

# **BVGer A-6585/2011 vom 6. Mai 2014**

Bundesverwaltungsgericht, 2014-05-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_A-6585\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_A-6585_2011)

FR: TAF A-6585/2011 du 6 mai 2014

IT: TAF A-6585/2011 del 6 maggio 2014

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), soweit das Bundesgesetz vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 172.32) nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Auf Verfahren in Sozialversicherungssachen findet das VwVG jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Das ist hier gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Die Abteilung I des Bundesverwaltungsgerichts hat das vorliegende Beschwerdeverfahren im Zuge einer - auf einer abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit basierenden - Entlastungsmassnahme gegenüber der Abteilung III übernommen. Die ursprüngliche Verfahrensnummer C 6585/2011 wurde daher auf A-6585/2011 geändert.

### **E. 1.3**

Nach Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinn von Art. 32 VGG liegt nicht vor, weshalb das Bundesverwaltungsgericht für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig ist. Da der Beschwerdeführer als Adressat des angefochtenen Entscheids vom 21. Oktober 2011 beschwerdelegitimiert ist (Art. 59 ATSG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 1.4**

Die angefochtene Verfügung stellt (sinngemäss) einen Nichteintretensentscheid dar. Da im Rahmen einer Beschwerde gegen einen Nichteintretensentscheid keine Begehren mit Bezug

auf die Sache selbst gestellt werden können (vgl. André Moser, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich/St. Gallen 2008, Art. 52 Rz. 3), ist auf den Antrag auf Zusprechung einer Invalidenrente nicht einzutreten. Der Streitgegenstand beschränkt sich somit auf die Frage, ob die Vorinstanz auf das neuerliche Gesuch des Beschwerdeführers um Zusprechung einer Invalidenrente zu Recht nicht eingetreten ist.

### **E. 1.5**

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG). Der Beschwerdeführer rügt im Wesentlichen die unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie eine Verletzung des rechtlichen Gehörs.

### **E. 2**

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

#### **E. 2.1**

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 138 V 475 E. 3.1, 132 V 215 E. 3.1.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Es finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung in Kraft standen. Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft gesetzt waren, sind insoweit massgebend, als sie für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Anspruchs von Belang sind. Vorliegend erfolgte die letzte materielle Würdigung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes mit dem Urteil des Bundesgerichts 9C\_338/2009 vom 23. Juni 2009, wobei sich diese Prüfung auf den Zeitpunkt des Erlasses der beim Bundesverwaltungsgericht damals angefochtenen Verfügung, also auf den 23. November 2006 bezog (Sachverhalt Bst. B). Die vorliegend angefochtene Verfügung der IVSTA wurde am 21. Oktober 2011 erlassen (Sachverhalt Bst. C). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist demnach im vorliegenden Fall für den Zeitraum vom 23. November 2006 bis 31. Dezember 2007 ein allfälliger Rentenanspruch nach dem Recht gemäss den am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen (4. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837] und IVV in der Fassung vom 21. Mai 2003 [AS 2003 3859]) zu beurteilen. Für den Zeitraum danach ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129], IVV in der Fassung vom 28. September 2007 [AS 2007 5155]) abzustellen. Mit Blick auf das Verfügungsdatum (21. Oktober 2011) noch nicht anwendbar sind die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision.

#### **E. 2.2**

Die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Bundesgerichts stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; statt vieler: Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B 3321/2012 vom 28. März 2014 E. 3.2, C 6213/2012 vom 18. Dezember 2013 E. 2.1; vgl. Michel Valterio, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, Genf/Zürich/Basel 2011, Rz. 3080; Thomas Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, 3. Aufl., Bern 2003, S. 489 § 74 Rz. 20).

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Serbien und hat dort seinen Wohnsitz. Die Schweiz hat mit diversen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien neue Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen, nicht aber mit der Republik Serbien. Daher findet im vorliegenden Verfahren weiterhin das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1, in Kraft seit 1. März 1964; nachfolgend. Sozialversicherungsabkommen) Anwendung (vgl. BGE 139 V 263 E. 3). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenrente gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen in Art. 8 Bst. e als im vorliegenden Verfahren relevante Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor, dass serbischen Staatsangehörigen, sofern sie zu weniger als 50 % invalid sind, eine Rente nur gewährt wird, wenn sie in der Schweiz wohnen (siehe auch E. 2.4.4). Im Übrigen beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf den neuerlichen Antrag des Beschwerdeführers auf Zuspreehung einer Invalidenrente eingetreten ist, aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 des Sozialversicherungsabkommens; vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 2984/2012 vom 21. November 2013 E. 3.1).

### **E. 2.4.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Die Arbeitsunfähigkeit wird zunächst definiert als die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Satz 1 ATSG). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich

berücksichtigt (Art. 6 Satz 2 ATSG).

#### **E. 2.4.2**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

#### **E. 2.4.3**

Der Grad der Invalidität wird nach Art. 16 ATSG bemessen. Demnach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

#### **E. 2.4.4**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Gemäss Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens wird serbischen (in der Diktion des Abkommens noch «jugoslawischen») Staatsangehörigen, sofern sie zu weniger als 50 % invalid sind, eine Rente nur gewährt, wenn sie in der Schweiz wohnen. Im vorliegenden Fall wohnt der Beschwerdeführer in Serbien, weshalb ihm eine Invalidenrente erst ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % gewährt werden kann.

#### **E. 2.5.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in

Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 2.5.2**

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).

#### **E. 2.5.3**

Auf Stellungnahmen der regionalen ärztlichen Dienste (nachfolgend: RAD) kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit dem 1. Januar 2007: Bundesgericht] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_9/2010 vom 29. September 2010 E. 3.3, 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1, 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1).

#### **E. 2.5.4**

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). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 168/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2.2).

#### **E. 2.6.1**

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 [vormals - bis zum 31. Dezember 2011 - Abs. 3 und 4] IVV; vgl. Valterio, a.a.O., Rz. 3069 ff. und 3100). Die Pflicht der Verwaltung, den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, besteht daher erst, wenn die Eintretensvoraussetzung einer

revisionsrechtlich erheblichen Änderung glaubhaft gemacht worden ist (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.4 f.).

#### **E. 2.6.2**

Ob eine im Sinn dieser Bestimmung erhebliche Tatsachenänderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades beruhenden Verfügung (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5, 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts I 464/06 vom 15. März 2007 E. 3; vgl. Valterio, a.a.O., Rz. 3067 und 3095).

#### **E. 2.6.3**

Unter Glaubhaftmachen ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinn 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 Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen (Valterio, a.a.O., Rz. 3100). Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung u.a., ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Rentengesuchs (bzw. des letzten Revisionsgesuchs oder der letzten Rentenrevision) lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nachdem sind an das Glaubhaftmachen einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 2.6.4**

Vor diesem Hintergrund ist mit Bezug auf den Beschwerdeführer, der eine Verschlechterung seiner Gesundheit geltend macht, zu prüfen, ob eine durch die medizinische Situation bedingte, für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades zwischen dem 23. November 2006 (auf diesen Zeitpunkt bezog sich die Prüfung im Urteil des Bundesgerichts 9C\_338/2009 vom 23. Juni 2009; Sachverhalt Bst. B) und dem 21. Oktober 2011 (Datum der angefochtenen Verfügung; Sachverhalt Bst. C) glaubhaft dargetan ist (vgl. E. 2.6.2). Da zwischen diesen beiden Zeitpunkten bereits fast fünf Jahre verstrichen sind, dürfen an die Glaubhaftmachung einer rentenrelevanten Gesundheitsverschlechterung nicht allzu hohe Anforderungen gestellt werden (vgl. E. 2.6.3; vgl. ferner Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B 3799/2012 vom 11. März 2014 E. 5.3, C 5007/2011 vom 21. Januar 2014 E. 5.1).

#### **E. 2.6.5**

Die Glaubhaftmachung kann im Fall des Nichteintretens auf eine Neuanmeldung nicht im Rechtsmittelverfahren nachgeholt werden. Das Bundesverwaltungsgericht hat die Frage, ob die Vorinstanz zu Recht auf die Neuanmeldung nicht eingetreten ist, ausschliesslich aufgrund der im Verfügungszeitpunkt eingereichten medizinischen Unterlagen, welche sich auf den rechtserheblichen Sachverhalt beziehen, zu beurteilen (vgl. E. 2.2). Arztberichte, welche aus der Zeit nach dem Erlass der Nichteintretensverfügung datieren und erst im Beschwerdeverfahren aufgelegt wurden, sind bei der Beurteilung der Frage, ob die

Verwaltung auf die Neuanmeldung hätte eintreten müssen, nicht zu berücksichtigen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteil des Bundesgerichts I 464/06 vom 15. März 2007 E. 4.2; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-3799/2012 vom 11. März 2014 E. 5.7, C-5007/2011 vom 21. Januar 2014, E. 4.2, C 7857/2008 vom 7. Februar 2011 E. 6.2 und 7).

#### **E. 2.6.6**

Nicht zu berücksichtigen sind damit jene Unterlagen, die der Beschwerdeführer erst im Verfahren vor Bundesverwaltungsgericht einreichte (Sachverhalt Bst. G), denn sie wurden alle nach dem 21. Oktober 2011 erstellt. Zudem basieren sie auf Untersuchungen und Behandlungen nach diesem Datum. Daran ändert auch nichts, dass der Beschwerdeführer vorbringen lässt, einige dieser Berichte würden die Periode vor Erlass der Verfügung der Vorinstanz vom 21. Oktober 2011 betreffen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5).

#### **E. 3**

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Vorinstanz die Glaubhaftmachung einer anspruchserheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers für den Zeitraum vom 23. November 2006 bis zum 21. Oktober 2011 zu Recht verneint hat.

##### **E. 3.1.1**

Der Beschwerdeführer verweist in seiner Beschwerde vom 6. Dezember 2011 zunächst auf seinen Einwand vom 16. Juni 2011 (IV-act. 213), worin er - in Bezug auf das Eintreten auf die Neuanmeldung - insbesondere rügte, ausführliche medizinische Dokumentationen verschiedener Spezialärzte würden ihm eine mindestens 70 %ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestieren bzw. bestätigen, dass sich sein Gesundheitszustand nach der Verfügung vom 23. November 2006 wesentlich verschlechtert habe. Trotz der verschiedenen physischen und psychischen Beschwerden habe die Vorinstanz nur die Beurteilung eines RAD-Einzelarztes für Allgemeine Medizin eingeholt. In der Beschwerdeschrift selbst lässt er nur ausführen, der RAD-Arzt, Dr. B. \_\_\_\_\_, sei als Facharzt für Allgemeine Medizin nicht in der Lage, sämtliche seiner Beschwerden (physische und psychische) zu beurteilen, weshalb die Stellungnahmen dieses Arztes nicht akzeptiert werden könnten.

##### **E. 3.1.2**

Die Vorinstanz ihrerseits hält (nach allgemeinen Ausführungen zum Beweiswert von Gutachten, insbesondere von RAD-Ärzten) fest, obwohl der betreffende RAD-Arzt als Facharzt für Allgemeinmedizin nicht über einen Facharztstitel unter anderem auf den Gebieten der internen [recte wohl: inneren] Medizin, Neurologie oder Psychiatrie verfüge, vermöge er anhand der zahlreich und von Spezialisten verfassten Gutachten sowie des Umstands, dass bereits in einem ersten Leistungsverfahren ein rechtskräftiger Entscheid vorliege, den medizinischen Sachverhalt schlüssig und nachvollziehbar zu würdigen und vergleichend festzustellen, inwiefern neue Sachverhaltselemente vorlägen, die eine wesentliche Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu belegen vermöchten. Der Arzt sei in arbeitsmedizinischer Hinsicht zum Schluss gelangt, seit der letzten IV-ärztlichen Würdigung vom 7. Oktober 2007 würden ausser einer leichten Verschlechterung der Erkrankung des peripheren Nervensystems (Polyneuropathie) sowie einer Zehenamputation, welche jedoch beide keine zusätzlichen funktionellen Einschränkungen in leichteren Arbeitstätigkeiten zu begründen vermöchten, keine neuen Sachverhaltselemente vorliegen, die eine wesentliche Verschlechterung der Erwerbstätigkeit darlegten.

### **E. 3.2**

Gemäss Feststellung des Bundesverwaltungsgerichts im Urteil C 33/2007 vom 3. März 2009 litt der Beschwerdeführer zum damaligen Zeitpunkt unter einer Diabetes mellitus und damit zusammenhängend unter vaskulären Durchblutungsstörungen und deren Folgen im Bereich der unteren Extremitäten, unter einer Spondylarthrose L4-L5, Angiopathie, Polyneuropathie, Retinopathie und Gangrena pedis (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 33/2007 vom 3. März 2009 E. 7.1 und 8.3).

### **E. 3.3**

Die seither ergangenen Arztberichte aus Serbien sind zwar nicht verbindlich, können aber dennoch im Rahmen der Prüfung, ob eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades glaubhaft gemacht wurde, berücksichtigt werden, zumal sie von Fachärzten aufgrund von Untersuchungen des Beschwerdeführers erstellt wurden, in der Regel die Anamnese berücksichtigen und nachvollziehbar sind (E. 2.5.4). Ihnen ist Folgendes zu entnehmen:

#### **E. 3.3.1**

Dem Austrittsbericht der Chirurgen Dres. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ des Gesundheitszentrum X. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Zentrum) ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer dort vom 27. Oktober bis zum 4. November 2009 aufhielt. Diagnostiziert wurde ein diabetischer Fuss, links. Es wurde nach Verlassen des Zentrums ein Arzttermin festgelegt, weil die Blutzuckerwerte des Beschwerdeführers nicht unter Kontrolle seien (IV-act. 186; Übersetzung ins Französische: IV-act. 187).

#### **E. 3.3.2**

In einem Bericht vom 10. November 2009 des Zentrums (von Dr. C. \_\_\_\_\_) wurden nur die Diagnose (diabetischer Fuss), die Behandlung (Anlegen eines Verbandes) sowie die Medikation festgehalten (IV-act. 188).

#### **E. 3.3.3**

Im Bericht vom 25. Dezember 2009 desselben Arztes wurde nun ein Status nach Amputation des linken grossen Zehs diagnostiziert, die Medikation festgehalten sowie eine Kontrolle in 14 Tagen angeordnet (IV-act. 189).

#### **E. 3.3.4**

Nach einem weiteren Aufenthalt im Zentrum vom 9. bis zum 17. Februar 2010 wurden im Austrittsbericht des Internisten und Hämatologen Dr. E. \_\_\_\_\_ eine Diabetes mellitus Typ 2, diabetische Polyneuropathie und diabetische Angiopathie sowie eine diabetische Vaskulopathie, Status nach Amputation des linken grossen Zehs, diabetische Retinopathie, Bluthochdruck Typ II, Hyperlipoproteinämie Typ II b und Fettleber festgestellt. An den Gliedmassen wies der Beschwerdeführer keine Ödeme oder Krampfadern auf. Durch die Therapie konnte der Blutzuckerspiegel, dessen Regulation beim Eintritt des Beschwerdeführers nicht zufriedenstellend gewesen war, gesenkt werden. Im Bericht wurde die weitere Medikation festgehalten sowie eine weitere Kontrolle in einem Monat festgelegt (IV-act. 190).

#### **E. 3.3.5**

Einem Untersuchungsbericht der Neuropsychiaterin Dr. F. \_\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass eine vollständige Elektromyoneurographie eine doppelte polyneuropathische Schädigung ergab. Zum einen bestehe eine sehr schwere chronische Polyneuropathie, sensomotorisch,

distal und symmetrisch, seit langem demyelinisierend auf die oberen und unteren Gliedmassen. Aufgrund der Dauer habe sich eine Axonopathie im Rahmen der Grundkrankheit (Diabetes mellitus) entwickelt. Zum anderen gebe es eine chronische Schädigung der Wirbel L5 und S1, mehr auf der linken Seite. Im Vergleich mit der Elektromyoneurographie, die vor einem Jahr erstellt worden sei, sei eine klinische und elektrophysiologische Verschlechterung der Krankheit aufgetreten, was ein Fortschreiten der Krankheit bedeute. Die Ärztin schlug eine Invalidität der Kategorie I vor. Weiter wurde die Medikation aufgeführt und es wurden weitere Behandlungsmassnahmen vorgesehen (IV-act. 191 [was eine Invalidität der Kategorie I bedeutet, ergibt sich weder aus den Akten noch aus den Ausführungen des Beschwerdeführers]).

#### **E. 3.3.6**

In einer Untersuchung vom 13. April 2010 kommt der Neuropsychiater Dr. G.\_\_\_\_\_ zum Schluss, gemäss der medizinischen Dokumentation leide der Beschwerdeführer seit Jahren an Diabetes und werde mit Insulin behandelt. Er leide unter Augenproblemen (seine Sicht sei zu mehr als 90 % eingeschränkt). Der Patient habe daher eine Laser-Therapie gemacht, leide unter einer Verletzung der Blutgefässe sowie Gangrän und habe den grossen Zeh des linken Fusses amputiert. Er befinde sich wegen einer depressiven Erkrankung seit Jahren in Behandlung. Die miotischen Reflexe seien vermindert, es liege eine Verletzung der Empfindsamkeit vor sowie eine Schwäche der motorischen Kraft der unteren Gliedmassen (diabetische Polyneuropathie und diabetische Myopathie - Pseudotabes periferica). Es lägen ein depressiv polarisierter Affekt mit psychomotorischer Langsamkeit, Entschlusslosigkeit, fehlendem Pragmatismus, Unlust und Motivationsverlust vor. Der Arzt nimmt an, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers gegenüber jenem vor 2-3 Jahren stark verschlechtert habe, und ist daher der Meinung, der Patient sei zu mehr als 80 % invalid und arbeitsunfähig. Um eine minimale Lebensqualität zu erreichen, sei es unabdingbar, dass der Beschwerdeführer von einem Spezialisten begleitet werde und regelmässig in Therapie sei (IV-act. 192).

#### **E. 3.3.7**

Gemäss einer undatierten Meinung von Dr. H.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater(in), des Zentrums deutet eine Elektromyoneurographie auf eine sehr starke symmetrische, distale sensomotorische Polyneuropathie der unteren Gliedmassen hin mit neurophysiologischen Parametern der Axonopathie, die von Diabetes herrühre. Gegenüber der neurophysiologischen Untersuchung [hier wird nicht klar, welche Untersuchung gemeint ist] gebe es keine relevanten Abweichungen (IV-act. 193).

#### **E. 3.3.8**

Der Austrittsbericht des Zentrums (Dres. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_), in dem sich der Beschwerdeführer abermals vom 26. Mai bis zum 4. Juni 2010 aufhielt, hält fest, dass der Beschwerdeführer an einer Phlegmone am rechten Fuss litt, Status nach Punktierung, Lymphangitis der unteren linken Gliedmassen und Diabetes mellitus. Er wurde wegen einer Entzündung am rechten Fuss behandelt, welche durch eine Verletzung durch einen Nagel hervorgerufen worden war. Im Übrigen wurde er wegen Diabetes mellitus behandelt. Die Wunde am Fuss wurde chirurgisch behandelt, verbunden und mit Antibiotika behandelt. Mit der Zeit besserte sich der lokale Zustand und der Blutzuckergehalt stabilisierte sich. Die Behandlung konnte ambulant fortgesetzt werden (IV-act. 195).

#### **E. 3.3.9**

In einem Bericht vom 17. Juni 2010 kommt Dr. C. \_\_\_\_\_ - nach der Diagnose diabetischer Fuss beidseitig, Status nach Phlegmone des rechten Fusses und Status nach Amputation der linken grossen Zehe - zum Schluss, es bestehe eine ausgeprägten Polyneuropathie der Füsse und eine Verletzung des arteriellen Blutkreislaufs. Der Puls sei in den Füssen nicht fühlbar (IV-act. 196).

### **E. 3.3.10**

Der Radiologe Dr. I. \_\_\_\_\_ beschreibt am 16. September 2010, die arteria femoralis communis, die arteria femoralis superficialis, die arteria poplitea und die arteria tibialis postera seien der Länge nach atherosklerotisch verändert und es bestehe eine ausgeprägte Veränderung der Unterschenkelarterien. Das Lumen (der Innenraum) der arteria femoralis superficialis sei rechts um 30 %, links um 40 % reduziert, biphasische Flusskurve [die französische Übersetzung gibt hier irrtümlich «monophasique» an, aus dem serbischen Original ergibt sich, dass es «biphasisch» heissen muss]. Bei der arteria poplitea sei das Lumen links um ungefähr 60 % reduziert, die arteria dorsalis pedis sei um ca. 65 % verengt, monophasische Flusskurve, rechts sei das Lumen um 45 % verengt, biphasische Flusskurve. Das Lumen der arteria tibialis postera sei um 50 % verengt, die arteria dorsalis pedis um ca. 55 % reduziert, monophasische Flusskurve. Bei den oberflächlichen Venen (vena saphena magna und vena saphena parva) seien die Klappen funktionell. Es gebe keinen Rückfluss bei der distalen und proximalen Kompression. Die Verbindung von vena saphena magna und vena saphena parva an die vena femoralis sei ohne Fremdkörper [«sans masses étrangères», «bez stranih masa»]. Die kommunizierenden und die tiefen Venen seien ohne direkte oder indirekte Dopplerzeichen für eine Tiefe Venenthrombose. Der Fluss finde in eine Richtung statt, sei im Rahmen der Atmung phasisch und langsam. Der Radiologe stellt die Diagnose Mikro- und Makroangiopathie aufgrund der Diabetes. Er hält fest, eine Konsultation bei einem Vaskularchirurgen und eine Sauerstofftherapie in der Dekompressionskammer seien nötig (IV-act. 197).

### **E. 3.3.11**

Im Austrittsbericht des spezialisierten Krankenhauses (...) Y. \_\_\_\_\_, in dem sich der Beschwerdeführer vom 11. bis zum 20. September 2010 aufhielt, hält Dr. J. \_\_\_\_\_ als Diagnose der Überweisung Diabetes mellitus Typ 2 mit Insulinabhängigkeit, diabetische Polyneuropathie und diabetische Vaskulopathie, diabetische Retinopathie, Bluthochdruck, Hyperlipoproteinämie Typ II b und Obstipation fest. Die Diagnose beim Austritt lautet Gastritis und Duodenitis. In der Anamnese wurden als hauptsächliche Beschwerden Schmerzen und Kribbeln in den Beinen festgestellt. Der Beschwerdeführer sei seit 27 Jahren Diabetiker und erhalte seit 5 Jahren Insulin. Die Regulation des Blutzuckerspiegels sei unbefriedigend. Eine Überzuckerung sei gelegentlich erkennbar, der Lipidstatus sei gestört, es bestehe eine vererbte Diabetes mellitus mit Komplikationen, nämlich Mikroneuropathie, Retinopathie und Bluthochdruck. Weiter sei das Herzgefässsystem betroffen. Stenokardie wird verneint. Es folgen weitere Feststellungen, die hier jedoch entweder nicht relevant sind oder sich bereits aus den zuvor genannten Berichten ergeben. Die Ärztin schliesst zusammengefasst, die Therapie sei zufriedenstellend. Es müsse mit einem hygienisch-diätischen Programm fortgefahren werden sowie mit einer täglichen dosierten körperlichen Aktivität. Der Blutzucker müsse in nüchternem Zustand, nach dem Essen sowie vor dem Schlafen kontrolliert werden. Das Blutzuckerprofil müsse einmal pro Woche kontrolliert werden. Das Glykohämoglobin sei in drei Monaten zu kontrollieren. Eine Kontrolle des Lipidstatus und der Transaminasen, des Harnstoffs und des Kreatinins

sei in sechs Monaten vorzusehen. Die Insulindosis sei auf Grund des Blutzuckerprofils anzupassen. Eine Kontrolle durch den Endokrinologen mit den Resultaten der Untersuchung sei angezeigt, ebenso die Kontrolle eines kompetenten Augenarztes in sechs Monaten. Eine regelmässige Kontrolle des Blutdrucks durch den verschreibenden Arzt sei nötig (IV-act. 198).

#### **E. 3.3.12**

Dr. K.\_\_\_\_\_, Gefässchirurg, stellt im Bericht vom 12. Oktober 2010 fest, dass chronische Beschwerden («manifestation», «tegabe») im Bereich der zugrunde liegenden Krankheit, der Diabetes mellitus, bestehen, mit Veränderungen der distalen Arterien und der peripheren Nerven. Die Doppler-Sonographie zeige veränderte grosse [Venen ]Stämme der unteren Gliedmassen, die bis anhin aber funktionstüchtig seien. Eine weitere Kontrolle sei innert drei Monaten, bei Verschlechterung sofort notwendig (IV-act. 200).

#### **E. 3.3.13**

Am 8. November 2010 hielt Dr. L.\_\_\_\_\_(?; Name kaum lesbar), Augenspezialist von der Klinik Y.\_\_\_\_\_, eine diabetische Retinopathie Status nach Lasertherapie sowie grauen Star fest. Die Sehschärfe gab er mit 1.0 an (IV-act. 201).

#### **E. 3.3.14**

Die Neuropsychiaterin Dr. F.\_\_\_\_\_ schliesst am 3. Dezember 2010, eine vollständige Elektromyoneurographie bezeuge eine schwere, chronische, distale, symetrische, axonodemyelinisierende, sensomotorische Polyneuropathie der oberen und unteren Gliedmassen sowie eine chronische Verletzung der Nervenwurzel S1 (am Fuss) auf beiden Seiten, jedoch mehr rechts. Die am Untersuchungstag erstellte Elektromyoneurographie zeige ein Fortschreiten gegenüber den vorherigen Elektromyoneurographien, die im Verlauf des Jahres 2010 erstellt wurden. Es handle sich um einen irreversiblen Zerfallsprozess der peripheren Nerven, die Folge der Komplikationen der Diabetes mellitus seien. Die Ärztin stellt eine Invalidität der Kategorie I fest (IV-act. 202; vgl. dazu die Bemerkung in E. 3.3.5).

#### **E. 3.3.15**

Bei einer Kontrolle am 3. Dezember 2010 diagnostiziert dieselbe Ärztin wiederum eine diabetische Polyneuropathie, Radikulopathie S1 auf beiden Seiten und eine diabetische Angiopathie. Sie hält fortdauernde Beschwerden in der Form von Schwäche und Kribbeln in den oberen und unteren Gliedmassen fest. Die neurologische Untersuchung habe fehlende miotische Reflexe, eine verminderte Sensibilität und eine verkürzte Vibrationssensibilität ergeben (IV-act. 203).

#### **E. 3.3.16**

Der Neuropsychiater Dr. G.\_\_\_\_\_ hält am 6. Dezember 2010 fest, der Beschwerdeführer leide seit Jahren an Diabetes mellitus mit Komplikationen im Bereich der Blutgefässe, des Nervensystems und im Sehbereich, weshalb er ständig in Behandlung sei. Er (der Beschwerdeführer) habe die medizinischen Dokumente dieser Behandlung und der Untersuchungen mitgebracht. Er sei seit Jahren depressiv. Objektiv handle es sich um einen polarisierten depressiven Affekt. Der Beschwerdeführer sei unruhig, langsam im Bereich der Psychomotorik und entschlossenlos. Der Arzt stellt die Diagnose diabetische Polyneuropathie und diabetische Angiopathie, reaktive Depression, schwere depressive Episode nach ICD-10 F 32.2. Nach Ansicht des Arztes ist der Beschwerdeführer arbeitsunfähig (IV-act. 204).

### **E. 3.3.17**

Gemäss den Feststellungen des Fonds der Alters- und Invalidenversicherung der serbischen Republik, erstinstanzliche Expertenkommission vom 20. Dezember 2010 (Datum der Kontrolle: 14. Dezember 2010) leidet der Beschwerdeführer an einer Diabetes mellitus Typ II, Fettleibigkeit und Hyperlipoproteinämie Typ II a. Seine Sicht sei korrigiert (Lasertherapie), wobei die Sehschärfe beidseitig 1.0 betrage. Er leide an diabetischer Retinopathie non proliferativa, grauem Star sowie an schwerer diabetischer Polyneuropathie. Betreffend den Bewegungsapparat sei die motorische Kraft der oberen Extremitäten symmetrisch geschwächt, er habe diabetische Neuropathie und Axonopathie. In den unteren Gliedmassen leide er an Blutleere in beiden Füßen, der Amputation des linken grossen Zehs, beidseitiger muskulärer Hypotrophie (Muskelschwund) und Hyperpigmentierung der Haut. Gemäss Elektromyoneurographie bestehe eine distale sensomotorische Polyneuropathie schweren Grades mit neurophysiologischen Parametern diabetischer Axonopathie. Neurologisch werden eine Retinopathie und diabetische Polyneuropathie festgestellt. In psychiatrischer Hinsicht werden schlechte Laune («de mauvaise humeur»; «neraspolo enje») und eine Depression festgestellt. Den Beschwerdeführer beschäftigten sein Gesundheitszustand und seine Prognose die Grundkrankheit betreffend. Der untersuchende Arzt, Internist Dr. M. \_\_\_\_\_, ist der Ansicht, beim Beschwerdeführer bestünde eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, die in früheren Untersuchungen nicht festgehalten wurde. Er bescheinigt einen vollständigen Verlust der Arbeitsfähigkeit, die schon zum Zeitpunkt der Einreichung des Gesuchs am 28. Mai 2010 bestanden habe. Dies aufgrund einer Krankheit mit ständigem Charakter. Bis zu diesem Tag habe eine beschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden. Diese Arbeitsunfähigkeit betrage 80 %. Gemäss Kapitel VII / B, Punkt 17 der Liste der physischen Gebrechen [um was für eine Liste es sich handelt, ergibt sich weder aus den Akten noch aus den Ausführungen des Beschwerdeführers], sei das physische Gebrechen des Beschwerdeführers beim Austritt aus dem Krankenhaus am 4. Juni 2010 bei 40 %, erhöht um 10 % für paarweise Organe, also 50 % festzusetzen (IV-act. 205 [Übersetzung] bzw. IV-act. 177[Original]).

### **E. 3.4.1**

Der Arzt des RAD Rhone, Dr. B. \_\_\_\_\_ kommt am 26. Mai 2011 (IV-act. 209) zum Schluss, als Änderungen gegenüber der letzten medizinischen Stellungnahme vom 7. Oktober 2007 stellten sich eine leichte Verschlechterung der Polyneuropathie sowie die Amputation des grossen Zehs am linken Fuss dar. Die übrigen Beschwerden seien stabil geblieben, insbesondere sei die Sicht immer normal und kein Dokument weise auf eine Verschlechterung der Sicht hin; die Diabetes sei immer in der Phase der Dekompensation aber in allgemeiner Weise und man habe (so die Zusammenfassung sinngemäss) die Medikation besser einstellen können; die Beschreibung der Symptome betreffend Stimmung sei die gleiche geblieben; die Arteriopathie der unteren Gliedmassen bleibe in medizinischer Behandlung, denn die Durchblutung sei immer noch zufriedenstellend. Gesamthaft weise der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers keine zusätzlichen funktionellen Einschränkungen auf und die Ausübung einer leichten Tätigkeit vor allem in sitzender Position sei möglich. Der Arzt folgert, die mit dem neuen Gesuch eingereichten medizinischen Unterlagen würden keine Verschlechterung des Gesundheitszustands belegen, die die zuvor gemachten Feststellungen ändern würde.

### **E. 3.4.2**

Nachdem der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gegen den Vorbescheid der IVSTA Einsprache eingelegt hatte, hielt Dr. B. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 17. Oktober 2011 an seiner Auffassung fest (IV-act. 221).

#### **E. 4**

Im Folgenden ist nun einerseits auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, der RAD-Arzt sei als Facharzt für Allgemeine Medizin nicht in der Lage, sämtliche Beschwerden des Versicherten zu beurteilen, einzugehen und andererseits auf die - mittels Verweis auf eine frühere Rechtsschrift - vorgebrachte Auffassung, aus den eingereichten Unterlagen ergebe sich, dass sich sein Zustand seit der Behandlung des letzten Gesuchs deutlich verschlechtert habe. Auf das zweite Vorbringen wird im Folgenden zuerst eingegangen.

#### **E. 4.1**

Vordergründig erfüllt die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. B. \_\_\_\_\_ (E. 3.4.1) die Anforderungen, damit ihr Beweiswert zukommen kann (E. 2.5.2 f.; s.a. E. 2.5.1): Sie beantwortet die gestellten Fragen und setzt sich mit den Vorakten auseinander. Sie erscheint nachvollziehbar. Vergleicht man jedoch die darin gemachten Aussagen mit den eingereichten medizinischen Unterlagen, stellen sich verschiedene Fragen.

#### **E. 4.1.1**

Bezüglich der geltend gemachten psychischen Beschwerden (welche sich auch in einigen der Berichte wiederfinden (E. 3.3.6, 3.3.16 [beide von Dr. G. \_\_\_\_\_] und 3.3.17 [Dr. M. \_\_\_\_\_]) ist hier festzuhalten, dass im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-33/2007 vom 3. März 2009 psychische Beschwerden gerade noch nicht berücksichtigt wurden (E. 7.1 und Bst. J des erwähnten Urteils). Das Bundesgericht setzte sich damit ebenfalls nicht auseinander, ohne dies explizit festzuhalten. In der damals im Rahmen der Vernehmlassung (vor Bundesverwaltungsgericht) erstellten Beurteilung von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2007 (IV-act. 159) wurde diesbezüglich - mit Bezug auf einen Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2007 (IV-act. 152), der festgehalten hatte, der Beschwerdeführer sei depressiv - nur festgestellt, dass bisher nie (und sicher nicht bis zum 23. Januar 2006) zur Diskussion gestanden habe, der Beschwerdeführer sei depressiv (die Diagnose F 32.2 nach ICD-10 [wie im neu vorliegenden Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_, E. 3.3.16] findet sich zwar bereits in IV-act. 80, wurde aber im damaligen Verfahren nicht berücksichtigt). Zwar sind tatsächlich gewisse Ähnlichkeiten in den drei genannten Berichten von Dr. G. \_\_\_\_\_ (IV-act. 152, IV-act. 192 [E. 3.3.6] und IV-act. 204 [E. 3.3.16]) zu finden, doch ändert dies nichts daran, dass bei der früheren Anmeldung eben gerade nicht auf eine mögliche Depression eingegangen wurde. Daher kann nicht gesagt werden, es sei nicht glaubhaft gemacht worden, dass die Situation sich nicht verschlechtert hätte und die Beschreibung der Symptome gleich geblieben sei. Die Stellungnahme des RAD-Arztes erweist sich hier als nicht nachvollziehbar.

#### **E. 4.1.2**

Was die übrigen Diagnosen anbelangt, ist zwar richtig, dass diese - vom amputierten Zeh abgesehen - ähnlich erscheinen, wie die Diagnosen, die für die frühere Verfügung vom 23. November 2006 verwendet wurden. Allerdings ist mit dieser Feststellung nichts über die Schwere der Krankheiten ausgesagt. Die Sicht wird in den letzten Berichten (insb. E. 3.3.17) mit 1.0, also normal, angegeben. Im Gegensatz dazu war in einem älteren Bericht von einer stark eingeschränkten Sicht die Rede (E. 3.3.6). Weiter ist dem RAD-Arzt zwar zuzustimmen, dass der Beschwerdeführer auch mit einem amputierten Zeh eine sitzende

Tätigkeit ausüben kann, jedoch ist der Umstand, dass die Amputation eines Zehs notwendig wurde, Zeichen eines Fortschreitens der zugrundeliegenden Krankheit, nämlich der Diabetes mellitus. Auch war im früheren Verfahren und den dort relevanten Unterlagen von Problemen mit dem rechten Bein/Fuss, insbesondere der zweiten Zehe, die Rede (z.B. IV-act. 28, 42, 69, 73, 105), während nunmehr eine Amputation des linken grossen Zehs vorgenommen wurde. Dass die oberen Gliedmassen von der Krankheit betroffen seien, geht aus den Unterlagen, welche der Verfügung vom 23. November 2006 zugrunde lagen, nicht hervor, findet in den neueren medizinischen Unterlagen hingegen mehrfach Erwähnung (E. 3.3.5, 3.3.14, 3.3.15 [Dr. F. \_\_\_\_\_] und E. 3.3.17 [Dr. M. \_\_\_\_\_]). Aus einigen Berichten der behandelnden Ärzte und Kliniken geht zudem hervor, dass es Einstellungsprobleme betreffend Insulin gibt (E. 3.3.1 [Dres. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_], E. 3.3.4 [Dr. E. \_\_\_\_\_] und E. 3.3.11 [Dr. J. \_\_\_\_\_]). Aus weiteren Berichten ergibt sich jedoch auch zumindest eine gewisse Stabilisierung (E. 3.3.4 [Dr. E. \_\_\_\_\_] und E. 3.3.8 [Dres. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_]). Weiter halten einige Berichte fest, dass der Beschwerdeführer (zumindest teilweise) arbeitsunfähig sei (E. 3.3.6 [80 %], 3.3.16 [Grad unbekannt; beide Berichte von Dr. G. \_\_\_\_\_] und E. 3.3.17 [vollständig bzw. körperlich: 50 % bzw. 80 %; Dr. M. \_\_\_\_\_]). Ausserdem bescheinigen verschiedene Ärzte dem Beschwerdeführer eine teils signifikante Verschlechterung des Gesundheitszustands (E. 3.3.5, 3.3.14 [beide Berichte von Dr. F. \_\_\_\_\_], E. 3.3.6 [Dr. G. \_\_\_\_\_] und E. 3.3.17 [Dr. M. \_\_\_\_\_]). Damit - und dies ist hervorzuheben - bescheinigt die Expertenkommission des serbischen Versicherungsträgers (für die Dr. M. \_\_\_\_\_ unterzeichnete) in ihrer neusten Begutachtung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und neu eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Darauf geht der RAD-Arzt nicht ein.

#### **E. 4.2**

Auch wenn einige der Berichte nicht besonders ausführlich sind, so ergibt sich aus ihnen für das Bundesverwaltungsgericht doch eindeutig, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers gegenüber jenem, welcher zuletzt beurteilt worden war, verschlechtert hat. Es gelingt dem Beschwerdeführer mit den eingereichten Unterlagen auch, eine für den Anspruch erhebliche Änderung glaubhaft zu machen, indem mindestens zwei Ärzte (darunter Dr. M. \_\_\_\_\_, der für die Expertenkommission des serbischen Versicherungsträgers unterzeichnete) von einer mindestens 50 %igen Arbeitsunfähigkeit - auch in Bezug auf leichte Tätigkeiten - ausgehen (E. 3.3.6 [Dr. G. \_\_\_\_\_] und E. 3.3.17 [Dr. M. \_\_\_\_\_]). Ob tatsächlich eine invaliditätsbegründende Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ist bei der Eintretensfrage auf eine Neuanmeldung nicht zu prüfen. Es genügt, dass wenigstens gewisse Anhaltspunkte dafür bestehen (E. 2.6.3). Nach Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts ergeben sich aus den genannten Berichten genügend solcher Anhaltspunkte. Insbesondere fällt auf, dass Einstellungsprobleme in Bezug auf die Medikation gegen die Diabetes mellitus zu bestehen scheinen, so dass sich die dadurch verursachten Krankheiten und Beschwerden verschlimmern. Die Vorinstanz hätte somit auf das Gesuch des Beschwerdeführers eintreten müssen.

#### **E. 4.3**

Die Frage, ob der RAD-Arzt Dr. B. \_\_\_\_\_ über die notwendige Qualifikation verfügt, wäre in Bezug auf den Einzelfall zu klären (vgl. z.B. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C 601/2011 vom 5. Dezember 2013 E. 6.3.2, C 7730/2007 vom 18. Mai 2009 E. 4.4.3). Hier kann diese Frage indessen offen gelassen werden, weil nach

dem Gesagten die Beschwerde ohnehin gutzuheissen ist, soweit darauf einzutreten ist. Die vorinstanzliche Verfügung vom 21. Oktober 2011 ist aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Anweisung, auf die Neuanschuldung einzutreten, die Sache materiell zu prüfen und anschliessend eine neue Verfügung zu erlassen.

#### **E. 5**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind keine Verfahrenskosten aufzu-erlegen (vgl. Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG, Art. 6 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]), und dem Beschwerdeführer ist der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.-- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Als obsiegende Partei hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihm erwachsenen notwendigen Kosten (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 und 2 VGKE). Im vorliegenden Fall hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers keine Honorarnote eingereicht, weshalb die Parteientschädigung aufgrund der Akten und nach Ermessen festzulegen ist (vgl. Art. 8 ff. und 14 VGKE). Dem Beschwerdeführer ist zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 400.-- zuzusprechen. (Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite.)

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