



## Urteil vom 22. Mai 2017

---

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),  
Richter Christoph Rohrer, Richter Daniel Stufetti,  
Gerichtsschreiberin Barbara Camenzind.

---

Parteien

**X.** \_\_\_\_\_, Serbien,  
vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Neuanmeldung / Rentenanspruch  
(Verfügung vom 22. Dezember 2014).

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

Der am 16. Mai 1955 in Kroatien geborene und dort wohnhafte X. \_\_\_\_\_ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer) besuchte in seiner Heimat die Grundschule und arbeitete danach als Schlosser. Von 1977 bis 2006 war er mit Unterbrüchen in der Schweiz bei der A. \_\_\_\_\_ AG in (...), Graubünden, als Vorarbeiter im Garten- und Landschaftsbau tätig. Er entrichtete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Ab September 2006 war er aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeitsfähig. Am 18. Mai 2007 erfolgte eine Operation, bei welcher eine zementfreie Totalendoprothese (TP) in der linken Hüfte implantiert wurde. Die Implantation einer zementfreie TP in der rechten Hüfte erfolgte am 2. April 2009 (vgl. Akten [im Folgenden: IV/GR-act.] der IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden (im Folgenden: IV-Stelle GR) 52, sowie Akten [im Folgenden: IV-act.] der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz] 9, 10).

**B.**

Der Beschwerdeführer meldete sich erstmals am 29. November 2007 bei der IV-Stelle GR zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (im Folgenden: IV) an. Das Gesuch ging bei der IV-Stelle GR am 14. Dezember 2007 ein (IV/GR-act. 53, 57). Als Art der Behinderung gab der Versicherte künstliche Hüftgelenke sowie Rücken- und Kniebeschmerzen an. In der Folge nahm die IV-Stelle GR im Rahmen einer Frühinterventionsmassnahme erwerbliche und medizinische Abklärungen vor; ein Erstgespräch erfolgte am 8. Februar 2008. Nach Vorliegen des Fragebogens für den Arbeitgeber (IV/GR-act. 43, 49) sowie des Gutachtens „Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)“ von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Oberärztin Rheumatologie und des Physiotherapeuten C. \_\_\_\_\_ des Rheuma- und Rehabilitationszentrum der Klinik D. \_\_\_\_\_ (IV/GR-act. 38) gab Dr. E. \_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst der IV-Stelle GR am 24. April 2008 eine Abschlussbeurteilung ab. Am 2. Mai 2008 schloss die IV-Stelle die Frühinterventionsmassnahme ab. Gestützt auf den Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ sowie auf die Beurteilung von Dr. E. \_\_\_\_\_ erliess die IV-Stelle GR am 6. Juni 2008 zwei Vorbescheide, in welchen sie bei einem IV-Grad von 14 % die Abweisungen der Leistungsbegehren betreffend die Kostengutsprache für Umschulung sowie die Ausrichtung einer IV-Rente in Aussicht stellte (IV/GR-act. 30 – 32). Nach Abschluss des Vorbescheidverfahrens erliess die IV-Stelle am 21. sowie

am 22. Juli 2008 dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügungen (IV/GR-act. 28, 27). Diese Entscheide erwachsen unangefochten in Rechtskraft. Infolge der Rückkehr des Beschwerdeführers in sein Heimatland Kroatien per 30. Juni 2009 wurden die Akten im September 2009 an die zuständige IVSTA überwiesen (IV/GR-act. 1, 2, 20 sowie IV-act. 2, 5).

### C.

Am 9. November 2012 (Eingangsdatum: 26. Mai 2014) meldete sich der Beschwerdeführer unter Beilage diverser Unterlagen und medizinischer Berichte neu an (IV-act. 11 – 13, 15 – 16). Nachdem die eingereichten medizinischen Dokumente aus Kroatien am 27. Juni 2014 Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt des regionalen ärztlichen Dienstes Rhône (RAD), vorgelegt worden waren (IV-act. 21), gab dieser in seiner Stellungnahme vom 29. Juli 2014 (IV-act. 22) an, dass die mit der Anmeldung eingereichten Unterlagen keine Hinweise auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes beinhalten würden. In der Folge erliess die Vorinstanz am 6. August 2014 einen Vorbescheid (IV-act. 23), in welchem sie festhielt, dass eine neue Anmeldung nur dann geprüft werde, wenn glaubhaft gemacht werde, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert habe. Diese Voraussetzungen seien nicht erfüllt, weshalb die IVSTA nicht in der Lage sei, das neue Gesuch zu prüfen. Hiergegen brachte der Versicherte, vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic, am 13. August 2014 seinen Einwand sowie am 25. August 2014 eine Nachbegründung vor (IV-act. 6, 24, 26) und verlangte neben der Überprüfung des Anmeldedatums, die Einforderung sämtlicher medizinischer Unterlagen vom kroatischen Versicherungsträger durch die IVSTA; danach sei eine neue Beurteilung einzuholen. Daraufhin teilte die Vorinstanz dem Versicherten am 28. August 2014 mit, dass bei einer erneuten Anmeldung ärztliche Unterlagen von Amtes wegen nur eingeholt würden, wenn seitens des Versicherten glaubhaft gemacht werde, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert habe. Es liege am Versicherten, diesen Nachweis zu erbringen (IV-act. 27). In der Folge reichte der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 12. November 2014 weitere medizinische Berichte und Röntgenbilder ein und ersuchte die Vorinstanz, wiedererwägungsweise ab 1. März 2008 den Anspruch auf eine ganze IV-Rente anzuerkennen (IV-act. 42). Nachdem die neu eingereichten ärztlichen Unterlagen am 1. Dezember 2014 erneut Dr. F. \_\_\_\_\_ unterbreitet worden waren, hielt dieser in der Stellungnahme vom 15. Dezember 2014 an seiner Beurteilung vom 29. Juli 2014 fest (IV-act. 50, 52). Daraufhin erliess die Vorinstanz am 22. Dezember 2014 eine Verfügung, welche inhaltlich dem Vorbescheid vom 6. August 2014 entsprach (IV-act. 53, act. 1, Beilage 1).

Mit Schreiben vom 12. Januar 2015 informierte die Vorinstanz den Beschwerdeführer dahingehend, dass eine Wiedererwägung nicht in Betracht komme. Es stehe im freien Ermessen des Versicherungsträgers, ob diese vorgenommen werde. Es bestehe kein Anspruch auf die Prüfung eines Wiedererwägungsgesuchs; über das Nichteintreten ergehe keine Verfügung (IV-act. 55).

#### **D.**

Gegen die Verfügung vom 22. Dezember 2014 (IV-act. 53; act. 1, Beilage 1) liess der Beschwerdeführer, wiederum vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic, mit Eingabe vom 29. Januar 2015 (act. 1) unter Beilage seiner bereits im Vorverfahren an die Vorinstanz eingereichten Schreiben beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erheben und die Aufhebung der Verfügung vom 22. Dezember 2014 beantragen; zudem sei ihm eine ganze IV-Rente zuzusprechen oder die Sache erneut abzuklären. Zur Begründung wurde zusammengefasst ausgeführt, die Beurteilungen des medizinischen Dienstes seien in Anbetracht der in den Akten vorhandenen spezialärztlichen Dokumentationen vollkommen inakzeptabel. Es seien zudem nicht sämtliche medizinische Unterlagen aus Kroatien übersetzt sowie nicht die vollständige medizinische Dokumentation vom kroatischen Versicherungsträger angefordert worden. Ausserdem hätte die Vorinstanz auf die Verfügung vom 22. Juli 2008 wiedererwägungsweise zurückkommen und eine Verfügung betreffend das Wiedererwägungsgesuch erlassen müssen. Im Weiteren sei als Anmeldedatum der 3. Juli und nicht erst der 9. November 2012 anzunehmen.

#### **E.**

In ihrer Vernehmlassung vom 31. März 2015 (act. 3) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Zusammengefasst führte sie aus, der beurteilende RAD-Arzt habe aus den vorliegenden Akten und auch aus den vom kroatischen Versicherungsträger erhältlich gemachten Arztberichten sowie Röntgenbildern keine neuen Sachverhaltselemente herauslesen können. Im Ergebnis verbleibe es bei der von der IV-Stelle GR festgestellten Einkommenseinbusse von 14 %, errechnet aus einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit als Vorarbeiter im Gartenbau und einer gänzlichen Arbeitsfähigkeit in leichteren bis mittelschweren Tätigkeiten. Mangels rentenbegründender Invalidität erübrige sich ferner die nachträgliche Prüfung des Anmeldedatums. Betreffend das Wiedererwägungsgesuch verwies die Vorinstanz auf ihr Schreiben vom 12. Januar 2015 (IV-act. 55).

**F.**

Mit Zwischenverfügung vom 7. April 2015 (act. 4 und 6) wurde der Beschwerdeführer – unter Hinweis auf die Säumnisfolgen – aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten; dieser Betrag wurde am 8. April 2015 zu Gunsten der Gerichtskasse überwiesen.

**G.**

In seiner Replik vom 8. April 2015 (IV-act. 5) liess der Beschwerdeführer an seinen beschwerdeweise gestellten Anträgen sowie Begründungen festhalten.

**H.**

Mit Duplik vom 24. April 2015 (IV-act. 9) hielt die Vorinstanz an den in der Vernehmlassung vom 31. März 2015 getroffenen Feststellungen und den darin gestellten Anträgen fest.

**I.**

Mit Instruktionsverfügung vom 7. Dezember 2016 (IV-act. 12) wurde dem Beschwerdeführer mitgeteilt, dass der Schriftenwechsel abgeschlossen sei.

**J.**

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

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

**1.1** Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [Verwaltungsverfahrensgesetz; VwVG; SR 172.021]; BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

**1.2** Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen

gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

**1.3** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. d<sup>bis</sup> VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a-26<sup>bis</sup> und 28-70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

**1.4** Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG; act. 71). Als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 22. Dezember 2014 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss innert Frist geleistet hat, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

## **2.**

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren dem Grundsatz nach anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

**2.1** Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreiten oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

**2.2** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

**2.3** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

**2.4** Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der

Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. GYGI, a.a.O., S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

**2.5** Anfechtungsgegenstand und damit Grenze der Überprüfung befugnis im Beschwerdeverfahren werden grundsätzlich durch die Verfügung im Verwaltungsverfahren bestimmt (BGE 133 II 30; BGE 122 V 36 E. 2a). Vorliegend bildet die den Vorbescheid der Vorinstanz vom 6. August 2014 (IV-act. 23) bestätigende Verwaltungsverfügung vom 22. Dezember 2014 (IV-act. 53) das Anfechtungsobjekt.

**2.6** Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Kroatien, sodass vorliegend das Abkommen vom 9. April 1996 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.291.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) sowie die Verwaltungsvereinbarung vom 1. Januar 1998 zur Durchführung des Abkommens vom 9. April 1996 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.291.12; nachfolgend: Verwaltungsvereinbarung) anwendbar sind (vgl. Art. 3 des Sozialversicherungsabkommens). Nach Art. 4 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Art. 2 A lit. i des Sozialversicherungsabkommens auch die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Mangels vorliegend anwendbarer, abweichender Vorschriften bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung demnach ausschliesslich nach schweizerischem Recht.

**2.7** Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen.

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 22. Dezember 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung der Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (22. Dezember 2014) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

## **2.8**

**2.8.1** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die

Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

**2.8.2** Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

### 3.

Vorliegend liegt eine Verfügung im Streit, mit der die Vorinstanz die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 9. November 2012 nicht geprüft hat. Der RAD-Arzt Dr. F. \_\_\_\_\_ hat auf Anfrage der Vorinstanz hin, in seinen Stellungnahmen vom 29. Juli und 22. Dezember 2014 gegenüber der Vorinstanz bestätigt, dass der Beschwerdeführer nicht glaubhaft machen konnte, dass sich sein Gesundheitszustand wesentlich geändert habe (IV-act. 22, 52). Auf der Anfrage der Vorinstanz befindet sich ein ausdrücklicher Hinweis auf Art. 87 Abs. 3 IVV (IV-act. 21). Somit hat die Vorinstanz vorliegend keine materielle Beurteilung der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorgenommen, sondern ist auf das neue Gesuch vom 9. November 2012 nicht eingetreten. Das Bundesverwaltungsgericht hat daher einzig zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht auf die Neuanmeldung nicht eingetreten ist.

**3.1** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird auf eine Neuanmeldung nur dann eingetreten, wenn die versicherte Person *glaubhaft macht*, dass sich der Grad der Invalidität seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu BGE 130 V

343 E. 3.4.3). Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, tritt die Verwaltung auf das Gesuch nicht ein und eröffnet dies durch Nichteintretensverfügung (BGE 109 V 108 E. 2b). Ist dagegen in einem für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das Gesuch einzutreten und in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen, ob die vom Versicherten glaubhafte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b).

**3.2** Mit der Bestimmung von Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3; 125 V 410 E. 2b und 117 V 198 E. 4b). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist es in erster Linie Sache der versicherten Person selbst, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruches darzulegen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 und Urteil des BGer 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 3). In diesem Verfahrensstadium gilt demnach der Untersuchungsgrundsatz atypischerweise nicht. Vielmehr wird der versicherten Person für das Eintreten auf eine Neuanschuldung eine Behauptungs- und Beweisführungslast auferlegt (URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, § 21 Rz. 955 mit Hinweis auf BGE 130 V 68 E. 5.2.5 und BGE 117 V 198). Es sind dabei grundsätzlich alleine die im Verwaltungsverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen zu prüfen (Urteil des BGer 8C\_264/2012 vom 4. Juli 2012 E. 2). 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 die Neuanschuldung hätte eintreten müssen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5, 8C\_844/2012 E. 2.2; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-2615/2012 vom 7. November 2013 E. 6.3.1, C-3632/2010 vom 5. März 2013 E. 4.4 und C-4362/2014 vom 23. Februar 2015 E. 2.3).

**3.3** Unter Glaubhaftmachung ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist.

Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. An die Glaubhaftmachung sind je nachdem, ob die frühere, auf einer umfassenden materiellen Anspruchsprüfung beruhende Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_286/2009 vom 28. Mai 2009, mit Hinweis auf BGE 109 V 262 E. 3). Bereits ab einer Zeitspanne von 15 Monaten dürfen nach der bundesgerichtlichen Praxis keine allzu hohen Anforderungen an die Glaubhaftmachung gestellt werden (BGE 130 V 64 E. 6.2; vgl. ferner Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-2615/2012 vom 7. November 2013 E. 5 sowie C-5007/2011 vom 21. Januar 2014 E. 5.1).

**3.4** Wenn der Neuanmeldung zwar ärztliche Berichte beigelegt werden, diese indessen so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur, aber immerhin verpflichtet, wenn den für sich alleine genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt. Auch ist es der Verwaltung in einem solchen Fall unbenommen, entsprechende Erhebungen selbst anzustellen, ohne dass deswegen bereits auf ein materielles Eintreten auf die Neuanmeldung zu schliessen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1 am Ende, mit Hinweisen; siehe zum Ganzen auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1691/2013 vom 6. September 2013 E. 3.3 sowie C-5007/2011 E. 3).

**3.5** Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Beurteilung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten einer Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Diese Prüfung muss dabei denjenigen anspruchserheblichen Aspekt umfasst haben, auf dessen (behauptete) Veränderung sich die Neuanmeldung stützt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2009 [= SVR 2010 IV Nr. 54] vom 26. März 2010 E. 2.1; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4362/2014 vom 23. Februar 2014 E. 2.4).

#### **4.**

**4.1** Die letzte materielle Würdigung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes erfolgte vorliegend mit der in Rechtskraft erwachsenen ersten Verfügung der Vorinstanz vom 22. Juli 2008. Deshalb ist vorliegend zu prüfen, ob zwischen dem 22. Juli 2008 und dem 22. Dezember 2014 eine durch die medizinische Situation bedingte, für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades glaubhaft dargetan ist. Da zwischen diesen beiden Zeitpunkten bereits sechs Jahre und fünf Monate verstrichen sind, dürfen an die Glaubhaftmachung einer rentenrelevanten Gesundheitsverschlechterung nicht allzu hohe Anforderungen gestellt werden (vgl. vorne E. 3.3).

**4.1.1** Im Rahmen des Erlasses der Verfügung vom 22. Juli 2008 stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf das Gutachten „Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)“ von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Oberärztin Rheumatologie und des Physiotherapeuten C.\_\_\_\_\_ des Rheuma- und Rehabilitationszentrum der Klinik D.\_\_\_\_\_, vom 14. März 2008 (IV/GR-act. 38) sowie auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 28. April und 15. Juli 2008 (IV/GR-act. 26, S. 7; 11). Die entsprechenden Berichte sowie weitere medizinische Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben.

**4.1.1.1** Im Arztbericht vom 11. April 2007 (IV/GR-act. 47, IV-act. 43) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie anlässlich einer Magnetresonanztomographie (MRI) der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie des Beckens zusammenfassend fest, der Hauptbefund sei eine segmentale Minderdurchblutung des Femurkopfes links mit ausgedehnten reparativen Vorgängen sowie einem Gelenkserguss links. Ein ähnlicher Befund, allerdings ohne Zeichen einer wesentlichen Durchblutungsstörung bzw. Reparation, finde sich am Femurkopf rechts. Weiter wurden folgende Befunde aufgeführt: etwas zunehmende paramediane Diskushernie LWK2/3 links mit möglicher Irritation der durchziehenden Nervenwurzel L3 links, multisegmentären Chondrosen der gesamten LWS mit Diskusprotrusionen in den übrigen Segmenten sowie mässiggradige Spondylarthrose vor allem von LWK3 bis S1, keine Wirbelkanalstenose.

**4.1.1.2** Im Bericht vom 2. Mai 2007 (IV/GR-act. 67) des Kantonsspitals Graubünden, Operative Disziplinen Kreuzspital, Abteilung für Orthopädie,

stellte Dr. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Diagnosen idiopathische partielle Femurkopfnekrose links und chronisches Lumbovertebralsyndrom bei multisegmentären Chondrosen mit zirkulären Discusprotrusionen sowie mässiggradiger Spondylarthrose der LWS. In therapeutischer Sicht sei nur die Implantation einer zementfreien Hüft-TP Erfolg versprechend. Der Operationstermin werde auf den 18. Mai 2007 angesetzt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 %.

**4.1.1.3** Im Operationsbericht vom 21. Mai 2007 (IV/GR-act. 65), welcher anlässlich der am 18. Mai 2007 durchgeführten Hüft-Operation erstellt worden war, hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fest, dass die Indikation zur Implantation einer zementfreien (TP) in der linken Hüfte aufgrund der Beschwerden sowie der radiologischen und kernspintomographischen Befunde wegen idiopathischer partieller Femurkopfnekrose gestellt worden sei. Im Bericht vom 3. Juli 2007 über die ambulante Verlaufskontrolle führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus, sechs Wochen nach der Hüft-TP links bestehe funktionell wie radiologisch ein zeitgemässes Resultat. In therapeutischer Hinsicht sei ab sofort ein Übergang zur Vollbelastung erlaubt. Die Arbeitsunfähigkeit wurde weiterhin mit 100 % angegeben (IV/GR-act. 64). Im Bericht über die ambulante Verlaufskontrolle vom 14. August 2007 gab Dr. med. H. \_\_\_\_\_ an, es bestehe funktionell ein befriedigendes Resultat (IV/GR-act. 63, IV-act. 4). Gemäss den Angaben des Patienten seien die residuellen Hüftbeschwerden deutlich geringer als vor dem operativen Eingriff. Am 13. November 2007 hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ anlässlich der ambulant durchgeführten Verlaufskontrolle fest, sechs Monate nach der Implantation der Hüft-TP bestehe funktionell wie radiologisch ein gutes Resultat mit weitgehender Beschwerdefreiheit des Patienten. Aufgrund des chronischen Lumbovertebralsyndroms sei er als Landschaftsgärtner nicht mehr einsetzbar. Die Arbeitsunfähigkeit wurde weiterhin mit 100 % angegeben (IV/GR-act. 61).

**4.1.1.4** Im Arztbericht vom 23. Januar 2008 (IV/GR-act. 48; 60, S. 2 – 4) zuhanden der IV-Stelle GR hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (vgl. <http://www.doctorfmh.ch>, aufgerufen am 18. April 2017) die Diagnosen ST. n. Hüft-TP am 18.05.2007 / idiopathische Femurkopfnekrose, chronisches Lumbovertebralsyndrom/multiple Osteochondrose, Spondylarthrose LWS, L3/L2 links sowie Obesitas fest und befand den Versicherten ab dem 21. März 2007 zu 100 % arbeitsunfähig. Dr. I. \_\_\_\_\_ führte zudem aus, der Versicherte komme aus Kroatien und habe keinen Beruf gelernt. In der Schweiz habe er als Hilfsarbeiter in der

Gärtnerei gearbeitet und sei in diesem Beruf nicht mehr einsetzbar. Auch für andere Berufstätigkeiten sei er kaum geeignet; er habe keine berufliche Ausbildung.

**4.1.1.5** Im Gutachten des Rheuma- und Rehabilitationszentrums der Klinik D.\_\_\_\_\_ (IV/GR-act. 38) wurden anlässlich der Untersuchung vom 12. und 13. März 2008 folgende Diagnosen gestellt:

1. Belastungsabhängiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links
  - Verdacht auf Spinalkanalstenose bei Claudicatio spinalis - Symptomatik
  - multisegmentale Chondrose und Spondylarthrosen
  - Diskushernie L2/3 mit deutlich fokaler paramedian links liegender Dorsalverlagerung einer diskusisointensen Struktur mit erheblicher epiduraler Kompression und möglicher Irritation der durchziehenden Nervenwurzel L3 links (MRI vom 11.04.2007)
  - Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung mit Hyperlordose der LWS
  - muskuläre Dysbalance, Haltungsinsuffizienz, ungünstige Wirbelsäulenstatik durch zusätzliche Adipositas
  - Symptomausweitung
  - ICD-10 M48.0
2. Gonarthrose rechts
  - Verdacht auf Meniskusläsion rechts
  - ICD-10 M17.9
3. Status nach idiopathischer Femurkopfnekrose links
  - Hüft-TP am 18.5.2007
  - Verdacht auf idiopathische Femurkopfnekrose auch rechts (MRI 11.04.2007)
  - ICD-10 M16.7
4. Verdacht auf Psoriasis vulgaris
  - ICD-10 L40.0
5. Arterielle Hypertonie
  - ICD-10 I10.90

Zusammengefasst wurde in den Schlussfolgerungen und Empfehlungen ausgeführt, das arbeitsbezogene Problem sei eine allgemein verminderte Belastbarkeit, welche nicht allein mit den Befunden der Lendenwirbelsäule sowie des rechten Knies erklärt werden könne. Die Leistungsbereitschaft werde im Wesentlichen nicht als zuverlässig beurteilt. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine Selbstlimitierung hin. Die Konsistenz bei den

Tests sei schlecht. Trotz der beobachteten Selbstlimitierungen und der Inkonsistenzen habe sich der Klient bei den Hebetests bis zu 15 kg belasten lassen. Gemäss der beobachteten Leistung in den Tests sei somit mindestens eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis max. 15 kg möglich. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Landschaftsgärtner wurde ausgeführt, diese sei aufgrund der bestehenden Diagnosen lumbal und insbesondere der Femurnekrose im St. n. Hüft-TP links nicht mehr zumutbar. Für andere berufliche Tätigkeiten wurde eine ganztägige, mindestens leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis max. 15 kg als zumutbar erachtet.

**4.1.1.6** Nachdem das Gutachten der Klinik D. \_\_\_\_\_ dem RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_ unterbreitet wurden, äusserte sich dieser im Schlussbericht vom 28. April 2008 dahingehend, dass eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 100 % im angestammten Beruf als Landschaftsgärtner ab 21. März 2007 vorliege. In einem leidensadaptierten Beruf sei spätestens ab der Konsultation am 13. November 2007 bei Dr. med. H. \_\_\_\_\_ von einer 100 % adaptierten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Auch im Vorfeld sei eventuell schon eine Teilarbeitsfähigkeit möglich gewesen; diese sei aber retrospektiv schwierig zu bestimmen. Aus der Erfahrung sei eine (Teil- oder Voll-) Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich vier Monate nach der Operation zu erwarten. Das würde auch ungefähr sich mit den eine Besserung beschreibenden Formulierungen von Dr. H. \_\_\_\_\_ decken. Aus Sicht des RAD dürfte eine mindestens 50 % adaptierte Arbeitsfähigkeit ab dem 19. September 2007 vorgelegen haben. Am 15. Juli 2008 hielt Dr. E. \_\_\_\_\_ fest, dass aus der Sicht des RAD die Beschwerden des Versicherten im Rahmen der Würdigung der Arztberichte von Dr. I. \_\_\_\_\_ und des ELF-Gutachtens umfassend berücksichtigt worden seien. Gemäss EFL-Gutachten sei eine minimale adaptierte Arbeitsfähigkeit trotz Selbstlimitierung und Inkonsistenzen im Rahmen einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Arbeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis max. 15 kg ganztags gesehen worden. Aus medizinischer Sicht werde kein Grund gesehen, vom Entscheid abzuweichen (IV/GR-act. 26, S. 7, 11).

**4.1.1.7** Anlässlich der am 13. Mai 2008 erfolgten ambulanten Verlaufskontrolle führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ des Kantonsspitals Graubünden aus, ein Jahr nach der Hüft-TP links liege funktionell wie radiologisch nach wie vor ein gutes Resultat mit noch leichten Trochanterbeschwerden vor, welche

insbesondere beim Bergaufgehen vorhanden seien. Betreffend die lumbalen Rückenschmerzen habe sich der Patient bei der IV angemeldet. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 % (IV/GR-act. 36).

**4.1.1.8** In dem am 22. September 2008 ausgestellten Arztzeugnis zuhanden der Arbeitslosenkasse Graubünden gab Dr. med. I. \_\_\_\_\_ an, der Versicherte sei vom 21. März 2007 bis auf Weiteres zu 100 % in der bisherigen Tätigkeit arbeitsunfähig (IV/GR-act. 18). Ab 9. September 2008 sei er ganztags bei leichter wechselseitiger Arbeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis 15 kg zu 100 % arbeitsfähig. Im Arztzeugnis vom 16. März 2009 führte Dr. I. \_\_\_\_\_ aus, der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig (IV/GR-act. 15).

**4.1.1.9** Am 18. Februar 2009 führte Dr. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie des Diagnose Zentrums K. \_\_\_\_\_, anlässlich einer MRI der Hüfte aus, es liege eine vermutlich frischere Femurkopfnekrose rechts mit grossflächiger Ausdehnung fast die gesamte Knorpelfläche zumindest in der Belastungszone miteinbeziehend vor. Weiter liege ein erhebliches Knochenmarksödem im Schenkelhals und Femurkopf sowie auch ein deutlicher Gelenkserguss vor (IV/GR-act. 13).

**4.1.1.10** Im Bericht vom 12. März 2009 gab Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom Kantonsspital Graubünden die Diagnosen idiopathische Femurkopfnekrose rechts, St. n. zementfreier Hüft-TP links am 18. Mai 2007 bei idiopathische partieller Femurkopfnekrose, chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Mehretagen-Discopathie an (IV/GR-act. 11). Nachdem am 2. April 2009 die Operation an der rechten Hüfte durchgeführt worden war, gab Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht zur ambulanten Verlaufskontrolle vom 20. Mai 2009 an, sieben Wochen nach der Implantation der zementfreien Hüft-TP rechts bestehe funktionell wie radiologisch ein zeitgemässes Resultat. Ab sofort sei ein Übergang zur Vollbelastung erlaubt.

**4.1.2** Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (22. Dezember 2014) wurden folgende medizinische Berichte eingereicht:

**4.1.2.1** Im radiologischen Befund vom 20. März 2013 des allgemeinen Krankenhauses in (...) (IV-act. 16, S. 6; 38, S. 1; deutsche Übersetzung: IV-act. 19, S. 1) hielt Dr. L. \_\_\_\_\_, Spezialarzt für Radiologie, anlässlich einer Röntgenuntersuchung der lumbosakralen Wirbelsäule, des Beckens,

der Hüften sowie beider Knie zusammengefasst fest, es lägen Zeichen einer deformierten Spondylarthrose mit massiven ventrolateralen Spondylophyten vor; die Intervertebralaräume seien von erhaltener Reife. Bezüglich der Knie wurde angegeben, die Gelenkskörper seien kongruent und der Gelenksraum zeige sich erhalten. Ausgeprägt seien gonarthrotische Veränderungen, betont im Bereich des rechten Knies, wo osteophytäre Randanbauten am Femurkondylus und insbesondere am Tibiakondylus sichtbar seien. Ausserdem lägen atypische Verkalkungen der Weichgewebestrukturen am dorsalen Rand des Femurkondylus, möglicherweise auch im Bereich der eigentlichen Blutgefässe und beidseits ausgeprägte Femoropatellar-Arthrose, betonter rechts, vor.

**4.1.2.2** Im Bericht der neurologischen Praxis in (...) vom 8. April 2013 (IV-act. 16, S. 7; 38, S. 4; deutsche Übersetzung: IV-act. 20, S. 1) wurde zusammengefasst angegeben, im Musculus extensor dig. brevis dex. (kurzer Zehenstrecker) fänden sich Zeichen einer peripheren neuralen Läsion. Im Musculus gastrocnemius (zweibäuchiger Wadenmuskel) bestehe eine leichte Reduktion der motorischen Einheiten. Die neurographische Analyse des Nervus peroneus sei regelrecht. Solch eine Elektroneuromyographie spreche für eine chronische radikuläre Läsion L5 rechts. Auch die Wurzel S1 links sei in geringerem Masse affiziert.

**4.1.2.3** Im von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ unterzeichneten Bericht „Krankengeschichte“ des allgemeinen Krankenhauses in (...) (IV-act. 16, S. 5; 38, S. 5; deutsche Übersetzung: IV-act. 18, S. 1) vom 16. April 2013 wurden folgende Diagnosen festgehalten:

- Z96.6 Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
- SY LS chr. bilat. pp. dex.
- St. post TEP coxae bilat.
- Gonarthrosis bilat. pp. dex.
- Pedes plani et TP hallucis valgi

Zusammengefasst wurde ausgeführt, an den Knien lägen Arthrosen und Krepitationen sowie eine Verdickung der Kniegelenkskapsel, aber keine Ergüsse vor. Die Bewegungen seien im letzten Fünftel und links terminal eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei dauerhaft eingeschränkt.

**4.1.2.4** Im anlässlich der Untersuchung vom 24. April 2014 erstellten Befund „fachärztliche Meinung“ des kroatischen Instituts für die Rentenversicherung, Abteilung für medizinische Gutachten (IV-act. 16, S. 1 f., deutsche

Übersetzung: IV-act. 17) wurde zusammengefasst angegeben, der Versicherte habe Schmerzen in fast allen Gelenken, ausgeprägter in den Knie- und Schultergelenken. Aktuelle Beschwerden seien unter anderem erschwerte Beweglichkeit, Unvermögen zu längerem Stehen, Schmerzen in den Knien und in beiden Schultern. Die Bewegungen beider Hüften seien im letzten Fünftel eingeschränkt; in den Knien, mehr rechts, Krepitationen und gonarthrotische Veränderungen, die Paravertebralmuskulatur sei angespannt.

**4.1.2.5** Im Bericht vom 29. April 2014 (IV-act. 16, S. 3 f.; deutsche Übersetzung: IV-act. 17, S. 3, 5) führte die spezialisierte Kinderärztin und Gutachterin N.\_\_\_\_\_ unter Angabe der IDC-Codes Z96.6, M54, M17, I10, L40 folgende Diagnosen auf:

- St. post TEP coxae bilat.
- Syndroma lumbosacrale chr.
- Gonarthrosis bilat. pp. lat. dex.
- Hypertensio art.
- Psoriasis vulgaris

In der epikritischen Zusammenfassung wurde angegeben, beim Versicherten läge der Zustand nach der Totalendoprothese beider Hüften (2007 und 2009) vor. In Komorbidität sei Arthrose beider Knie durch Röntgen sowie eine chronische radikuläre Läsion L5 rechts aufgrund eines chronischen Lumbalsyndroms verifiziert worden. Der Bluthochdruck sei trotz angewandeter Therapie nicht gut reguliert. Der Patient sei erschwert beweglich, habe Schmerzen in den grossen Gelenken, insbesondere in den beiden Kniegelenken. Die Bewegungen der Hüften seien eingeschränkt. Es liege eine Erwerbsunfähigkeit von mehr als 70 % vor.

**4.1.2.6** Nach Würdigung der anlässlich der Neuanschuldung eingereichten medizinischen Unterlagen hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IVSTA in seiner Stellungnahme vom 29. Juli 2014 (IV-act. 22) fest, dass diese Dokumentationen keine Hinweise auf eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes beinhalten würden. Nachdem bei der Vorinstanz erneut die unter E. 4.1.2.1 bis E. 4.1.2.5 eingereichten Berichte sowie Röntgenbilder (IV-act. 44 – 49) und der Laborbericht vom 19. März 2013 (IV-act. 37) eingegangen sind, hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ am 15. Dezember 2014 an seiner Stellungnahme vom 29. Juli 2014 fest (IV-act. 52).

**4.1.3** Aus den medizinischen Unterlagen, welche bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 22. Juli 2008 vorgelegen haben, geht hervor, dass der Beschwerdeführer ab September 2006 an einer idiopathischen Femurkopfnekrose der linken Hüfte gelitten hat (vgl. E. 4.1.1.1). Nachdem am 18. Mai 2007 die Implantation einer zementfreien Totalendoprothese erfolgte, war der Beschwerdeführer weitgehend beschwerdefrei (E. 4.1.1.3). Ab April 2007 stellte sich auch rechts der Verdacht auf idiopathische Femurkopfnekrose (E. 4.1.1.5). Nach Erlass der Verfügung vom 22. Juli 2008 erfolgte am 2. April 2009 die Implantation einer Totalendoprothese der rechten Hüfte, woraufhin der Beschwerdeführer bis auf leichte Trochanterbeschwerden ebenfalls beschwerdefrei war (E. 4.1.1.7). Bezüglich der Hüftbeschwerden lässt sich somit eine Verbesserung bis zum 22. Dezember 2014 feststellen. Im Weiteren litt der Beschwerdeführer bereits zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 22. Juli 2008 unter multisegmentalen Chondrosen und Spondylarthrosen, einer Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung mit Hyperlordose der LWS, Gonarthrosen, Psoriasis vulgaris sowie einer arteriellen Hypertonie. Ebenfalls lagen Mehreta-gen-Discopathien bei lumbalen Rückenbeschwerden vor. Aufgrund des chronischen Lumbovertebralsyndroms wurde der Beschwerdeführer für die Tätigkeit in seinem angestammten Beruf als Landschaftsgärtner zu 100 % arbeitsunfähig befunden. Für andere berufliche Tätigkeiten wurde eine ganztätige, mindestens leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis max. 15 kg als zumutbar erachtet. Aus den neu eingereichten Unterlagen lässt sich keine wesentliche Veränderung resp. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erkennen. Die darin aufgeführten Diagnosen sind bereits in den ärztlichen Berichten vor dem rechtsrelevanten Zeitraum aufgeführt und gewürdigt worden. Ebenso werden in den neu eingereichten Berichten aus Kroatien, soweit diese angegeben wurden, dieselben Diagnosecodes verwendet. Lediglich Dr. N. \_\_\_\_\_ erwähnt in ihrem Bericht vom 29. April 2014 (IV-act. 16, S. 3 f.; 17, S. 3, 5) zusätzlich den Diagnosecode ICD-10 M54. Dabei handelt es sich um Rückenschmerzen (vgl. <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/M54.-.html?sp=SM54>, aufgerufen am 26. April 2017), welche in den Arztberichten vor dem Erlass der Verfügung vom 22. Juli 2008 bereits differenzierter beschrieben worden sind. Dr. N. \_\_\_\_\_ erachtete den Beschwerdeführer zu mehr als 70 % erwerbsunfähig, wobei unklar ist, ob sich diese Angaben auf die angestammte Tätigkeit oder eine dem Leiden adaptierte Tätigkeit beziehen. Diese Angaben lassen jedoch eine Verbesserung der Beschwerden vermuten, war der Versicherte doch zum Zeitpunkt der ersten Rentenabweisung in seiner angestammten Tätigkeit zu

100 % arbeitsunfähig. Bezüglich die Kniebeschwerden werden in den Berichten von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ (IV-act. 16, S. 5; 38, S. 5; 18, S. 1) sowie im Befund „fachärztliche Meinung“ des kroatischen Instituts für die Rentenversicherung (IV-act. 16, S. 1 f., 17) Krepitationen erwähnt, welche jedoch nicht näher beschrieben sind. Funktionelle Ausfälle konnten nicht festgestellt werden. Weiter wurde lediglich eine leichte Reduktion der motorischen Einheiten angegeben (vgl. E. 4.1.2.2). Ebenfalls ist unklar, ob der Befund „fachärztliche Meinung“ des kroatischen Instituts für die Rentenversicherung, Abteilung für medizinische Gutachten (E. 4.1.2.4) und die Ausführungen von Dr. N.\_\_\_\_\_ (E. 4.1.2.5) zum selben Dokument gehören. Einerseits scheint der Bericht von Dr. N.\_\_\_\_\_ unvollständig, da der Name des Versicherten nicht aufgeführt ist und zudem die Nummerierung mit der Seite zwei beginnt. Andererseits besteht der Befund „fachärztliche Meinung“ bereits aus zwei Seiten, sodass zwischen den beiden Berichten kein Zusammenhang hergeleitet werden kann. Fraglich ist ebenso, inwiefern die Gutachterin Dr. N.\_\_\_\_\_ als spezialisierte Kinderärztin den Gesundheitszustand des Versicherten in rheumatologischer und orthopädischer Hinsicht zu beurteilen vermag. Die weitem, anlässlich des Anhörungsverfahrens eingereichte Unterlagen (IV-act. 44 – 49) sowie der Laborbericht vom 19. März 2013 (IV-act. 37) sind nicht aussagekräftig, sodass sich daraus keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erkennen lässt. Insgesamt teilt das Bundesverwaltungsgericht die Beurteilungen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2014 (IV-act. 22) sowie vom 15. Dezember 2014 (IV-act. 52), wonach aufgrund der eingereichten medizinischen Unterlagen keine neuen Fakten zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bekannt gemacht werden.

## 5.

Beschwerdeweise rügt der Versicherte mit Verweis auf das Schreiben der Vorinstanz an den RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (IV-act. 50), dass die Vorinstanz die vor dem Erlass der Verfügung vom 22. Juli 2008 ausgestellten medizinischen Unterlagen anlässlich der Überprüfung des Rentengesuchs vom 14. Dezember 2007 nicht berücksichtigt habe. Die Vorinstanz hätte deshalb auf die Verfügung vom 22. Juli 2008 zurückkommen müssen. Es ist somit zu prüfen, ob die Vorinstanz den Antrag auf Wiedererwägung vom 12. November 2014 zu Recht nicht geprüft und darüber nicht verfügt hat.

**5.1** Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die Wiedererwägung dient der nachträglichen

Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17). Während die Feststellungen, welche der Beurteilung des Rechtsbegriffs der zweifellosen Unrichtigkeit zu Grunde liegen, tatsächlicher Natur und dementsprechend nur beschränkt überprüfbar sind, ist die Auslegung des bundesrechtlichen Begriffs der zweifellosen Unrichtigkeit als Wiedererwägungsvoraussetzung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG Bundesrechtsfrage, die frei zu beurteilen ist (SVR 2011 IV Nr. 71 S. 213). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt das Zurückkommen auf formell rechtskräftige Verfügungen beim Fehlen eigentlicher Revisionsgründe im Ermessen des Versicherungsträgers (Urteil 9C\_245/2015 vom 19.08.2015, E. 4.3.). Revisionsgründe betreffen eine mögliche ursprüngliche Fehlerhaftigkeit der Verfügung, namentlich wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach Erlass der Verfügung erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (Art. 53 Abs. 1 ATSG). Die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen fällt nur in Betracht, wenn es um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung geht (ZAK 1988 S. 255 E. 2b, vgl. 9C\_429/2012, E. 2.2).

**5.2** Die medizinischen Unterlagen, welche gemäss dem Schreiben der Vorinstanz an den RAD-Arzt zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 22. Juli 2008 noch nicht vorgelegen haben sollen, befinden sich in den Akten der IV-Stelle GR. Dabei handelt es sich um folgende Berichte: den Laborbericht vom 27. März 2007 der (...), Labor für Medizinische Analytik AG, in welchem die Ergebnisse der Untersuchung der Blutwerte vom 26. März 2007 des Versicherten in immunologischer und hämatologischer Hinsicht festgehalten worden sind (IV/GR-act. 9); den Arztbericht vom 11. April 2007 von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, welcher vom Beschwerdeführer ebenso wie die Röntgenbilder vom 3., 12. und 24. Oktober 2007 (IV-act. 43, vgl. auch E. 1.1.1.1) anlässlich des Anhörungsverfahrens erneut eingereicht worden sind (IV-act. 43, 45, 47, 48) sowie den bereits unter E. 4.1.1.7 aufgeführten Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, des Kantonsspitals Graubünden, Operative Disziplinen Kreuzspital, Abteilung für Orthopädie vom 13. Mai 2008.

**5.3** Es ist zu prüfen, ob diese Unterlagen erhebliche Tatsachen darstellen, aufgrund welcher die Vorinstanz auf die unangefochten gebliebene und in Rechtskraft erwachsene Verfügung vom 22. Juli 2008 hätte zurückgekommen müssen. Wie bereits ausgeführt (E. 4.1.3) wurde beim Versicherten am 15. Mai 2007 eine TP in der linken Hüfte implantiert, woraufhin er bezüglich der Hüftschmerzen weitgehend beschwerdefrei war. Der Arztbe-

richt vom 11. April 2007 von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ bezieht sich auf den Gesundheitszustand vor der Operation. Die darin neben den Hüftbeschwerden beschriebenen Rückenleiden wurden in den übrigen Arztberichten sowie dem ELF-Gutachten gewürdigt. Der Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ stellt somit kein neues Beweismittel dar, aufgrund welches die Verfügung vom 22. Juli 2008 hätte geändert werden müssen. Im Bericht zur ambulanten Verlaufskontrolle vom 13. Mai 2008 von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, welcher sich auf die ein Jahr zuvor erfolgte Operation bezieht, sind ebenfalls keine Verschlechterungen des Gesundheitszustandes ersichtlich, sondern es geht daraus klar hervor, dass sich dieser verbessert hat. Ebenso wenig zeigen die übrigen Unterlagen neue Tatsachen auf. Bezüglich des Laborberichts vom 27. März 2007 ist ausserdem festzuhalten, dass alle Blutwerte im Normalbereich lagen. Gestützt auf die in E. 5.2 aufgeführten medizinischen Unterlagen lässt sich nicht feststellen, dass erhebliche neue Tatsachen und Beweismittel vorgelegen haben, welche im früheren Verfahren nicht bekannt gewesen sind. Mit Blick auf das Dargelegte ist ergibt sich, dass die Verfügung vom 22. Juli 2008 nicht fehlerhaft war; die Voraussetzungen nach Ablauf der Rechtsmittelfrist darauf zurückzukommen, waren vorliegend nicht gegeben. Die diesbezügliche Rüge des Beschwerdeführers erweist sich als unbegründet.

**5.4** Der Beschwerdeführer bringt in diesem Zusammenhang vor, die Vorinstanz sei verpflichtet gewesen, vor der angefochtenen Verfügung einen Entscheid betreffend das Wiedererwägungsgesuch vom 12. November 2014 zu erlassen. Dazu ist vorab auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach die Verwaltungsbehörde frei ist, zu entscheiden, ob sie auf das Gesuch eintreten will oder nicht (Urteil 9C\_245/2015 vom 19.08.2015, E. 4.3.; vgl. E. 5.1). Im Übrigen hat der Beschwerdeführer sein Wiedererwägungsgesuch im Rahmen des Anhörungsverfahrens im Verfahren zur Neuanschuldung gestellt. Nachdem die Vorinstanz am 6. August 2014 einen Vorbescheid erlassen und dem Beschwerdeführer die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt hatte (IV-act. 23), gewährte sie ihm in der Folge mit Schreiben vom 8. Oktober (IV-act. 29) sowie vom 13. November 2014 (IV-act. 41) eine Fristerstreckung zur Einreichung medizinischer Unterlagen. Am 12. November 2014 reichte der Beschwerdeführer schliesslich die angeforderten Unterlagen ein und verlangte gleichzeitig, die Verfügung vom 22. Juli 2008 in Wiedererwägung zu ziehen. Daraufhin unterbreitete die Vorinstanz die gesamten Akten dem RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, welcher keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststellen konnte. Die Vorinstanz hat in der Folge das Gesuch um

Neuanmeldung mit Verfügung vom 22. Dezember 2014 erledigt. Da die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung nicht gegeben sind (vgl. E. 5.3), würde eine Rückweisung an die Vorinstanz zum Erlass eines Wiedererwägungsentscheids zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen. Die Rüge des Beschwerdeführers ist deswegen abzuweisen. Die Vorbringen des Beschwerdeführers, die Vorinstanz habe es versäumt, die medizinischen Unterlagen einzufordern, kann ebenfalls nicht gehört werden. Wie bereits ausgeführt (E. 3.2) ist es in erster Linie Sache der versicherten Person selbst, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruches darzulegen. Für das Eintreten wird ihr die Behauptungs- und Beweisführungslast auferlegt.

#### **6.**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Rügen des Beschwerdeführers unberechtigt sind. Die Vorinstanz hat insgesamt zu Recht festgestellt, dass den gesamten neuen Unterlagen keine konkreten Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers entnommen werden können. Da der Beschwerdeführer nicht glaubhaft machen konnte, dass sein Gesundheitszustand sich in erheblicher Weise verändert hat und zudem keine konkreten Hinweise für eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes bestehen, hat die Vorinstanz zu Recht keine neuen Erhebungen veranlasst (vgl. vorne E. 3.4) und ist zu Recht nicht auf das neue Gesuch eingetreten. Aus diesem Grund ist auf die Frage betreffend dessen Anmeldedatum nicht weiter einzugehen.

#### **7.**

Die Beschwerde 29. Januar 2015 ist nach dem Gesagten abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 22. Dezember 2014 zu bestätigen.

#### **8.**

Abschliessend ist über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung zu befinden.

**8.1** Die Verfahrenskosten sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache und insbesondere der Art der Prozessführung auf Fr. 400.- festgesetzt (vgl. Art. 63 Abs. 4<sup>bis</sup> VwVG in Verbindung mit Art. 1, Art. 2 Abs. 1 und 2 des Reglements über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR

173.320.2]). Sie sind durch die Bezahlung des Kostenvorschusses in der gleichen Höhe bereits beglichen.

**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 Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

### **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Sie sind mit der Bezahlung des Kostenvorschusses in derselben Höhe bereits beglichen.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Michael Peterli

Barbara Camenzind

**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 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 der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: