachtern Dres. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie, J._____,

Facharzt für Rheumatologie, und K._____, Facharzt Neurologie (vgl. Sachverhalt Bst. B.c), und enthält eingangs eine von Dr. med. D._____, Fachärztin für Pädiatrie, erstellte Zusammenfassung der medizinischen Unterlagen (Gutachten Ziff. 1.2 f.) sowie der Verfahrensakten (Gutachten Ziff. 1.5).

Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (der im Gutachten nicht aufgeführte Facharztstitel ist abrufbar unter: <https://www.med-regom.admin.ch/de>; abgerufen am 29. April 2022), gab im Rahmen der Krankheitsanamnese an, gemäss dem Versicherten sei seit 2004 eine deutliche psychische Verschlechterung eingetreten. Diese würde sich in schlechten Gedanken, Freudlosigkeit, Kraftlosigkeit, Schwindel und teilweise Suizidgedanken äussern (Gutachten Ziff. 2.3). Als aktuelle Medikation führte er auf: Anfranil® 75 mg (1 Tablette am Morgen), Dafalgan® 500 (bis 8 Tabletten pro Tag je nach Schmerzintensität), Ponstan® 500 (gelegentliche Einnahme) und Nexium® 20 mg (1 Tablette am Morgen; Gutachten Ziff. 2.5). Ausserdem gab er die folgenden vom Versicherten beklagten Beschwerden an: hitziges Gefühl thoracal beim Sitzen sowie Schmerzen beim Aufstehen in den Hüften und im Schulterbereich (Gutachten Ziff. 2.6). Im Rahmen des allgemeinen und internistischen Status hielt er fest, der Versicherte wirke resigniert und freudlos, wobei eine gewisse Verdeutlichungstendenz erkennbar sei. Er führte – mit Ausnahme einer Druckdolenz im rechten Mittelbauch sowie in der linksseitigen paravertebralen Muskulatur im Brustwirbelsäulenbereich – normale respektive unauffällige Befunde auf (Gutachten Ziff. 3.1) und stellte die nachfolgenden Diagnosen (Gutachten Ziff. 3.1.1):

- Adipositas Klasse 1 (BMI 33,5; Bauchumfang 106 cm);
- bei der Untersuchung erhöhte Blutdruckwerte, bislang nicht behandelt;
- intertriginöse Veränderungen in der Axilla beidseits;
- Leistenhernien-Operation in der Kindheit;
- 2002 Appendektomie.

Aus allgemeinmedizinischer Sicht bestünden keine Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

In rheumatologischer Hinsicht erklärte Dr. med. J._____, der Versicherte klage über diffuse Schmerzen auf seinem linken Hemikörper, welche vom Kopf ausgehend bis ins linke Bein ausstrahlten, bei einem Fremdkörpergefühl sowie einem Gefühl, dass der linken Hemikörper geschwollen sei.

1996 hätten diese Beschwerden im Bereich der Schulter begonnen; heute habe er auch in zunehmendem Ausmasse Schmerzen in der mittleren Brustwirbelsäule, im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie im Bereich der linken Schulter. Aktuell habe der Versicherte auch Schmerzen an seiner zweiten Zehe linksseitig (er habe auch Einlagen, diese aber nicht mitgenommen, da er Auto fahren müsse, Gutachten Ziff. 3.2.2). Im Rahmen der umfassenden klinischen Befunderhebung stellte Dr. med. J. _____ im Wesentlichen eine vermehrte lumbale Lordosierung und dorsale Kyphosierung der Wirbelsäule durch ausgeprägte Dysbalance der Bauch- und paravertebralen Muskulatur fest. Er erklärte, dass bei Seitneigung der Lendenwirbelsäule Schmerzen im Bereich der paravertebralen Muskulatur sowie der Lendenmuskulatur beidseits ohne radikuläre Reizsymptomatik angegeben würden und dass der Lasègue beidseits negativ, die Kraft der unteren Extremitäten symmetrisch vorhanden und das Gangbild normal seien. Weiter stellte er eine Fehlhaltung der Halswirbelsäule infolge Dysbalance der paravertebralen Muskulatur sowie eine Fehlhaltung der Schulter infolge muskulärer Dysbalance, bei vorhandener symmetrischer Kraft der oberen Extremitäten fest, und gab an, dass eine ausgeprägte Gegeninnervation bei der Prüfung der Halswirbelsäulen-Rotation erfolgt sei. Drei von 18 Fibromyalgiepunkte und zwei von fünf Waddell-Zeichen seien positiv (Gutachten Ziff. 3.2.3). Dr. med. J. _____ stellte unter Einbezug von teils aktuellen sowie teils älteren bildgebenden Befunden (das MRT der BWS und HWS vom 28. August 1998 zeigte eine Verwölbung der Bandscheiben auf Höhe C6/7 im Spinalkanal [ohne Hinweise auf cervicale Myelopathie] sowie eine sehr geringe Verwölbung auf den axialen Schichten [ohne Hinweise auf Einengung der Neuroforamina sowie ohne Hinweise auf eine cervicale Myelopathie], das MRT der BWS vom 5. Dezember 2002 zeigte bei Th5, 6 eine medial zirkuläre Vorwölbung der Bandscheibe mit Tangierung des Myelons [ohne Hinweise auf eine Myelopathie], vgl. Gutachten S. 14 f.) die nachfolgenden Diagnosen (Gutachten Ziff. 3.2.4):

- cervicothoracales Schmerzsyndrom bei
 - Discusprotrusionen Th5/6 und Th6/7 ohne Hinweise auf Myelopathie (MRT),
 - Discusprotrusion C7, Th1 ohne Hinweise auf Myelopathie (MRT),
- ausgeprägte muskuläre Dysbalance mit Verspannung der paravertebralen Muskulatur, Hyperkyphosierungen der Brustwirbelsäule und Hyperlordosierung der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule;
- Spreiz- und Senkfüsse;

- funktionelles Impingementsyndrom beider Schultergelenke bei Fehlhaltung der Brustwirbelsäule und muskulärer Dysbalance.

Dr. med. J. _____ erklärte, die aktuelle Untersuchung bestätige im Wesentlichen die im Rahmen der Begutachtung des Jahres 2004 erhobenen Befunde (es bestehe keine Veränderung des klinischen Bildes gegenüber 2004). Klinisch imponiere nun ein cervicothoracales Schmerzsyndrom. Dabei stehe eine ausgeprägte muskuläre Dysbalance mit Hyperkyphosierungen der Brustwirbelsäule und Hyperlordosierung der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule im Vordergrund. Nach wie vor zeigten die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und Brustwirbelsäule kein klinisches Korrelat mit der komplexen vom Versicherten angegebenen Schmerzsymptomatik. Nach wie vor imponiere eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik, welche sämtliche Körperregionen erfasst habe und auf eine ausgeprägte Schmerzverarbeitungsstörung hinweise. Ein eindeutiges Korrelat zwischen der komplexen Schmerzsymptomatik und den objektiven Befunden lasse sich aus rein rheumatologischer Sicht nicht mit Sicherheit eruieren (Gutachten Ziff. 3.2.5).

Im Rahmen der *neurologischen Untersuchung* gab Dr. med. K. _____ an, der Versicherte habe Schmerzen lumbal, präasacral und auch im Bereich von Hals- und Brustwirbelsäule beklagt. Vom Kreuz ausgehend würden sich die Schmerzen ins linke, selten auch ins rechte Bein ausbreiten, beträfen global das ganze Bein, manifestierten sich sowohl im Liegen als auch im Sitzen und Stehen und nähmen beim Gehen an Intensität zu. Ausserdem bestehe ein „Schwellungsgefühl“ an beiden Beinen mit Linksbetonung. Auch habe der Versicherte ein Schwächegefühl an beiden unteren Extremitäten mit Linksbetonung beschrieben und angegeben, dass er in den vergangenen Jahren insgesamt elfmal gestürzt sei (Gutachten Ziff. 3.3.2). Im Rahmen des neurologischen objektiven Untersuchungsbedarfs stellte Dr. med. K. _____ insbesondere eine Druckdolenz der oberen Trapeziusportion beidseits sowie eine schmerzbedingte Abwehr der passiven Kopfbewegungen und Reklination der Halswirbelsäule fest, gleichfalls wie eine Sensibilitätsverminderung in der linken Gesichtshälfte, eine verminderte Berührungsempfindung auf der linken Körperseite sowie eine Sensibilitätsstörung mit verminderter Temperatur- und Schmerzempfindung global am linken Bein (Gutachten Ziff. 3.3.3).

Dr. med. K. _____ stellte die folgenden Diagnosen (Gutachten Ziff. 3.3.4):

- chronifiziertes Schmerzsyndrom an Rumpf und Extremitäten mit Linksbetonung ohne objektiv fassbare neurologische Befunde im Sinne einer cerebralen, einer spinalen, radikulären bzw. peripher-neurogenen Läsion;
- sensibles Hemisyndrom links;
- paroxysmale Beinschwäche mit Stürzen ohne Bewusstseinsstörung unklarer Aetiologie.

Ausserdem gab Dr. med. K. _____ an, der Versicherte sei aufgrund seiner Schilderung beim Gehen auch durch Druck und Beengung in der Brust sowie Atemprobleme eingeschränkt. Zudem habe er über unvermittelt auftretende Stürze infolge Kraftverlusts in beiden Beinen, gefolgt von grobem Zittern beider Beine, berichtet. Seine linke Hand sei fast durchgehend kraftlos. Die motorischen und koordinativen Funktionen der oberen Extremitäten seien unauffällig, mit Ausnahme des Danebenzeigens im Fingernasenversuch links. Auch an den unteren Extremitäten fehlten objektive Zeichen einer supranukleären oder radikulären beziehungsweise peripherneurogenen Läsion. Der Einbeinstand sei beidseits möglich gewesen. Demgegenüber habe sich im Ramberg ein grobes Schwanken mit Falltendenz nach hinten gezeigt. Die Linksbetonung der geklagten Beschwerden seien kaum "auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen". Ausserdem fehle ein adäquates, objektiv fassbares klinisches Korrelat (Gutachten Ziff. 3.3.5).

Im Rahmen der *psychiatrischen Untersuchung* stellte Dr. med. H. _____ eine äussert auffällige Diskrepanz zwischen den Schilderungen des Versicherten und dem dabei gezeigten unauffälligen, aber kindlich naiv wirkenden Verhalten fest. Ausserdem habe der Versicherte die von ihm beklagte Schmerzintensität von 8 bis 9 (auf einer Schmerzskala bis 10) nach einer längeren Diskussion korrigiert auf eine Schmerzintensität von 6, jedoch später im Gespräch wieder betont, dass die Schmerzen nun wieder auf der Stufe 8 bis 9 derselben Skala lägen. Als weitere Diskrepanz wies er darauf hin, dass der Versicherte einerseits angegeben habe, aufgrund der Schmerzen meistens nur zu Hause herumzuliegen, und andererseits erwähnt habe, dass seine Ehefrau als Tagesmutter arbeite und er die Kinder mit betreue, mit diesen spiele oder auch mit ihnen ausser Haus gehe. Der Versicherte sehe auch regelmässig Freunde. Aktuell werde der Versicherte einmal pro Woche durch einen Chiropraktor behandelt und gehe regelmässig zu seinem Hausarzt. Er nehme 75 mg Anfranil® abends ein, daneben bis acht Tabletten Dafalgan® täglich sowie Nexium® (Gutachten Ziff. 3.4.3). Dr. med. H. _____ stellte die folgenden Diagnosen (Gutachten Ziff. 3.4.4):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung;
- konversiver Mechanismus bei
 - einfach strukturierter Persönlichkeit.

Er beschrieb des Weiteren ein "Verhalten des Versicherten im Sinne des Dysthymen". Hiernach stehe die Darstellung des Versicherten, wonach er aufgrund eines starken Schmerzleidens den Tag fast nur noch liegend verbringen könne, mit seinen weiteren Schilderungen des Tagesablaufs respektive von sozialen Kontakte in erheblichster Diskrepanz, was dem Versicherten nicht aufzufallen scheine. Es sei daher von einer ganz wesentlichen "belle indifference" auszugehen. Dieses Verhalten sei wohl – auch bei einem einfach strukturierten Versicherten – als Ausdruck eines unbewussten Prozesses bei langjähriger Chronifizierung und Fixierung im Erleben des Versicherten zu verstehen. Daneben bestehe sicherlich auch ein Verdeutlichungsverhalten. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten aufgrund des Schmerzerlebens auszugehen. Es bestehe eine Störung höherer kognitiver Funktionen, insbesondere im Sinne einer mangelnden Willensfähigkeit. Der Versicherte könnte gemäss Dr. med. H._____ aber für einfache serielle Abläufe mit schmerzbedingt leicht vermindertem Rendement eingesetzt werden (Gutachten Ziff. 3.4.5).

Anlässlich der interdisziplinären Sitzung vom 13. Februar 2009 stellte die Kommission für medizinische Begutachtung, bestehend aus Dres. med. H._____, N._____ und K._____, die Hauptdiagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit ausgeprägter funktioneller neurologischer und rheumatologischer Symptomatik sowie eines funktionellen Impingementsyndroms beider Schultergelenke. Als Nebendiagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) führte sie auf (Gutachten Ziff. 4):

- cervicothoracales Schmerzsyndrom bei
 - Discusprotrusionen Th5/6 und Th6/7 ohne Hinweise auf Myelopathie (MRT);
- Discusprotrusion C7, Th1 ohne Hinweise auf Myelopathie /MRT);
- ausgeprägte muskuläre Dysbalance mit Verspannung der paravertebralen Muskulatur, Hyperkyphosierungen der Brustwirbelsäule und Hyperlordosierung der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule;
- Spreiz- und Senkfüsse;

- Adipositas Klasse 1;
- aktuell erhöhte Blutdruckwerte, bislang ohne Diagnose einer Hypertonie;
- intertriginöse Veränderungen in der Axilla beidseits;
- Status nach Leistenhernienoperation in der Kindheit;
- Appendektomie 2002.

Die Kommission für medizinische Begutachtung folgerte sodann, dass (wie bereits bei den früheren ZMB-Begutachtungen festgestellt) weiterhin Schmerzklagen des Versicherten im Vordergrund stünden, für welche sich kein effektives somatisches Korrelat finden lasse. Die Schilderungen des Versicherten über seinen Tagesablauf seien wenig glaubwürdig, bei zu offensichtlichen Diskrepanzen zwischen diesen und den erhobenen somatischen Befunden. Aus somatischer Sicht seien dem Versicherten weiterhin lediglich Tätigkeiten in Zwangshaltung respektive Überkopfarbeiten nicht zumutbar. In psychiatrischer Hinsicht bestehe heute ein ganz erheblich chronifiziertes Schmerzleiden, das nach Erachten der Gutachter konversiven Ursprungs sei. Jedoch spiele auch die drohende Ausweisung des Versicherten aus der Schweiz bei der aktuell präsentierten Symptomatik mit eine Rolle. Der Versicherte habe zwar immer wieder depressiv gewirkt; so sei er im vergangenen Sommer wegen einer mittelgradigen depressiven Phase im (...) -Spital in F. _____ hospitalisiert gewesen. In der Folge sei es jedoch nach Angaben des Versicherten sowie seines behandelnden Psychiaters zu einer deutlichen Remission dieses depressiven Leidens gekommen, so dass aktuell keine Depression zu diagnostizieren sei. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten daher lediglich aufgrund des erheblich chronifizierten Schmerzleidens, indessen ohne wesentliche Komorbidität, beeinträchtigt. Die angestammte Tätigkeit als Hilfsmaler sei dem Versicherten insbesondere aufgrund der rheumatologischen Beschwerden nicht mehr zumutbar. In allen übrigen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten lediglich aufgrund seines Schmerzerlebens eingeschränkt, dies um rund 20 % im Sinne eines verminderten Rendements (Gutachten Ziff. 5).

5.2 Die nach der Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 28. Oktober 2019 im vorinstanzlichen Verfahren eingegangenen medizinischen Unterlagen sind im Nachfolgenden wiederzugeben.

5.2.1 In dem vom Beschwerdeführer eingereichten Arztbericht ("raport specialistik") vom 10. September 2019 erklärte Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurochirurgie, der Versicherte beklage Nackenschmerzen mit Ausstrahlung der Schmerzen in beide Arme. Er könne den Nacken nur mit Schwierigkeiten beugen, leide an Schwindel sowie Gleichgewichtsverlust. Auch habe er Schmerzen sowie ein Taubheitsgefühl in beiden Armen und Schwierigkeiten beim Aufheben von kleinen Gewichten. Es sei ferner eine Ermüdung in beiden Armen bemerkbar. Darüber hinaus beklage der Versicherte ausstrahlende Schmerzen im Brustkorbbereich, Schwierigkeiten beim Gehen und Taubheitsgefühle in beiden Beinen, gleichfalls wie Müdigkeitserscheinungen. Er sei immer wieder gezwungen, kurz anzuhalten und sich für ein paar Minuten auszuruhen. Die Schmerzen nähmen zu bei körperlichen Anstrengungen und Temperaturschwankungen. Weiter habe sich eine Deformation der Wirbelsäule im thorakalen Bereich entwickelt und der Versicherte nehme eine entsprechende Schonhaltung ein. Dr. med. L. _____ stellte die Diagnosen:

- beidseitiges Zervicobrachialsyndrom und Zervicothoracalsyndrom;
- anhaltende Kopfschmerzen, Schwindelsyndrom;
- Bandscheibenvorfall im Bereich Th5/Th6 und Th6/Th7;
- Hyposensibilität des Dermatoms im Bereich Th5 und Th7;
- antalgische Skoliose und Abwehrspannung der thorakalen Muskeln;
- arterielle Hypertonie, depressives Syndrom;
- chronische Gastritis.

Er empfahl dem Versicherten, für einen Zeitraum von zwei Wochen eine Halskrause und ein Brustkorbborsetz zu tragen sowie sich dauerhaft einer physiotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation zu unterziehen, und ordnete eine strikte Bettruhe für eine Woche an. Der Versicherte sei arbeitsunfähig (IV-act. 139; Übersetzung in IV-act. 143).

5.2.2 Dem von der kantonalen IV-Stelle beim kosovarischen Versicherungsträger eingeholten "ausführlichen ärztlichen Bericht" vom 10. September 2019 sind nur wenige Angaben zu entnehmen. Namentlich gaben die unterzeichnenden Dres. med. O. _____, Facharzt für Augenheilkunde, P. _____, Facharzt für Neurologie, und Q. _____, Facharzt für Psychiatrie, die vom Versicherten beklagten Beschwerden (Schmerzen des Nackens sowie des Rückens) wieder und bescheinigten im Übrigen

mehrheitlich unauffällige Befunde, mit Ausnahme einer arteriellen Hypertonie, einem beidseitigen zervikobrachialen und zervikothorakalen Syndrom der oberen Gliedmassen sowie einer linksseitigen Lumboischialgie der unteren Gliedmassen. Als Diagnosen führten die kosovarischen Ärzte die folgenden ICD-10-Codes auf: M53 (sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert), M51 (sonstige Bandscheibenschäden), I10 (essentielle [primäre] Hypertonie) und K29 (Gastritis und Duodenitis). Der Krankheitsverlauf sowie die Gesundheitsschäden seien chronisch. Der Versicherte könne weder seine bisherige berufliche Tätigkeit noch eine angepasste Tätigkeit ausüben. Auch könne keine Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustands erzielt werden (IV-act. 139; Übersetzung in IV-act. 143).

5.2.3 Der vom Beschwerdeführer eingereichte Arztbericht ("raport specialistik") von Dr. med. L. _____ vom 31. Januar 2020 entspricht wörtlich dem Arztbericht desselben Arztes vom 10. September 2019 (vgl. oben E. 5.2.1) und enthält im Vergleich dazu lediglich den neuen Hinweis, dass die Schmerzen bei wechselhaften Wettererscheinungen ziemlich stark würden (IV-act. 147; Übersetzung in IV-act. 167).

5.2.4 In den Vorakten liegen sodann diverse MRI-Bilder (IV-act. 149-166), die indessen keine weiteren Angaben enthalten. Es ist daher nicht bekannt, wann und von wem die Bilder erstellt wurden. Insbesondere fehlt auch ein medizinischer Bericht zu den Bildern.

5.2.5 Zu den neuen Unterlagen hat RAD-Arzt Dr. med. R. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 14. September 2020 Stellung genommen. Er stellte die Diagnosen:

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung;
- Impingement beider Schultern;
- Cervicobrachialgie mit bekannten Diskusprotrusionen C7/Th1, Th5/6 und Th6/7 ohne radikuläre Symptomatik;
- chronische Dorsalgie bei ausgeprägter muskulärer Dysbalance.

Die ihm gestellte Frage, ob durch die beigelegten Unterlagen glaubhaft gemacht werde, dass sich die Arbeitsfähigkeit in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe, beantwortete er mit "nein". Im Übrigen hielt er lediglich fest, dass die vom Versicherten eingebrachten Unterlagen bezüglich der letzten ZMB-Expertise praktisch deckungsgleich seien und

in diesem Sinne keine Verschlechterung des Gesundheitszustands plausibel dargelegt sei (IV-act. 183).

5.3 Im vorliegenden Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer sodann die nachfolgenden neuen medizinischen Unterlagen beim Bundesverwaltungsgericht eingereicht:

5.3.1 Im Arzzeugnis vom 2. Oktober 2014 bestätigte Dr. med. S._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dass der Versicherte von 2006 bis 2011 wegen einer psychischen Erkrankung bei ihm in Behandlung gewesen sei. Der zu Händen des Bundesamts für Migration, F._____, ausgestellte Bericht enthält nur wenige medizinische Hinweise. Unter anderem erklärte Dr. med. S._____, der Versicherte habe zunehmend unter Schmerzen gelitten und sei depressiv geworden. Er sei mehrmals in stationärer Behandlung gewesen und bei verschiedenen Ärzten ambulant behandelt worden. Der Zustand habe sich dennoch weiterhin verschlechtert. Auch sei der Versicherte jahrelang nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Infolge einer Schmerzstörung und der schlechten psychischen Verfassung lebe der Versicherte stark zurückgezogen und sei oft depressiv gewesen (BVGer-act. 1, Beilage 1 [Anm.: Nummerierung ergänzt durch das Bundesverwaltungsgericht in der Reihenfolge, in welcher der Beschwerdeführer die Beilagen eingereicht hat.]).

5.3.2 Im Schreiben vom 3. August 2009 erklärte Dr. med. S._____, er bezweifle die im ZMB-Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, ohne jedoch anzugeben, weshalb. Dem Bericht sind auch keine weiteren medizinischen Angaben zu entnehmen (BVGer-act. 1, Beilage 2).

5.3.3 Bei den vom Beschwerdeführer eingereichten Schreiben des (...-) Spitals F._____, vom 18. Oktober 2010, 5. November 2010 und 23. November 2010 (BVGer-act. 1, Beilagen 3-5) handelt es sich jeweils um schriftliche Terminbestätigungen betreffend drei Untersuchungen in der Poliklinik. Diese enthalten keine medizinischen Angaben.

5.3.4 Im Austrittsbericht der Spital (...) AG vom 23. April 2010 wurden die folgenden Diagnosen gestellt:

- exazerbierte thorakale Schmerzen bei:
 - bekanntem thorakalen Schmerzsyndrom,
 - bekannter Diskushernie Th6/7 mit vorbestehendem Sensibilitätsdefizit am linken Oberarm und lateralen linken Oberschenkel,

- EKG: Sinusrhythmus, Troponin T normal,
- Ausschluss Aortenaneurysma zuletzt 2005;
- arterielle Hypertonie bei
 - Nikotinabusus 35 py,
- depressive Entwicklung;
- gastritische Beschwerden.

Der Versicherte berichtet über exazerbierte Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule mit Ausstrahlung in die linke Schulter, welche sich in der Intensität deutlich gesteigert hätten. Die vorbekannte Hypästhesie im Bereich des linken Oberarms und des linken lateralen Oberschenkels sei unverändert. Als Befunde wurden eine schmerzbedingt deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der Brustwirbelsäule mit in die linke Schulter ausstrahlenden Schmerzen, eine Klopfdolenz im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule sowie eine reduzierte Sensibilität im Bereich des linken Oberarms und des linken lateralen Oberschenkels festgestellt. Die radiologische Kontrolle der Brustwirbelsäule habe eine leichtgradige Spondylosis deformans im mittleren und unteren Bereich sowie eine rechtskonvexe Skoliose aufgezeigt. Die schmerzstillende Medikation sei angepasst worden (BVGer-act. 1, Beilage 6).

5.3.5 Im Bericht des (...-) zentrums W._____ vom 9. Juli 2010 stellten Dres. med. T._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (der im Bericht nicht aufgeführte Facharzt ist abrufbar unter: <https://www.medregom.admin.ch/de>; abgerufen am 29. April 2022), und U._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, die Diagnose exazerbierte thorakale Schmerzen bei chronisch paravertebalem Schmerzsyndrom und bekannter Diskushernie Th5/6 und Th6/7 mit vorbestehendem Sensibilitätsdefizit am linken Oberarm und lateralen linken Oberschenkel sowie die Nebendiagnosen arterieller Hypertonus, Nikotinabusus 20 py, depressive Entwicklung und gastritische Beschwerden. Im Rahmen der Untersuchung habe sich ein verlangsamtes, schleppendes Gangbild mit Druckdolenz im Bereich der paravertebralen Muskulatur der Brustwirbelsäule gezeigt. Die Sensibilität im Bereich der linken Oberarmaussenseite und im Dermatombereich CB sei eingeschränkt. Ebenfalls liege eine Sensibilitätsstörung mit Hyperalgesie im linken Bein sowie im lateralen Oberschenkel, gleichfalls wie eine minimale Klopfdolenz im mittethorakalen Bereich vor. Das MRI der Brustwirbelsäule habe einen Status nach

durchgemachtem Morbus Scheuermann auf der Höhe Th4 bis Th9 mit sekundären degenerativen Veränderungen in der Form von Osteochondrosen auf der Höhe Th4 bis Th11 aufgezeigt. Auf der Höhe Th6/7 sei eine mediolateral rechtsseitige Protrusion/Hernie der Bandscheibe mit möglicherweise zeitweiliger Reizung des Myelons ventrolateral rechts zu erkennen. Auf der Höhe Th5/6 bestehe eine ossäre Reizung des Myelons ventrolateral links durch eine osteophytäre Ausziehung in den Spinalkanal. Es werde eine Fortsetzung der analgetischen Therapie empfohlen (BVGer-act. 1, Beilage 7).

5.3.6 Im Bericht des (...-) zentrums W._____ vom 10. September 2010 erklärte Dr. med. U._____ nach einer gegenüber dem Bericht vom 9. Juli 2010 (vgl. oben E. 5.3.5) unveränderten Diagnosestellung, der Versicherte gebe weiterhin tägliche linksseitige mittethorakale Schmerzen zwischen den Schulterblättern an bei einem relativ hohen Leidensdruck. Zusätzlich berichte der Versicherte auch über zervikothorakale Schmerzen links. Schmerzmedikamente nehme er bei Bedarf ein. Die chiropraktische Therapie habe keine Schmerzlinderung gebracht. Im Rahmen der klinischen Untersuchung stellte Dr. med. U._____ einen exquisiten Triggerpunkt auf der Höhe Th5/6 und Th6/7 links bei Druckdolenz sowie eine stark eingeschränkte, schmerzhafteste Kopfbeweglichkeit fest. Er habe dem Versicherten vorgeschlagen, als letzten Versuch eine Therapie mit Lyrica® zu beginnen, um die neuropathischen Schmerzen anzugehen. Chirurgische Therapieoptionen bestünden nicht. Auch infiltrative Behandlung ergäben keinen Sinn mehr bei nur kurzzeitiger Wirkung. Daher seien die alternativmedizinischen Therapien auszuschöpfen (BVGer-act. 1, Beilage 8).

5.3.7 Keine medizinischen Angaben enthält das vom Beschwerdeführer eingereichte Blatt mit den Adressen von Dr. med. V._____ des (...-) zentrums W._____ und Dr. med. Roten, W._____ (BVGer-act. 1, Beilage 9).

5.3.8 Im Arztbericht ("raport specialistik") vom 3. Dezember 2020 führte Dr. med. L._____ erneut hauptsächlich die vom Versicherten beklagten Beschwerden auf. Diese sowie die von Dr. med. L._____ gestellten Diagnosen, empfohlene Therapie sowie vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entsprechen vollumfänglich dessen früheren Bericht vom 31. Januar 2020 (vgl. oben E. 5.2.2). Als aktuellen Therapieplan gab Dr. med. L._____ an: täglich eine Tablette Noofen 250 mg, täglich zwei Tabletten Doreta und täglich zweimal Rheumaflex Gel. Neu führte Dr. med. L._____ sinngemäss aus, der Versicherte habe einen dauerhaften,

schweren körperlichen Gesundheitsschaden, welcher ihn erheblich in seiner Arbeitsfähigkeit sowie auch in seinem Privatleben einschränke. Als Folge dieses Gesundheitsschadens, seiner Schmerzen sowie der beruflichen und privaten Einschränkungen habe sich beim Versicherten eine psychische Störung entwickelt (BVGer-act. 1, Beilage 10; Übersetzung in Beilage zu BVGer-act. 24).

6.

Zu prüfen ist zunächst, ob eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustands vorliegt (vgl. oben E. 4.4).

6.1 Die Vorinstanz stützt ihre Auffassung, wonach keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen sei, auf die RAD-Stellungnahme vom 14. September 2020. RAD-Arzt Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Die Stellungnahmen des RAD, 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 m. w. H.). Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten es dem RAD erlaubten, sich ein abschliessendes Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

6.2 Nach seiner Neuanschuldung vom 28. Oktober 2019 hat der Versicherte, trotz den Aufforderungen der Vorinstanz vom 9. Januar 2020 und 3. April 2020, alle sich in seinem Besitz befindenden Unterlagen (Arztberichte, Spitalberichte, Röntgenbilder, Laboruntersuchungen, EKG, usw.), mit Ausnahme derjenigen seiner heimatlichen Sozialversicherung, welche direkt angefordert würden (vgl. IV-act. 141 und 177), einzureichen, lediglich zwei Berichte seines behandelnden Psychiaters Dr. med. L._____, vom 10. September 2019 und 31. Januar 2020 bei der Vorinstanz eingereicht, welche sich im Wesentlichen auf eine Wiedergabe der vom Versicherten beklagten Beschwerden sowie eine Diagnoseliste beschränken, ohne allfällige erhobene Befunde oder eine nachvollziehbar begründete Einschät-

zung der Arbeitsfähigkeit anzugeben. Dass die entsprechenden Aufforderungsschreiben vom 9. Januar 2020 und 3. April 2020 dem Versicherten jeweils zugegangen sind, ist erwiesen, da dieser die ihm mit den erwähnten Schreiben zugestellten Fragebogen beide Male ausgefüllt retourniert hat (vgl. Sachverhalt Bst. B.d). Trotz dieser spärlichen, durch den Versicherten zur Verfügung gestellten medizinischen Dokumentation ist die Vorinstanz auf seine Neuanmeldung vom 28. Oktober 2019 eingetreten. In der weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts von Amtes wegen hat sie jedoch ausschliesslich den "ausführlichen ärztlichen Bericht" vom 10. September 2019, einen lediglich rudimentär ausgefüllten Formularbericht, beim kosovarischen Versicherungsträger eingeholt.

6.3 Damit ist vorab festzuhalten, dass vorliegend dem RAD eindeutig kein lückenloser Befund vorlag. Die erwähnten drei in den vorinstanzlichen Akten liegenden Berichte aus dem Kosovo erlauben keine abschliessende Beurteilung der Entwicklung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zwischen der in Rechtskraft getretenen Verfügung vom 29. Oktober 2009 (vorliegender Ausgangspunkt) und dem Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2020 (vorliegender Vergleichszeitpunkt). Mangels eines feststehenden medizinischen Sachverhalts war es damit vorliegend nicht zulässig, über die Neuanmeldung des Beschwerdeführers lediglich auf der Grundlage eines Aktenberichts des RAD zu entscheiden, dies umso mehr, als RAD-Arzt Dr. med. R. _____ als Facharzt für Allgemeinmedizin nicht über sämtliche erforderlichen fachlichen Qualifikationen zur Beurteilung der beim Beschwerdeführer vorliegenden psychischen und somatischen Beschwerden verfügt (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

6.4 Zudem hat RAD-Arzt Dr. med. R. _____ in seiner Stellungnahme vom 14. September 2020 als Diagnosen lediglich vier der bereits im ZMB-Gutachten gestellten Diagnosen aufgeführt und festgehalten, die vom Versicherten eingebrachten Unterlagen seien "praktisch deckungsgleich" mit der letzten ZMB-Expertise, ohne dies näher zu begründen. Darüber hinaus fehlt in der RAD-Stellungnahme eine einlässliche Auseinandersetzung mit den im Neuanmeldeverfahren eingegangenen Arztberichten. Wie sich nachfolgend ergibt, enthalten diese neuen Arztberichte – entgegen der Auffassung von Dr. med. R. _____ – durchaus Hinweise auf eine Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gegenüber den Feststellungen im ZMB-Gutachten des Jahres 2009, auch wenn gestützt

auf diese keine abschliessende Beurteilung dieser Veränderungen respektive des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung möglich ist.

6.5 In den Berichten vom 10. September 2019 und 31. Januar 2020 hat Dr. med. L. _____ als Befund, wenn auch ohne Hinweis auf entsprechende bildgebende Untersuchungen, neu angegeben, es habe sich eine Deformation der Wirbelsäule entwickelt und der Versicherte nehme eine entsprechende (antalgische) Schonhaltung ein. Eine leichtgradige Spondylosis deformans der mittleren und unteren Brustwirbelsäule sowie eine rechtskonvexe Skoliose wurden bereits im Bericht vom 23. April 2010 festgestellt (vgl. oben E. 5.3.4, unten E. 6.7). Die von Dr. med. L. _____ aufgeführten Diagnosen enthalten sodann im Vergleich zum ZMB-Gutachten vom 7. Juli 2009 verschiedene neue Elemente. So hat Dr. med. L. _____ nicht nur das bereits von den ZMB-Gutachtern diagnostizierte (beidseitige) cervicothoracale Schmerzsyndrom, sondern auch ein beidseitiges Zervicobrachialsyndrom in seiner Diagnoseliste aufgeführt. Weder die von Dr. med. L. _____ diagnostizierten anhaltenden Kopfschmerzen noch das von ihm diagnostizierte Schwindelsyndrom finden sich zwar in den Diagnosen gemäss dem ZMB-Gutachten, jedoch wurden beide Punkte im ZMB-Gutachten als vom Beschwerdeführer beklagte Beschwerden angegeben. Entsprechend hat der rheumatologische ZMB-Gutachten die vom Versicherten beklagten Beschwerden bereits zu jenem Zeitpunkt als vom Kopf ausgehend beschrieben und Dr. med. N. _____ hat im Rahmen der Krankheitsanamnese einen vom Versicherten beklagten Schwindel erwähnt. Weiter lag der von Dr. med. L. _____ diagnostizierte (wenn auch medizinisch nicht mit Befunden dokumentierte) Bandscheibenvorfall im Bereich Th5/Th6 und Th6/Th7 im Zeitpunkt der ZMB-Begutachtung noch nicht vor; die ZMB-Gutachter hatten jedoch bereits im Jahr 2009 Discusprotrusionen (d. h. Bandscheibenvorwölbungen) – also eine mögliche Vorstufe zu einem Bandscheibenvorfall (vgl. z. B. <https://orthopaede.com/glossar/bulging/>; abgerufen am 29. April 2022) – im Bereich Th5/6 und Th6/7 festgestellt. Während die ZMB-Gutachter im Jahr 2009 eine Sensibilitätsstörung mit verminderter Temperatur- und Schmerzempfindung global am linken Bein erkannten, diagnostizierte Dr. med. L. _____ neu eine Hyposensibilität des Dermatoms im Bereich Th5 und Th7 (d. h. im Bereich des Thorax). Neu gegenüber dem ZMB-Gutachten ist ebenfalls die von Dr. med. L. _____ diagnostizierte (wenn auch medizinisch nicht belegte) antalgische Skoliose. Für die von ihm diagnostizierte arterielle Hypertonie finden sich wiederum bereits Hinweise im ZMB-Gutachten, ohne dass jedoch eine entsprechende Diagnose gestellt wurde (vgl. wörtlich im ZMB-Gutachten:

"aktuell erhöhte Blutdruckwerte, bislang ohne Diagnose einer Hypertonie"). Dasselbe gilt für das von Dr. med. L. _____ diagnostizierte, jedoch nicht mit entsprechenden Befunden untermauerte depressive Syndrom. Diesbezüglich hatten die ZMB-Gutachter festgehalten, dass in der Vergangenheit eine depressive Phase bestanden habe, es in der Folge jedoch zu einer deutlichen Remission gekommen sei, so dass aktuell keine Depression vorliege. Neu ist schliesslich die von Dr. med. L. _____ diagnostizierte chronische Gastritis.

6.6 Im "ausführlichen ärztlichen Bericht" vom 10. September 2019 wurde – in Bestätigung der Beurteilung von Dr. med. L. _____ – nicht nur das bereits im ZMB-Gutachten diagnostizierte (beidseitige) zervikothorakale Schmerzsyndrom, sondern neu auch ein beidseitiges zervikobrachiales Syndrom der oberen Gliedmassen diagnostiziert. Die im Bericht angegebene linksseitige Lumboischialgie der unteren Gliedmassen erweist sich demgegenüber nicht als neu, da der Beschwerdeführer gemäss dem ZMB-Gutachten bereits im Jahr 2009 linksseitige Schmerzen beklagt hat. Die im Bericht aufgeführten ICD-10-Codes unterstreichen insbesondere die von Dr. med. L. _____ gestellten neuen Diagnosen Bandscheibenvorfall, Hypertonie sowie chronische Gastritis.

6.7 Im vorliegenden Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer – neben einem weiteren Bericht seines behandelnden Psychiaters Dr. med. L. _____ vom 3. Dezember 2020, welchem der aktuelle Medikamentenplan des Beschwerdeführers sowie die Entwicklung einer psychischen Störung als Folge des dauerhaften schweren körperlichen Gesundheitsschadens zu entnehmen ist (vgl. oben E. 5.3.8) – verschiedene ältere Arztberichte aus der Schweiz eingereicht. In mehreren dieser Berichte wird ebenfalls eine beim Beschwerdeführer eingetretene depressive Entwicklung beschrieben (Arztzeugnis von Dr. med. S. _____ vom 2. Oktober 2014 [vgl. oben E. 5.3.1], Austrittsbericht der Spital (...) AG vom 23. April 2010 [vgl. oben E. 5.3.4] und Bericht des (...-) zentrums W. _____ vom 9. Juli 2010 [vgl. oben E. 5.3.5]). Bereits kurz nach der ZMB-Begutachtung des Jahres 2009 wurde sodann sowohl im Austrittsbericht der Spital (...) AG vom 23. April 2010 als auch im Bericht des (...-) zentrums W. _____ vom 9. Juli 2010 neu eine (als bereits bekannt beschriebene) Diskushernie im Bereich Th6/7 mit vorbestehendem Sensibilitätsdefizit am linken Oberarm und lateralen linken Oberschenkel diagnostiziert. In beiden Berichten wurden auch die neuen Diagnosen der arteriellen Hypertonie sowie der gastrischen Beschwerden gestellt (vgl. oben E. 5.3.4 f.). Gemäss dem Austrittsbericht der Spital (...) AG vom 23. April 2010 hatte ferner eine radiologische

Kontrolle der Brustwirbelsäule eine rechtskonvexe Skoliose aufgezeigt (vgl. oben E. 5.3.4), welche im ZMB-Gutachten noch keine Erwähnung fand. Im Bericht des (...-) zentrums W._____ vom 10. September 2010 wurde schliesslich neu eine stark eingeschränkte Kopfbeweglichkeit festgestellt (vgl. oben E. 5.3.6).

Diese erst nach der ZMB-Begutachtung des Jahres 2009 (Untersuchungen vom 9. bis 12. Februar 2009; vgl. oben E. 5.1.1) respektive der in Rechtskraft getretenen Verfügung vom 29. Oktober 2009 erstellten Berichte enthalten nach dem Gesagten zumindest einige Hinweise auf nach der ZMB-Begutachtung des Jahres 2009 eingetretene Veränderungen des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, hauptsächlich in somatischer Hinsicht, unter Hinzutreten einer psychischen Komorbidität. Insbesondere untermauern die medizinisch einlässlich begründeten schweizerischen Arztberichte des Jahres 2010 mehrere der in den im vorinstanzlichen Neuanmeldungsverfahren eingereichten Arztberichten aus dem Kosovo gegenüber der ZMB-Begutachtung des Jahres 2009 neu gestellten Diagnosen. So wurde im Bericht des (...-) zentrums W._____ vom 9. Juli 2010 aufgrund eines durchgeführten MRI ein durchgemachter Morbus Scheuermann auf der Höhe Th4 bis Th9 mit sekundären degenerativen Veränderungen in Form von Osteochondrosen festgestellt, sowie auf der Höhe Th6/7 eine mediolateral rechtsseitige Protrusion/Hernie der Bandscheibe mit möglicherweise zeitweiliger Reizung des Myelons (vgl. oben E. 5.3.5). Damit liegt insbesondere ein teils somatisch fassbares degeneratives Leiden der Wirbelsäule mit chronischem Verlauf vor, wobei unklar ist, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass das Leiden mit welcher Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit zugenommen hat. Wenn auch einzelne der neuen Diagnosen (z. B. Hypertonie oder chronische Gastritis) erfahrungsgemäss für sich alleine genommen keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken, ist vorliegend die Gesamtheit der Beschwerden unter Berücksichtigung der jeweiligen Wechselwirkungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant. Insbesondere ist mit Blick auf die auch im Raum stehende Schmerzstörung sowie depressive Störung eine Prüfung der Standardindikatoren im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. BGE 141 V 281, wonach die Feststellung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren zu erfolgen hat, sowie BGE 143 V 409 und 143 V 418, wonach sämtliche psychischen Erkrankungen diesem indikatorengeleiteten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind) vorzunehmen, um im Rahmen einer Gesamtbetrachtung

festzustellen, ob eine rechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stattgefunden hat.

6.8 Die Vorinstanz hat sich in ihrer Vernehmlassung auf die Feststellung beschränkt, dass die beschwerdeweise eingebrachten Arztberichte nicht aktuell seien (vgl. Sachverhalt Bst. C.h). Hierbei hat sie indessen übersehen, dass sämtliche der im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Berichte erst nach dem vorliegenden Ausgangspunkt vom 29. Oktober 2009 erstellt wurden und damit für das vorliegende Neuanmeldungsverfahren, in welchem ein Vergleich zwischen dem Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der angefochtenen Verfügung vorzunehmen ist (vgl. oben E. 4.4), im Längsschnitt durchaus relevant sind. Nach dem Gesagten deuten die im Beschwerdeverfahren nachgereichten Berichte denn auch darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bereits kurz nach der ZMB-Begutachtung des Jahres 2009 verändert haben könnte (vgl. oben E. 6.7 Abs. 2). Mangels Aktualität dieser Berichte erlauben diese jedoch keine abschliessende Klärung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2020. In Anbetracht der beim Beschwerdeführer vorliegenden degenerativen Veränderung der Wirbelsäule sind auch weitere Verschlechterungen der in somatischer Hinsicht vorliegenden Beschwerden bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung nicht auszuschliessen, zumal die in den Vorakten liegenden, aktuelleren Arztberichte aus dem Kosovo entsprechende Hinweise enthalten. Allerdings erlauben auch die Arztberichte aus dem Kosovo keine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2020, da die in diesen Berichten aufgeführten Diagnosen nicht in einer nachvollziehbaren Weise medizinisch hergeleitet respektive mit entsprechenden Untersuchungsbefunden untermauert wurden und in diesen eine nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fehlt. Unter diesen Umständen hätte sich zunächst eine gutachterliche Klärung der Frage, ob vorliegend eine erhebliche, medizinisch fassbare Veränderung des Gesundheitszustands des Versicherten in der Zeitspanne von Oktober 2009 (vorliegender Ausgangspunkt) bis Dezember 2020 (vorliegender Vergleichszeitpunkt) eingetreten ist, und wenn ja, aufgrund welcher objektiv veränderten Befundlage (vgl. Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2 und 4.2 m. w. H.), aufgedrängt. Bejahendenfalls wäre anschliessend, angesichts

des mit Inkrafttreten des neuen Sozialversicherungsabkommens per 1. September 2019 (vgl. oben E. 3.3) vorliegend frühestmöglichen Zeitpunkts eines Rentenanspruchs, eine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem 1. September 2018 (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG; vgl. oben E. 4.2) vorzunehmen gewesen. Diese retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist zwar erfahrungsgemäss schwierig, nicht aber unmöglich, weshalb eine entsprechende Begutachtung erhöhten Ansprüchen genügen sollte (vgl. Urteil des EVG I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5).

7.

7.1 Zusammenfassend enthalten die im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens eingegangenen sowie im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachgereichten medizinischen Unterlagen zwar verschiedene Hinweise auf eine seit der in Rechtskraft getretenen Verfügung vom 29. Oktober 2009 eingetretene Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, erlauben jedoch keine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im vorliegend relevanten Zeitraum vom 1. September 2018 (vgl. oben E. 6.8 letzter Satz) bis zum 14. Dezember 2020 (Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung). Damit erweist sich der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

7.2 Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und anschliessend neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Angesichts der im vorinstanzlichen Abklärungsverfahren eingegangenen Arztberichte aus dem Kosovo bleibt vorliegend, mangels umfassender medizinischer Abklärungen, Angaben der erhobenen Befunde sowie einer nachvollziehbar begründeten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. oben E. 6.2 und 6.8), die Frage des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vollständig ungeklärt, womit die vorliegende Rückweisung an die Vorinstanz in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung erfolgt (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Auch wurden die vom Bundes-

gericht vorgegebenen Standardindikatoren im Zusammenhang mit der vorbekannten Schmerzstörung sowie der neu diagnostizierten psychischen Störung bislang nicht geprüft (vgl. oben E. 6.7 Abs. 2 letzter Satz). Die Vorinstanz hat es unterlassen, eine umfassende polydisziplinäre Abklärung zu veranlassen, obwohl eine solche aufgrund der im Raum stehenden Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, geboten gewesen wäre. Eine reine Aktenbeurteilung war vorliegend unzulässig (vgl. oben E. 4.6 und 6.3), was angesichts der in den neuen Berichten enthaltenen Hinweisen auf eine mögliche erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers (vgl. oben E. 6.5-6.7) zwangsläufig zur Einholung ergänzender Abklärungen (vgl. oben E. 4.6) respektive eines Administrativgutachtens hätte führen müssen.

Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch die Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-5626/2017 vom 16. Juli 2019 E. 8.1). Überdies wäre damit der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

7.3 Aufgrund des Ausgeführten ist die Vorinstanz in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie erforderlich, wobei bezüglich der bereits im Jahr 2009 diagnostizierten Schmerzstörung sowie allfälligen weiteren psychischen Störungen (wie beispielsweise einer depressiven Störung) insbesondere die Standardindikatoren gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281; vgl. oben E. 6.7 Abs. 2 letzter Satz) zu prüfen sind. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3). Auch ist es grundsätzlich Sache der beauftragten Sachverständigen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Denn die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachli-

che Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BVGer C-4634/2014 vom 5. September 2016 E. 7.2 in fine).

Es ist darauf hinzuweisen, dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit immer nur dann anspruchserheblich sein kann, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, welche fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb ist eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung massgeblich (BGE 142 V 106 E. 4.4). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass gemäss geltender Rechtsprechung medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet –, nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen sind (BGE 141 V 281 E. 3.7.1; vgl. auch Urteil des BVGer C-920/2019 vom 25. Juni 2020 E. 5.7.2 f.).

7.4 Die polydisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m. w. H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Insbesondere steht das mit Verfügung vom 11. Oktober 2010 durch das Bundesamt für Migration gegen den Beschwerdeführer verhängte sowie vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-7510/2010 vom 20. November 2012 bestätigte Einreiseverbot von fünf Jahren (vgl. Urteil des BVGer C-7510/2010 vom 20. November 2012 Sachverhalt Bst. E) heute einer Einreise des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit einem Begutachtungstermin in der Schweiz nicht mehr entgegen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV) und es sind dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden

Verfahrensrechte zu wahren (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Das polydisziplinäre Gutachten hat die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m. H.: vgl. auch Urteil des BVGer C-920/2019 vom 25. Juni 2020 E. 5.7).

7.5 Damit ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 14. Dezember 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über die Neuanschuldung des Beschwerdeführers zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

8.

8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i. V. m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1). Damit sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Entsprechend kommt die dem Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 24. Januar 2022 gewährte unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der Befreiung von den Verfahrenskosten vorliegend nicht zum Tragen. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

8.2 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 und Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Bei verhältnismässig geringen Kosten kann von einer Parteientschädigung abgesehen werden (Art. 7 Abs. 4 VGKE). Da der obsiegende Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht anwaltlich vertreten wurde und er auch keine anderweitigen Auslagen geltend gemacht hat, sind ihm keine (verhältnismässig hohen) Kosten erwachsen, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist.

(Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2020 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese ergänzende medizinische Abklärungen im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend über die Neuanmeldung neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Christoph Rohrer

Marion Sutter

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: