



## Urteil vom 17. Mai 2021

---

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),  
Richter David Weiss, Richter Vito Valenti,  
Gerichtsschreiberin Mirjam Angehrn.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Serbien),  
Zustelladresse: c/o B. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Revisionsgesuch,  
(Nichteintretensverfügung vom 2. Mai 2019).

**Sachverhalt:****A.**

**A.a** Der am (...) 1955 geborene, in seiner Heimat wohnhafte, serbische Staatsangehörige A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist gelernter Zimmermann. In den Jahren 1980 bis 2003 war er mit Unterbrüchen u.a. als "Oberflächenbearbeiter" (Schleifer) in der Schweiz erwerbstätig (Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [IVSTA] gemäss Aktenverzeichnis vom 30. August 2019 [IVSTA-act.] 3, 6, 35 S. 3 f., 42).

**A.b** Am 25. Februar 2004 meldete er sich unter Hinweis auf u.a. Rückenschmerzen, Depressionen, Kopfschmerzen, Angstzustände und Schmerzen im linken Bein und der Hüfte zum Bezug einer schweizerischen Invalidenrente an (IVSTA-act. 1). Nach erfolgten Abklärungen wurde ein polydisziplinäres Gutachten bei der Medizinischen Abklärungsstelle (im Folgenden: Medas) des Universitätsspitals C. \_\_\_\_\_ eingeholt (IVSTA-act. 23). Die Ärzte diagnostizierten im Juli 2006 (IVSTA-act. 23 S. 10) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, ein chronisches lumbovertebrales Syndrom und ein leichtes subakromiales Impingement in der rechten Schulter. Ende Juli 2006 erlitt der Versicherte einen subakuten Myokardinfarkt (IVSTA-act. 22). Es wurde ein Stenting durchgeführt. Anschliessend erfolgte eine stationäre kardiologische Rehabilitation in (...). Sodann hielt er sich vom 30. April bis 2. Juni 2007 in der Psychiatrischen Klinik D. \_\_\_\_\_ auf (IVSTA-act. 36). Mit Verfügung vom 24. August 2007 sprach ihm die IV-Stelle E. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: IV-Stelle) eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. März 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 87 % zu (IVSTA-act. 38).

**B.**

**B.a** Die IV-Stelle leitete am 27. August 2007 ein amtliches Revisionsverfahren ein (IVSTA-act. 34). Es wurde ein Verlaufsgutachten bei der Academy F. \_\_\_\_\_ (im Folgenden: F. \_\_\_\_\_) des Universitätsspitals C. \_\_\_\_\_ eingeholt (IVSTA-act. 40). Die Ärzte stellten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen: ein chronisches lumbovertebrales Syndrom, ein chronisches therapierefraktäres Schmerzsyndrom der linken Körperhälfte mit Dysästhesien und eine teilremittierte depressive Störung mit gegenwärtig noch leichtgradig depressivem Zustandsbild. Gestützt auf die Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (im Folgenden: RAD; Stellungnahmen vom 23. Oktober 2008 [IVSTA-act. 41] und 18. November 2008 [IVSTA-act. 45]) stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom

26. November 2008 die Herabsetzung der bisher ausgerichteten ganzen Invalidenrente auf eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 59 % in Aussicht (IVSTA-act. 46). Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (IVSTA-act. 48). Mit Verfügung vom 18. März 2009 (IVSTA-act. 50) hielt die IV-Stelle an ihrem Vorbescheid fest und verfügte eine halbe Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Mai 2009.

**B.b** Eine dagegen erhobene Beschwerde (IVSTA-act. 56 S. 2 ff.) hiess das Versicherungsgericht des Kantons E. \_\_\_\_\_ mit Urteil vom 18. März 2010 (IVSTA-act. 58) teilweise gut, hob die angefochtene Verfügung auf und sprach dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Mai 2009, bei einem Invaliditätsgrad von 60 %, (aufgerundet von 59.83 %) eine Dreiviertelsrente zu. Mit Verfügung vom 5. Juli 2010 (IVSTA-act. 61) ersetzte die IV-Stelle ihre Verfügung vom 18. März 2009 und sprach dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Mai 2009 eine Dreiviertelsrente zu.

**C.**

Nach Durchführung eines weiteren amtlichen Revisionsverfahrens (IVSTA-act. 62 ff.) teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 9. September 2011 mit, dass weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bestehe (IVSTA-act. 66). Sie stützte sich dabei auf einen Verlaufsbericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 5. September 2011 (IVSTA-act. 64) sowie einen Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und Dr. med. I. \_\_\_\_\_ der Onkologie des Kantonsspitals J. \_\_\_\_\_ AG über die Hospitalisation des Versicherten vom 14. bis 22. Juli 2008 (IVSTA-act. 65).

**D.**

Die IV-Stelle überwies am 16. Mai 2013 sämtliche Akten zuständigkeitshalber an die IVSTA (im Folgenden auch: Vorinstanz; IVSTA-act. 78).

**E.**

Eine Überprüfung des Invaliditätsgrades durch die IVSTA (IVSTA-act. 81 ff.) ergab gemäss Mitteilung vom 8. Mai 2015 (IVSTA-act. 84) keine anspruchsbeeinflussende Änderung.

**F.**

Mit Schreiben vom 22. Mai 2015 (Eingang IVSTA; IVSTA-act. 87) teilte der Versicherte unter Hinweis auf neue Arztberichte (IVSTA-act. 88 ff.) mit, dass sich sein Gesundheitszustand in den letzten Monaten verschlechtert habe. Nach Einholen einer Stellungnahme beim RAD (IVSTA-act. 96) teilte die IVSTA dem Versicherten mit Vorbescheid vom 3. Juli 2015 (IVSTA-act.

98) mit, dass sie gedenke mangels Glaubhaftmachens einer rentenanspruchsrelevanten Veränderung des Gesundheitszustands auf das Revisionsgesuch nicht einzutreten. Mit Verfügung vom 16. September 2015 (IVSTA-act. 99) hielt sie an ihrem Vorbescheid fest.

#### **G.**

Am 31. Oktober 2018 (Eingang IVSTA; IVSTA-act. 101) reichte der Versicherte der IVSTA neue ärztliche Berichte zu den Akten (IVSTA-act. 102 ff.) und machte erneut eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend. Nach Einholen einer Stellungnahme beim RAD (IVSTA-act. 123) teilte die IVSTA dem Versicherten mit Vorbescheid vom 30. Januar 2019 (IVSTA-act. 124) mit, dass sie gedenke, mangels Glaubhaftmachens einer rentenanspruchsrelevanten Veränderung des Gesundheitszustands, auf das Revisionsgesuch nicht einzutreten. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (IVSTA-act. 125). Nach Einholen einer Stellungnahme beim RAD (IVSTA-act. 135) hielt die IVSTA mit Verfügung vom 2. Mai 2019 (IVSTA-act. 136) an ihrem Vorbescheid fest.

#### **H.**

**H.a** Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte mit Eingabe vom 16. Mai 2019 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Erhöhung der Dreiviertelsrente auf eine ganze Rente (BVGer-act. 1).

**H.b** Am 20. Juli 2019 (vgl. BVGer-act. 7) ist der mit Zwischenverfügung vom 27. Juni 2019 (BVGer-act. 5) einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- beim Bundesverwaltungsgericht eingegangen.

**H.c** Mit Vernehmlassung vom 10. September 2019 beantragte die Vorinstanz unter Hinweis auf eine Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 22. August 2019 die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei (BVGer-act. 9).

**H.d** Der Beschwerdeführer hielt mit Eingabe vom 8. Oktober 2019 an seiner Beschwerde fest (BVGer-act. 11).

**H.e** Mit Duplik vom 6. Dezember 2019 hielt die Vorinstanz unter Verweis auf die eingeholte Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 3. Dezember 2019 an ihrem Rechtsbegehren fest (BVGer-act. 17).

**H.f** Mit Instruktionsverfügung vom 12. Dezember 2019 wurde die Duplik der Vorinstanz dem Beschwerdeführer zur Kenntnis zugestellt und vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen der Abschluss des Schriftenswechsels angekündigt (BVGer-act. 18).

**I.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet, sodass auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde grundsätzlich einzutreten ist (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

**2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 2. Mai 2019, mit welcher die Vorinstanz auf das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist. Streitgegenstand kann daher lediglich die Frage bilden, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf das Revisionsgesuch eingetreten ist. Nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung und damit nicht Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren ist die materielle Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers. Soweit dieser beantragt, es sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten (vgl. BGE 132 V 74 E. 1.1; Urteil des BGer 9C\_116/2010 vom 20. April 2010 E. 1).

**3.**

**3.1** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139

V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 2. Mai 2019 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.

**3.2** Der Beschwerdeführer ist serbischer Staatsangehöriger und wohnt in Serbien. Seit dem 1. Januar 2019 ist das Abkommen vom 11. Oktober 2010 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Serbien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.682.1, nachfolgend: Abkommen) in Kraft. Für serbische Staatsangehörige findet dieses Anwendung. Der sachliche Geltungsbereich des Abkommens bezieht sich gemäss Art. 2 in der Schweiz unter anderem auf die Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung. Nach Art. 4 des Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Da hier keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung grundsätzlich aufgrund des schweizerischen Rechts.

#### **4.**

**4.1** Ein Gesuch um Leistungsrevision wird – wie eine Neuanschuldung – nur dann materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 2 IVV [SR 831.201]; BGE 130 V 71 E. 2.2 m.H.). Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 8C\_182/2018 vom 17. Juli 2018 E. 3.1 m.H.). Gleich wie im Verfahren der Neuanschuldung kommt bei einem Gesuch um Leistungsrevision der Untersuchungsgrundsatz erst zum Tragen, nachdem die versicherte Person eine massgebliche Änderung ihres Gesundheitszustands seit der letzten rechtskräftigen Leistungsverweigerung glaubhaft gemacht hat (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteil des BGer 8C\_182/2018 vom 17. Juli 2018 E. 3.1).

**4.2** Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung. Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, das heisst bis zum Erlass der Verfügung betreffend das Revisionsgesuch. Für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung ist somit der Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, respektive die Aktenlage bei Erlass dieser Verfügung massgeblich (BGE 133 V 108 E. 5.4; 130 V 64 E. 5.2.5). Arztberichte, welche aus der Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung datieren und erst im Beschwerdeverfahren aufgelegt wurden, sind bei der Beurteilung der Frage, ob die Verwaltung auf das Revisionsgesuch hätte eintreten müssen, grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteil des BGer 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.2). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1)

**4.3** Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des BGer 8C\_725/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 3.2 m.H.). Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Leistungsgesuchs lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nachdem sind an die Glaubhaftmachung einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteil des BGer 9C\_236/2011 vom 8. Juli 2011 E. 2.1.1).

**5.**

**5.1** Die Vorinstanz hat das Nichteintreten auf das Revisionsgesuch in der angefochtenen Verfügung damit begründet, dass die neu zugestellten Arztberichte nicht auf eine anspruchserhebliche Änderung des Gesundheitszustands schliessen liessen. In ihrer Vernehmlassung führte sie ergänzend aus, dass die beurteilende RAD-Ärztin wiederholt zur Schlussfolgerung gelangt sei, dass die am 26. September 2018 erfolgte erneute invasive Untersuchung mit anschliessendem Stenting zu keiner wesentlichen Verschlechterung des arbeitsmedizinischen Leistungsvermögens geführt habe. Eine Dreiviertelsrente sei folglich weiterhin begründet.

**5.2** Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer vor, sein Gesundheitszustand sei so schlecht, dass er in der alltäglichen Verrichtung seiner persönlichen Bedürfnisse von anderen Personen abhängig sei. Er sei u.a. nicht mehr fähig sein Bett zu machen und Lebensmittel einzukaufen. Aus den fachärztlichen Berichten sei ersichtlich, dass er nach den Eingriffen in Belgrad zu 100 % arbeitsunfähig sei. Es sei ihm verboten, mehr als 1 Kg zu heben. Von der Depression, wegen welcher er bereits in der Schweiz behandelt worden sei und seit seiner Rückkehr auch in seiner Heimat behandelt werde, sei nirgendwo die Rede. Die Meinung des Neurologen sei somit auch sehr wichtig.

**6.**

**6.1** Streitig und zu prüfen ist, ob eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen der letzten materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers und der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 2. Mai 2019 glaubhaft gemacht wurde.

**6.2** Die letzte umfassende Prüfung des Rentenanspruchs erfolgte in der Verfügung vom 5. Juli 2010, mit welcher – aufgrund des Urteils des Versicherungsgerichts des Kantons E. \_\_\_\_\_ vom 18. März 2010 – die Verfügung vom 18. März 2009 ersetzt und die seit 1. März 2004 ausgerichtete ganze Rente per 1. Mai 2009 auf eine Dreiviertelsrente reduziert wurde (vgl. hiervor Bst. B). Diese Verfügung erfolgte aufgrund einer Abklärung des medizinischen Sachverhalts, entsprechender Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs. Den nachfolgenden Bestätigungen des Anspruchs auf eine Dreiviertelsrente der IV-Stelle mit Verfügung vom 9. September 2011 (IVSTA-act. 66) und der Mitteilung der IVSTA

vom 8. Mai 2015 (IVSTA-act. 84) gingen dagegen keine umfassenden materiellen Prüfungen der anspruchserheblichen Tatsachen voraus. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung, ob der Beschwerdeführer eine Änderung des Sachverhalts glaubhaft gemacht hat, die geeignet ist, den Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise zu beeinflussen, bildet demnach die Verfügung vom 5. Juli 2010.

## 7.

**7.1** In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 5. Juli 2010 im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen des IV-Arztes Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Oktober 2008 (IVSTA-act. 41) und vom 18. November 2008 (IVSTA-act. 45). Dieser wiederum stützte sich auf den Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2007 und die Stellungnahme der Psychiatrischen Dienste L.\_\_\_\_\_ AG vom 31. Juli 2007 sowie auf das Verlaufsgutachten der F.\_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2008.

## 7.2

**7.2.1** Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Oberarzt der Psychiatrischen Dienste L.\_\_\_\_\_ AG und Psychiatrische Klinik D.\_\_\_\_\_, berichtete am 3. Juli 2007 über die stationäre Behandlung des Versicherten vom 30. April bis 2. Juni 2007 und stellte folgende Diagnosen (IVSTA-act. 36):

- Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
- Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0)
- Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.25)
- Schädlicher Gebrauch von Nikotin (ICD-10 F17.1)

Er berichtete, vor Beginn der klinikinternen Arbeitsrehabilitation sei die Dosis an Benzodiazepinen ausgeschlichen worden. Mit einer regelmässigen Tagesstruktur von sechs Stunden pro Tag habe sich der Zustand des Versicherten verbessert. Er habe weniger über Schmerzen geklagt. Auffällig sei die willkürliche und unsystematische Benützung des Gehstockes gewesen, den er oft nicht gebraucht habe, wenn er sich unbeobachtet gefühlt habe. Die Arbeitsunfähigkeit wurde bei Austritt mit ca. 30 % angegeben. Es wurde dem Versicherten eine niederschwellige Tagesstruktur empfohlen (bspw. Tageszentrum Externer Psychiatrischer Dienst ([EPD] N.\_\_\_\_\_)).

Am 31. Juli 2007 berichtete Dr. med. M.\_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 31), der Versicherte habe sich während seines Aufenthaltes in der Klinik deutlich aufgehellt gezeigt. Differenzialdiagnostisch könne es sich um eine Rentenneurose oder teilweise um Simulation handeln. Leider hätten sie keine diagnostischen Mittel, dies zu verifizieren. Der Versicherte sei im Tageszentrum des EPD N.\_\_\_\_\_ angemeldet worden mit der Absicht, ihn aus seinem depressiven Umfeld herauszunehmen.

**7.2.2** Im polydisziplinären Gutachten der F.\_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2008 (IVSTA-act. 40) stellten Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Spitalfachärztin, Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen:

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, Beginn 2003 (ICD-10: M54.5) bei:
  - ausgeprägter Haltungsinsuffizienz
  - degenerativen Veränderungen L2-S1
  - nachgewiesener Diskushernie L5/S1 rechtsbetont 2003 (Computertomographie der Lendenwirbelsäule [LWS])
2. Chronisches therapierefraktäres Schmerzsyndrom der linken Körperhälfte mit Dysästhesien (ICD-10: M25.9).
  - 5 von 5 Waddell-Zeichen positiv
3. Teilremittierte depressive Störung mit gegenwärtig noch leichtgradig depressivem Zustandsbild (ICD-10 F32.0)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Koronare Herzkrankheit mit Status nach Herzinfarkt bei metabolischem Syndrom
2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
3. Benzodiazepin Abhängigkeits-Syndrom (ICD-10 F13.25)

**7.2.2.1** Dem Rheumatologischen Fachgutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_\_ und Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 13. März 2008 kann entnommen werden, dass beim Versicherten vor allem ein chronisches lumbovertebrales Schmerz-syndrom vorliege, das sich trotz wiederholter Physiotherapien verschlimmert haben soll. Objektiv falle eine Einschränkung der Bewe-

gungsamplitude an der Lendenwirbelsäule auf. Vor allem die Seitenneigung sei eingeschränkt, wobei das Ausmass nur beschränkt qualifiziert werden könne, zumal die Untersuchung durch aktives Gegenspannen deutlich erschwert werde. Neben der ausgeprägten Dekonditionierung, welche die Symptomatik schon erklären könne, sei 2003 eine kleine rechtsbetonte Diskushernie L5/S1 festgestellt worden, welche die linksseitige Betonung der Beschwerden jedoch nicht erklären könne. Bei der durchgeführten Untersuchung fänden sich keine Anzeichen einer radikulären Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Radiologisch fänden sich leichte degenerative Veränderungen der untersten vier LWS-Etagen, wobei vor allem Spondylarthrosen im unteren Drittel auffallen würden. Die angegebene Beschwerdesymptomatik und der Untersuchungsbefund seien jedoch nicht typisch für die dargestellten organischen Veränderungen.

Subjektiv im Vordergrund stehe vor allem ein Schmerzsyndrom der linken Körperhälfte in den Extremitäten und zusätzlich auch Kopfschmerzen. Aus rheumatologischer Sicht könne die Symptomatik organisch nicht erklärt werden. Angesichts der positiven Waddelzeichen des therapierefraktären Verlaufs mit Ausweitungstendenz könne eine somatoforme Schmerzstörung bestehen. Im Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ von 2007 sei eine Reduktion der Schmerzsymptomatik nach psychiatrischer Therapie festgehalten worden. Nach Entlassung habe sich laut Versicherten die Symptomatik weiter verschlechtert.

Aus objektiver Sicht sei keine Änderung bezüglich der Rückensituation und des Hemisyndroms links aufgetreten. Bezüglich der festgestellten Impingementsymptomatik an der rechten Schulter habe sich eine Besserung eingestellt. Bei der Untersuchung sei eine schmerzfreie diskrete Einschränkung der Bewegungsamplitude festzustellen, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige. Aus rheumatologischer Sicht seien aufgrund der Schmerzsymptomatik und der Dekonditionierung schwere körperliche Arbeiten zurzeit nicht möglich. Aufgrund der vorliegenden rheumatologischen Befunde wäre nach Rekonditionierung eine halbtägige Tätigkeit als Schleifer rein theoretisch möglich (50 % arbeitsfähig). Das gleiche gelte für die Tätigkeit als Zimmermann, die er 14 Jahre vor der Schleifertätigkeit durchgeführt habe. Für angepasste Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit. Folgende Einschränkungen sollten beachtet werden: Keine Arbeiten mit länger anhaltenden Zwangshaltungen, gebückter Haltung, vorgeneigter Haltung, ohne repetitives He-

ben von Lasten über 10 kg, zeitlich befristet in kalter und feuchter Umgebung. Ein häufiger Positionswechsel und regelmässige Pausen seien erforderlich.

**7.2.2.2** Dr. med. R. \_\_\_\_\_ äusserte sich in seinem psychiatrischen Fachgutachten vom 12. März 2008 wie folgt: Eine depressive Entwicklung müsse bereits 2003 angenommen werden. Erstmals sei dem Versicherten im Mai 2005 von der Hausärztin Frau Dr. S. \_\_\_\_\_ eine schwere Depression attestiert worden. Im Psychiatrischen Gutachten vom Juni 2006 sei eine schwere depressive Episode mit begleitender anhaltender somatoformer Schmerzstörung diagnostiziert worden. Bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe noch ein leichtgradig depressives Zustandsbild mit gedrückter Grundstimmung, Verminderung des Freudeempfindens, Insuffizienzgefühlen und auch leichteren Schuldgefühlen, Verminderung der Frustrationstoleranz, sozialen Rückzugstendenzen sowie Schlafstörungen bestanden. Die Symptomatik sei im Rahmen einer teilremittierten depressiven Störung unter antidepressiver Behandlung zu sehen. Der Versicherte habe für die letzten Monate selbst auch eine psychische Zustandsverbesserung beschrieben. Der Serumspiegelkonzentrationen könne eine Medikamenten-Teilcompliance angenommen werden.

Der einfach strukturierte Versicherte sei durch die verschiedenen lebensgeschichtlichen Belastungen überfordert gewesen und habe sich mit seinen ihm zur Verfügung stehenden Copingstrategien nicht selber in ausreichender Form helfen können. Insbesondere der Suizid des jüngsten Sohnes, zu dem eine enge Beziehung bestanden habe, sei als wesentlicher Belastungsfaktor anzusehen. Des Weiteren könne der Versicherte sein Lebenskonzept, sich durch körperliche Arbeit eine Existenz und wirtschaftliche Sicherheit aufzubauen, aufgrund der körperlichen Erkrankungen nicht mehr umsetzen. Aufgrund dieser unlösbaren Konfliktsituation sei für die Schmerzproblematik eine psychische Überlagerung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu diagnostizieren. Der Versicherte verfüge über geringe Ressourcen, die sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten seien sehr beschränkt gegeben, das schulische Bildungsniveau müsse als gering angesehen werden, eine Berufsausbildung habe der Versicherte nicht absolviert. Des Weiteren bestehe eine feste subjektive Krankheitsüberzeugung, die einerseits durch die verschiedenen lebensgeschichtlichen Belastungsfaktoren verstärkt worden sei, andererseits auch durch die bereits ausgesprochene 100 %-ige IV-Berentung.

Die Prognose für eine berufliche Wiedereingliederung müsse deswegen auch sehr zurückhaltend bewertet werden. Sofern aus somatischer Sicht eine Restarbeitsfähigkeit gegeben sei, müsse durch psychotherapeutische Interventionen versucht werden, die Motivation für konkrete berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen aufzubauen. Leichtere Verdeutlichungstendenzen seien im Rahmen der Untersuchung zu erkennen, z. B. Angaben zum Schlaf und Angaben zur Medikation. Diese Befunde seien in der Gesamtbeurteilung berücksichtigt worden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe derzeit eine Arbeitsfähigkeit von 60%. Der Versicherte sei durch die verminderte Frustrationstoleranz und die erhöhte emotionale Irritabilität in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Ein ruhiges Arbeitsumfeld sei anzuraten und nur klar strukturierte, einfache Tätigkeiten seien möglich.

**7.2.2.3** In der Gesamtbeurteilung wurde ausgeführt, die Gesamtarbeitsfähigkeit für Verweistätigkeiten liege zum gegenwärtigen Zeitpunkt bei 60% (5 Stunden pro Tag). Zum Zeitpunkt des Vorgutachtens (07/2006) habe eine 20 %-ige Arbeitsfähigkeit bei damals schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen bestanden. Damals sei unter anderem eine Intensivierung der antidepressiven Therapie empfohlen worden, was offensichtlich zu einer Stimmungsaufhellung geführt habe. Über den genauen Zeitpunkt der Verbesserung der psychischen Situation könne retrospektiv keine Angabe gemacht werden.

**7.2.3** Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 23. Oktober 2008 fest (IVSTA-act. 41), dass die Schlussfolgerungen des Gutachtens der F.\_\_\_\_\_, vom 7. Mai 2008 hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit aufgrund der im Gutachten aufgeführten Befunde aus medizinisch-theoretischer Sicht klar und nachvollziehbar seien. Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_\_, vom 3. Juli 2007 und folglich in der Stellungnahme der Psychiatrischen Dienste L.\_\_\_\_\_, AG vom 31. Juli 2007 werde aufgrund der psychiatrischen Diagnostik von einer Arbeitsunfähigkeit von 30% ausgegangen. Da die psychiatrischen Diagnosen in beiden Medas-Gutachten (recte: Medas und F.\_\_\_\_\_-Gutachten) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit explizit im Vordergrund stünden, könne davon ausgegangen werden, dass zum Zeitpunkt des Klinikaustritts am 2. Juni 2007 bereits mindestens eine 60 % Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Hinsichtlich möglicher Tätigkeiten bestünden die im Medas-Gutachten (recte: F.\_\_\_\_\_-Gutachten) vom 7. Mai 2008 aufgeführten Einschränkungen, insbesondere die im psychiatrischen Fachgutachten erwähnten. Ferner werde in der interdisziplinären Zusammenfassung ein maximal zumutbares Arbeitspensum von 5 Stunden/Tag

festgestellt. Am 18. November 2008 ergänzte er auf Nachfrage hin (IVSTA-act. 45), dass die im Medas-Gutachten (recte: F. \_\_\_\_\_-Gutachten) vom 7. September 2008 auf Seite 16 festgehaltene Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 % sich auf die psychiatrische Erwerbsfähigkeit beziehe so dass ein zusätzlich statistischer Abzug berücksichtigt werden müsse.

**7.3** Zur Glaubhaftmachung einer anspruchrelevanten Verschlechterung seines Gesundheitszustandes legte der Beschwerdeführer mit seinem Revisionsgesuch vom 31. Oktober 2018 sowie im Einwandverfahren folgende medizinischen Arztberichte aus Serbien vor:

- Bericht von Dr. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, vom 21. August 2013 (IVSTA-act. 94) mit den Diagnosen: Dysthymie (ICD-10 F34.1) und undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1). Es wurde festgehalten, dass der Versicherte regelmässig monatlich zur Kontrolle komme und über eine depressive Gemütslage, welche seit Jahren bestehe, und zahlreiche somatische Beschwerden klage. Folgende Medikamente seien verschrieben worden: morgens 50 mg Zoloft, abends 150 mg Trittico und 2,5 mg Lorazepam.
- Bericht vom 23. Dezember 2014 betreffend Prostata (IVSTA-act. 88 S. 7). Nach erfolgter Echografie vom 25. Dezember 2014 (IVSTA-act. 90) diagnostizierte Dr. U. \_\_\_\_\_ eine Hyperplasie der Prostata.
- Bericht von Dr. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie der Polyklinik von (...), vom 13. Januar 2015 (IVSTA-act. 91) mit folgenden Diagnosen: einen Status nach subakutem Myokardinfarkt vor sieben Jahren, einen Status nach einem perkutanen koronaren Eingriff mit zwei Stents, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Atherosklerose der zwei Füsse. Es sei in drei Monaten eine Kontrolle (u.a. eine Echokardiographie) vorgesehen.
- Am 8. Mai 2015 berichtete Dr. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie (IVSTA-act. 92), dass der Versicherte seit dem 11. Mai 2013 regelmässig bei ihm in Behandlung sei und stellte folgende Diagnosen: Dysthymie (F34.1) und undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1). Es seien folgende Medikamente verschrieben worden: morgens 50 mg Zoloft, abends 30 mg Tolvon, 150 mg Trittico und 2 x 1 Risar à 2 mg.
- Dr. W. \_\_\_\_\_ diagnostizierte am 13. Mai 2015 (IVSTA-act. 93 S. 3 f.) Folgendes: einen Status nach einem perkutanen koronaren Eingriff mit zwei Stents, Arteriosklerose der distalen Arterien, Verschluss der rechten

Oberschenkelschlagader, Schaufensterkrankheit, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Dysthymie, Depression (ICD-10 F.32), Hyperplasie der Prostata. Der Versicherte sei regelmässig in Behandlung bei einem Internisten, Kardiologen und einem Gefässchirurgen.

- Echokardiographischer Befund der Ultraschallpraxis Ff.\_\_\_\_\_ vom 20. März 2017 (BVGer-act. 11 Beilage 6, übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 4).
- Ein undatierter Bericht von Dr. X.\_\_\_\_\_, Urologe, (IVSTA-act. 93 S. 1 f.) über eine Kontrolluntersuchung nach einer Echokardiographie.
- Elektrokardiogramm des Jahres 2018 (IVSTA-act. 105).
- Fachärztlicher Bericht des Allgemeinspitals Y.\_\_\_\_\_ vom 13. Februar 2018 (BVGer-act. 11 Beilage 16 f., übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 14 f.) mit folgenden Diagnosen: Akuter Myokardinfarkt (Status post), Angina pectoris, essentielle (primäre) Hypertonie, Störung des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien, Diabetes mellitus, Typ 2. Es seien eine Ultraschalluntersuchung des Herzens und ein Belastungstest angezeigt.
- Echokardiographischer Befund vom 14. Februar 2018 (BVGer-act. 11 Beilage 8, übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 6).
- Laborbericht des Allgemeinspitals Y.\_\_\_\_\_ vom 10. April 2018 (IVSTA-act. 103).
- Herzkatheter-Untersuchung im Allgemeinspital Z.\_\_\_\_\_ vom 23. April 2018 (IVSTA-act. 102 S. 5, übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 13).
- Laut Entlassungsschein mit Epikrise des Allgemeinspitals Z.\_\_\_\_\_ von der Behandlung des Versicherten vom 23. – 24. April 2018 (IVSTA-act. 111, übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 12) bestehen folgende Enddiagnosen: Angina pectoris, alter Myokardinfarkt vor elf Jahren, Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik vor elf Jahren, essentielle (primäre) Hypertonie 110, sonstige Hyperlipidämien, Diabetes mellitus Typ II (ohne Komplikationen), durchgeführte Koronarangiographie (Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Herzens und des Koronarkreislaufes). Die Entlassung sei in gutem Allgemeinzustand erfolgt. Als Schlussfolgerung wurde Folgendes festgehalten: Dreifässerkrankung und Überweisung des Versicherten in eine

tertiäre Anstalt zur Abhaltung eines kardiochirurgischen Konsiliums. Empfohlen wurde ein Koronararterienbypass.

- Gemäss Bericht des Instituts für Herz- und Kreislauferkrankungen Aa. \_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2018 (IVSTA-act. 110, übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 10) entschied das Konsilium, dass eine perkutane Koronarintervention (PCI) an Lymphadenektomie (LAD) und Koronararterie (RCA) indiziert sei.
- Laborbericht vom 18. September 2018 (IVSTA-act. 104).
- Echokardiographischer Befund vom 18. September 2018 (IVSTA-act. 104, übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 5).
- Radiologischer Bericht des Allgemeinspitals Y. \_\_\_\_\_ vom 21. September 2018 (IVSTA-act. 113).
- Gemäss Entlassungsschein mit Epikrise des Instituts für Herz- und Kreislauferkrankungen Aa. \_\_\_\_\_ in (...) betreffend die Behandlung des Versicherten vom 26. – 28. September 2018 (act. 109 S. 1 ff., BVGer-act 1 Beilage 2, übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 9) und dem Kardiochirurgischen Konsilium des Instituts für Herz- und Kreislauferkrankungen Aa. \_\_\_\_\_ vom 27. September 2018 (IVSTA-act. 109 S. 5 f., BVGer-act. 11 Beilage 13, übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 11) wurde beim Versicherten die Enddiagnose chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet, gestellt. Zusätzlich wurden folgende Diagnosen gestellt: perkutane transluminale Angioplastie mit Einsetzung von zwei bzw. vier Duo Xience Xpedition drug eluting stents (DES) am 27. September 2018, Status nach Herzinfarkt 2007, Status nach perkutaner Koronarintervention an der rechten Herzkranzarterie mit Einsetzung eines Stents 2007, Arterieller Bluthochdruck (110), Hyperlipoproteinämie (Störung des Lipoproteinstoffwechsels), Diabetes mellitus Typ 2 – insulinunabhängig, Atherosklerose der Extremitätenarterien. Es wurde u.a. ausgeführt, dass ein zufriedenstellendes angiographisches Ergebnis ohne sichtbare Anzeichen einer Thrombose oder einer Dissektion erzielt worden sei.
- Dr. Bb. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie, diagnostizierte am 16. Oktober 2018 (IVSTA-act. 116) die bereits vorgehend aufgeführten Krankheiten.
- Spezialärztlicher Bericht des Instituts für Kardiovaskuläre Krankheiten Aa. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2018 (IVSTA-act. 119) mit der Diagnose

Claudicatio nach 500 Metern Gehstrecke und dem Hinweis, der Versicherte müsse sich mehr bewegen und abnehmen.

- Interner Auftrag des Instituts für kardiovaskuläre Krankheiten Aa. \_\_\_\_\_ vom 6. November 2018 (IVSTA-act. 117) und spezialärztlicher Bericht (IVSTA-act. 118) mit den bereits erwähnten Diagnosen.

**7.4** Im Beschwerdeverfahren wurden folgende neuen Arztberichte vorgelegt:

- Laborbericht vom 12. April 2019 (BVGer-act. 1 Beilage 8).
- Bericht des Internisten Dr. Cc. \_\_\_\_\_ vom 17. April 2019 mit den bekannten Diagnosen (BVGer-act. 1 Beilage 7).
- Dr. sc. Med. Dd. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein- Gefäss- und Brustchirurgie des Instituts für Herz- und Kreislauferkrankungen Aa. \_\_\_\_\_, diagnostizierte am 19. April 2019 (BVGer-act. 1 Beilage 5, übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 3) Atherosklerose der Extremitätenarterien. Er stellte fest, dass es notwendig sei, einen Ernährungsberater beizuziehen und verordnete eine medikamentöse Therapie und bei Bedarf Kontrolluntersuchungen.
- In einem fachärztlichen Bericht des Instituts für Herz- und Kreislauferkrankungen Aa. \_\_\_\_\_ vom 30. April 2019 (BVGer-act. 1 Beilage 6 übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 2) wurde ausgeführt, dass sich der Versicherte seit der letzten Kontrolluntersuchung relativ gut fühle, keine Schmerzen im Brustbereich habe, fettleibig sei, die Medikamente regelmässig nehme und der Blutdruck gut eingestellt sei.
- Dr. Bb. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie, des Allgemeinspitals Y. \_\_\_\_\_ berichtete am 8. Oktober 2019 (BVGer-act. 11 Beilage 3, übersetzt in BVGer-act. 13 Beilage 1) der Versicherte fühle sich gut, habe keine grösseren Beschwerden im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems und sei zum Zeitpunkt der Untersuchung kompensiert und hämodynamisch stabil. Es fänden regelmässige urologische Kontrolluntersuchungen statt. Eine kardiologische Kontrolluntersuchung sei in sechs bis sieben Monaten angezeigt.

**7.5** Die Vorinstanz stützt sich in der angefochtenen Nichteintretensverfügung auf die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. Ee.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin. Dieser wurden die vom Beschwerdeführer beigebrachten medizinischen Berichte aus Serbien vorgelegt.

**7.5.1** Die RAD-Ärztin Dr. med. Ee.\_\_\_\_\_ führte mit Stellungnahme vom 28. Januar 2019 aus (act. 123), der Versicherte leide an einer generellen Gefässsklerose, welche 2007 zu einem Herzinfarkt geführt habe. Damals sei ein Stenting durchgeführt worden. Am 26. September 2018 sei eine weitere invasive Untersuchung und ein Stenting erfolgt, ausgelöst durch eine milde Anging pectoris Symptomatik. Die Pumpfunktion sei normal. Es bestehe weiterhin eine Schaufenstererkrankung, die Gehstrecke sei limitiert auf 500 Meter und soll gemäss Gefässspezialisten durch Training ausgebaut werden. Zusätzlich soll das Körpergewicht reduzierte werden, was für eine Beherrschung der Risikofaktoren sicher günstig wäre. Insgesamt lasse sich keine Verschlechterung des Zustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ableiten. Nach der Koronarangiografie könne wegen der Einstichstelle von einer Arbeitsunfähigkeit von maximal einer Woche ausgegangen werden. Am 30. April 2019 ergänzte die RAD-Ärztin (IVSTA-act. 135), dass der bisherige Verlauf günstig gewesen sei.

**7.5.2** In ihrer Stellungnahme vom 22. August 2019 hielt Dr. med. Ee.\_\_\_\_\_ fest (Beilage zu BVGer-act. 9), dass die ihr vorgelegten Arztberichte vom 12., 17., 19. und 30. April 2019 leider in der Originalsprache verfasst seien, deren sie nicht mächtig sei. In Ergänzung zu ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2019 führte sie aus, die Pumpfunktion des Herzens sei nur leicht eingeschränkt. Eine leichte Arbeit könne bislang als möglich erachtet werden.

**7.5.3** Am 3. Dezember 2019 führte Dr. med. Ee.\_\_\_\_\_ gestützt auf die übersetzten Arztberichte vom 20. März 2017, 19. und 30. April 2019 sowie 8. Oktober 2019 aus (Beilage zu BVGer-act. 17), auch aus den neu vorgelegten Unterlagen ergebe sich ein erfreuliches Bild. Die Pumpfunktion werde im März 2017 mit 62 %, d.h. normal beschrieben. Es liege eine hypertensive Kardiopathie vor, welche aber keine Einschränkung bedeute, sondern eine strengere Blutdruckkontrolle nach sich ziehe. Die Atherosklerose der Extremitäten habe bekanntermassen zu einer Claudicatio nach 500 Metern geführt. Am 19. April 2019 werde weiter eine konservative Therapie beibehalten. Auch aus den aktuell vorgelegten Berichten ergebe sich keine Änderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

## 7.6

**7.6.1** Mit Blick auf die medizinischen Akten ist vorab festzuhalten, dass der vom Beschwerdeführer nachgereichte fachärztliche Bericht vom 8. Oktober 2019 im vorliegenden Verfahren berücksichtigt werden kann, da sich die genannte Ärztin nur zu Befunden im Beurteilungszeitraum äussert (vgl. E. 4.2 hiervor).

**7.6.2** Der Beschwerdeführer leidet seit 2006 an einer koronaren 2-Gefässerkrankung, welche Ende Juli 2006 zu einem subakuten Myokardinfarkt geführt hatte (vgl. IVSTA-act. 22). Damals wurde ein Stenting durchgeführt. So wurde im Gutachten der F.\_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2008 eine koronare Herzkrankheit mit Status nach Herzinfarkt bei metabolischem Syndrom diagnostiziert, jedoch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. oben E. 7.2.2).

Aufgrund einer am 13. Februar 2018 im Allgemeinspital Y.\_\_\_\_\_ diagnostizierten Angina pectoris wurde am 23. April 2018 im Allgemeinspital Z.\_\_\_\_\_ eine Koronarangiographie durchgeführt. Die Fachärzte empfahlen einen Koronararterien-Bypass (vgl. E. 7.3 S. 15). Am 27. September 2018 erfolgte am Institut für Herz- und Kreislauferkrankungen Aa.\_\_\_\_\_ in (...) eine perkutane transluminale Angioplastie mit Einsetzung von zwei bzw. vier Duo Xience Xpedition DES (vgl. E. 7.3 S. 16). Dem Entlassungsschein mit Epikrise des Instituts für Herz- und Kreislauferkrankungen Aa.\_\_\_\_\_ in (...) betreffend die Behandlung des Versicherten vom 26. bis 28. September 2018 und dem Kardiochirurgisches Konsilium desselben Instituts vom 27. September 2018 kann entnommen werden, dass ein zufriedenstellendes angiographisches Ergebnis ohne sichtbare Anzeichen einer Thrombose oder einer Dissektion erzielt worden sei. Im fachärztlichen Bericht des vorgenannten Instituts vom 30. April 2019 (vgl. E. 7.4) wurde ausgeführt, dass sich der Beschwerdeführer seit der letzten Kontrolluntersuchung relativ gut fühle und keine Schmerzen im Brustbereich verspüre. Dasselbe kann dem Bericht der Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie vom 8. Oktober 2019 (vgl. E. 7.4) entnommen werden. Zudem wurde in den Berichten nicht dargelegt, welche Einschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliegen soll. Insofern kann der RAD-Ärztin beigespflichtet werden, dass zwar eine hypertensive Kardiopathie vorliegt, welche aber keine Einschränkung bedeutet, sondern eine strengere Blutdruckkontrolle nach sich zieht und sich auch aus den neu vorgelegten Unterlagen ein erfreuliches Bild ergibt.

**7.6.3** Die in Serbien von Dr. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, der Polyklinik von (...) am 13. Januar 2015 erstmals diagnostizierte Arteriosklerose der zwei Füsse (IVSTA-act. 91) und der am 13. Mai 2015 festgestellte Verschluss der rechten Oberschenkel Schlagader sowie Schaufensterkrankheit (IVSTA-act. 93 S. 3 f.) äussern sich beim Beschwerdeführer dahingehend, dass die Gehstrecke derzeit auf 500 Meter limitiert sei (vgl. E. 7.3). Es wurde ihm empfohlen, sein Gewicht zu reduzieren und die Gehstrecke durch Training auszubauen (vgl. E. 7.3 S. 16 in fine). Dr. sc. Med. Dd. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein- Gefäss- und Brustchirurgie, empfahl in seinem Bericht vom 19. April 2019 eine Ernährungsberatung und verordnete eine medikamentöse Therapie sowie Kontrolluntersuchungen je nach Bedarf (BVGer-act. 13 Beilage 3). Auch diesen Arztberichten kann keine Einschränkung mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers entnommen werden.

**7.6.4** Zum Vorbringen des Beschwerdeführers, er leide an einer Depression, wegen welcher er bereits in der Schweiz behandelt worden sei, kann festgehalten werden, dass auch diesbezüglich aus den eingereichten Arztberichten keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ersichtlich ist. Der Beschwerdeführer ist seit seiner Rückkehr in sein Heimatland monatlich bei Dr. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, (IVSTA-act. 94) in Behandlung. Dieser diagnostizierte am 21. August 2013 eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1). Mit Bericht vom 8. Mai 2015 (IVSTA-act. 92) bestätigte er die regelmässige Behandlung seit dem 11. Mai 2013 und stellte dieselben Diagnosen (vgl. E. 7.3). Dr. W. \_\_\_\_\_ diagnostizierte am 13. Mai 2015 (vgl. IVSTA-act. 93 S. 3 f. und E. 7.3) neben einer Dysthymie u.a. noch eine Depression (ICD-10 F.32). Aus den Akten ist jedoch nicht ersichtlich, ob Dr. W. \_\_\_\_\_ Facharzt für Psychiatrie bzw. Neuropsychiatrie ist. Zudem gewichtete er die depressive Episode nicht und legt auch nicht dar, welche Einschränkung mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliegen soll. Demzufolge kann daraus nicht auf eine Verschlechterung des mit Gutachten der F. \_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2008 festgestellten leichtgradigen depressiven Zustandsbildes (ICD-10 F32.0) geschlossen werden.

Neu diagnostizierte Dr. T. \_\_\_\_\_ am 21. August 2013 und 8. Mai 2015 eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1; vgl. IVSTA-act. 92, 94 und hiervor E. 7.3). Demzufolge erachtete der Neuropsychiater die symptomatischen Diagnosekriterien der Somatisierungsstörung als nicht vollständig erfüllt (vgl. DILLING/MONBOUR/ SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-

diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 227). Es wurde jedoch nicht dargelegt, inwiefern dieses Leiden eine Einschränkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben soll. Im Gutachten der F.\_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2008 wurde die Diagnose anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt, jedoch ohne Einfluss auf die festgestellte Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 7.2.2). Insofern ist auch diesbezüglich keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich.

**7.6.5** Der Beschwerdeführer konnte mit den im Recht liegenden medizinischen Berichten eine für das Revisionsverfahren anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes somit nicht glaubhaft machen. Die angefochtene Verfügung ist daher zu schützen und die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## **8.**

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

**8.1** Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

**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). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG7).

(Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Mirjam Angehrn

(Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.)

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). 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: