

# **BVGer B-2858/2011 vom 4. Juni 2012**

Bundesverwaltungsgericht, 2012-06-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_B-2858\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-2858_2011)

FR: TAF B-2858/2011 du 4 juin 2012

IT: TAF B-2858/2011 del 4 giugno 2012

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die Vorinstanz, die mit Verfügungen über Rentengesuche von Grenzgängerinnen und Grenzgängern befasst ist (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 40 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

### **E. 1.2**

Der Beschwerdeführer war Grenzgänger. Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV hierfür vorgesehen, hat die IV-Stelle AG, in deren Tätigkeitsgebiet der Versicherte in seiner Eigenschaft als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, in korrekter Weise die Anmeldung für Leistungen der IV entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 19. April 2011 erlassen hat.

### **E. 1.3**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

### **E. 1.4**

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 19. April 2011. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

### **E. 1.5**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

## **E. 2**

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, nachfolgend: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (EWG, SR 0.831.109.268.1) haben die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität, die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4), insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11).

### **E. 2.2**

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. April 2011 in Kraft standen (Bestimmungen der 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmepaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

### **E. 2.3**

Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG])

erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor In-Kraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

### **E. 3.1**

Im Streit liegt eine Verfügung, mit welcher die Vorinstanz auf eine Neuanmeldung nicht eingetreten ist. Der Streitgegenstand beschränkt sich somit im vorliegenden Verfahren einzig auf die Frage, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf das neue Leistungsgesuch des Beschwerdeführers eingetreten ist. Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

### **E. 3.2**

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 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 3.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

### **E. 3.4**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Leistungsbegehren glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die in Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV genannte Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Art. 87 Abs. 4 IVV beruht auf dem Grundgedanken, dass die Rechtskraft der früheren Verfügung einer neuen Prüfung so lange entgegensteht, als der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht in rechtserheblicher Weise verändert hat. Um zu verhindern, dass sich die Verwaltung mit gleich lautenden und nicht

näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhaltes darlegenden Rentengesuchen befassen muss, ist sie nach Eingang einer Neuanschuldung demnach zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (Urteil des Bundesgerichts [BGer] I 489/05 vom 4. April 2007 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 109 V 262 E. 3, Urteil BGer 9C\_68/2007 vom 19. Oktober 2007 E. 3.3 sowie Urteil BGer 9C\_286/2009 vom 28. Mai 2009 E. 2.2). Als glaubhaft dargetan erweisen sich anspruchserhebliche Sachumstände dann, wenn für ihr Vorhandensein zumindest medizinische oder andere objektivierbare Anhaltspunkte bestehen; selbst wenn in concreto noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete rentenrelevante Veränderung nicht erstellen lassen (vgl. Urteil BGer 9C\_286/2009 vom 28. Mai 2009 E. 2.2.2 mit Hinweisen sowie BGE 109 V 25 E. 3c). Erweisen sich geltend gemachte anspruchserhebliche Sachumstände nicht als glaubhaft, so hat die Verwaltung auf die Neuanschuldung ohne materielle Prüfung nicht einzutreten. Andernfalls muss sie materiell umfassend abklären und beurteilen, ob der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung - überwiegend wahrscheinlich (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen) - eine rentenrelevante Änderung erfahren hat (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b). Eine Änderung des Invaliditätsgrades setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Ausgangspunkt zur Beurteilung dieser Veränderung ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, vorliegend der Verfügung vom 18. Juni 2009. Diesem Ausgangszeitpunkt ist als aktuellem Referenzzeitpunkt der Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung, vorliegend also der 19. April 2011, gegenüberzustellen (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1). Die Veränderung der Verhältnisse zwischen den beiden zeitlichen Referenzpunkten muss erheblich sein, das heisst hinsichtlich der Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad rentenwirksam sein (siehe Art. 17 ATSG, BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten - welche gleichermassen für das Neuanschuldungsverfahren gelten (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2; Urteil EVG I 658/05 vom 27. März 2006 E. 4.4) - ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a).

#### **E. 4**

Bei der ursprünglichen Verfügung vom 18. Juni 2009 ging die Vorinstanz nach durchgeführter Sachverhaltsabklärung davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit mit einem 100 % Pensum zumutbar sei. Die Vorinstanz verneinte einen Rentenanspruch bei einem berechneten Invaliditätsgrad von 10 % (vgl. IV act. 33). Dieser Entscheid wurde vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 17. August 2010 geschützt. Gemäss den dargelegten Grundsätzen (E. 3.4 hiavor) ist nachfolgend zu prüfen, ob der Beschwerdeführer im Rahmen der Neuanschuldung auf Grund der eingereichten medizinischen Unterlagen glaubhaft gemacht hat, dass sich sein

Gesundheitszustand bzw. seine Erwerbsfähigkeit seit dem 18. Juni 2009 in anspruchserheblicher Weise verschlechtert hat, so dass die Vorinstanz auf das Leistungsgesuch hätte eintreten müssen. Dabei gilt festzuhalten, dass das Gericht bei der beschwerdeweisen Überprüfung in der Regel auf den Sachverhalt abstellt, wie er sich der Verwaltung bot. Nachfolgend zu würdigen sind auch die im vorliegenden Verfahren eingereichten medizinischen Unterlagen neueren Datums, sofern diese mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Verfügungszeitpunkt zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

## **E. 5**

Die Vorinstanz stützte sich bei ihrem abweisenden Entscheid im Jahre 2009 massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten vom 9. Juni 2008 des ärztlichen Begutachtungsinstituts (nachfolgend: MEDAS-Gutachten), welchem sie vollen Beweiswert zuerkannte, was auch vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 17. August 2010 bestätigt wurde. Diesem Gutachten sind folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen: - chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD, ICD-10 J44.9): 2005 leichte bronchiale Hyperreagibilität, leichte bis mittelschwere Obstruktion, kleines bullöses Lungenemphysem, CT 11/05 (ICD-10 J43.9) sowie basal betonte Lungenfibrose 02/06 (ICD-10 J84.1) - rezidivierende Pneumonien (ICD-10 J18.9): erstmals 08/05 links pulmonal; zweimalige Pneumonie links 10/05, Pneumonie linker Oberlappen 11/05 mit Nachweis Meticillin-resistenter Staphylococcus aureus endobronchial, resistenzgerechte antibiotische Therapie mit Cotrim 11/05 und Linezolid 02/06. Ferner wurden folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9): Übergewicht, BMI 29,2 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.9), arterielle Hypertonie (ICD-10 I10), Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0), Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.7) mit Verdacht auf beginnende diabetische Polyneuropathie, Hyperurikämie (ICD-10 E79.0) - geringe, diffuse Koronararteriosklerose, Koronarographie 07/05 (ICD-10 I25.1): Risikofaktoren: metabolisches Syndrom, Status nach Nikotinabusus - Refluxkrankheit bei axialer Gleithernie (ICD-10 K21.0) - Struma nodosa Grad II (ICD-10 E04.9): euthyreote Stoffwechsellage (aktuelles Labor) - leichte Frischgedächtnisstörung unklarer Ätiologie - Leberenzymhöhung unklarer Ätiologie: Hepatitis-Serologien aktuell negativ, kein Alkoholkonsum, DD Steatohepatitis bei Diagnose "metabolisches Syndrom", medikamentös induziert, andere Ursachen. Insgesamt erachteten die untersuchenden Gutachter den Beschwerdeführer seit Februar 2006 in seiner früheren Tätigkeit als Lastwagenchauffeur zu 50 % und in einer leichten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

## **E. 6.1**

Im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens reichte der Beschwerdeführer bei der Vorinstanz folgende - im ersten Rentenprüfungsverfahren noch nicht berücksichtigte - Unterlagen ein:

### **E. 6.1.1**

Mit Bescheid des Landratsamtes C. \_\_\_\_\_ vom 10. März 2010 wurde der Behinderungsgrad beim Beschwerdeführer seit dem 5. November 2009 auf 80 % festgesetzt. Zusätzlich wurde festgehalten, dass sich sein Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert habe und eine Schwerbehinderteneigenschaft vorliege. Es wurden folgende Diagnosen aufgelistet: - Bronchialasthma, Chronische Bronchitis, Lungenblähung, Respiratorische Insuffizienz, Psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, Schwindel,

Depressive Verstimmung, Anpassungsstörung - Bluthochdruck, Koronare Herzkrankheit - Wiederkehrende Nesselsucht (Urticaria) - Refluxkrankheit der Speiseröhre, Speiseröhrengleitbruch - Atheromatose Arteria carotis communis beidseits - Leberschaden

#### **E. 6.1.2**

Im Arztbericht von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 16. September 2010 führte dieser aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verschlechtert habe. Er betrachte ihn als nicht mehr erwerbsfähig. Dr. med. B. \_\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer folgende Diagnosen: Fortgeschrittene MRSA-assozierte, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung mit Hypoxämie, Ruhe- und Belastungsdyspnoe, regelmässige Fischerschübe, Bronchialasthma, Chronische Bronchitis, Lungenblähungen, Respiratorische Insuffizienz, Psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, Schwindel, Depressive Verstimmung, Anpassungsstörung, Bluthochdruck, Koronare Herzkrankheit, Wiederkehrende Nesselsucht (Urticaria), Refluxkrankheit der Speiseröhre, Speiseröhrengleitbruch, Atheromatose Arteria carotis communis beidseits und Leberschaden.

#### **E. 6.1.3**

Gemäss der ärztlichen Bescheinigung von Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2010 leide der Beschwerdeführer aus neuro-psychiatrischer Sicht an einer schweren Anpassungsstörung sowie an einer länger anhaltenden depressiven Reaktion. Er sei wegen der erheblichen Chronifizierungstendenz nicht mehr in der Lage, einer wesentlichen Erwerbstätigkeit von wirtschaftlichem Wert nachzugehen.

#### **E. 6.1.4**

Des Weiteren reichte der Beschwerdeführer einen Medikamentenplan, eine ärztliche Bestätigung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ über die Kosten der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente des Beschwerdeführers vom 19. April 2010 sowie eine ärztliche Bescheinigung von Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 3. August 2009 ein.

#### **E. 6.2**

Die Ärztin des Regionalärztlichen Dienstes der Vorinstanz (nachfolgend: RAD) Dr. med. H. \_\_\_\_\_, führte in ihrer Stellungnahme vom 26. November 2010 aus, dass nach Prüfung der Akten und der neu eingereichten Unterlagen keine konkreten Befunde oder Diagnoseänderungen vorliegen würden, die eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Gerichtsentscheid begründen würden. Weitere Abklärungen seien deshalb nicht notwendig (vgl. IV act. 74 S. 2).

#### **E. 6.3**

Es ist der RAD-Ärztin zwar darin zuzustimmen, dass die mit der Neuanschuldung eingereichten Berichte im Wesentlichen die gleichen Diagnosen beinhalten wie das MEDAS-Gutachten. Doch kann eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades allerdings auch dann glaubhaft erstellt sein, sofern sich ein Leiden - bei gleicher Diagnose - in seiner Intensität und/oder in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (vgl. Urteil BGer 9C\_286/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.2.2 mit Hinweisen). Es erstaunt deshalb, dass die RAD-Ärztin trotz des Vorliegens des Bescheides des Landratsamtes C. \_\_\_\_\_ vom 10. März 2010, in dem eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers beschrieben, sein Behinderungsgrad daher seit dem 5. November 2009 auf 80 % festgesetzt und ihm das Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft

attestiert wird, keine weiteren Abklärungen für notwendig erachtet. Ihre Stellungnahme vermag daher nicht zu überzeugen. Die Vorinstanz hat zwar in der Folge den Beschwerdeführer aufgefordert weitere Unterlagen einzureichen. Nachdem der Beschwerdeführer daraufhin diverse medizinische Unterlagen, insbesondere einen Arztbericht von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 10. Februar 2011 sowie von Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2011, eingereicht hat, ist die Vorinstanz - ohne erneute Einholung einer RAD-Beurteilung - auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten. Der Beschwerdeführer hat sodann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens weitere - teilweise noch nicht aktenkundige bzw. neuere - medizinische Unterlagen eingereicht, welche die Vorinstanz erneut nicht dem RAD zur Beurteilung vorgelegt hat. Wie unter E. 4 dargelegt, sind auch diese Unterlagen zu würdigen, sofern sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Verfügungszeitpunkt zu beeinflussen. Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob der Beschwerdeführer anhand der im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat, so dass die Vorinstanz auf seine Neuanmeldung hätte eintreten sollen.

## **E. 7**

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer folgende teilweise noch nicht aktenkundige bzw. neuere, medizinische Unterlagen ein:

### **E. 7.1**

Im internistisch-pneumologischen Akten-Gutachten der Lungenfachklinik E. \_\_\_\_\_ vom 30. November 2009 listeten Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Sportmedizin, Rettungsmedizin und Schlafmedizin, und Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin, die Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers auf. Des Weiteren führten sie aus, dass anlässlich des stationären Aufenthaltes des Beschwerdeführers vom 8. September bis 15. September 2009 folgende Diagnosen gestellt werden konnten: - COPD: - schwergradige respiratorische Insuffizienz - kleinbullöses Lungenemphysem (Thorax-CT vom 02/2006) - Nikotinabusus bis 04/2005 (kumulativ 40 packyears) - Restriktive Ventilationsstörung - Pneumonie rechts (08/2009 Kreiskrankenhaus C. \_\_\_\_\_) - Geringgradige Koronarsklerose ohne bedeutsame Stenosen - letzte Koronarangiographie 07/2005 Herzzentrum N. \_\_\_\_\_ - Arterielle Hypertonie - Hyperlipidämie - Struma Grad I bis II mit bifokaler Autonomie (ED 09/2005) - aktuell euthyreot - Refluxösophagitis bei axialer Gleithernie (anamnestisch) - Hepatopathie unklarer Genese - Depressive Episode - Übergewicht nach WHO (BMI 28 kg/m<sup>2</sup>) Das Hauptproblem beim Beschwerdeführer würden sie in seiner pulmonalen Grunderkrankung mit einer COPD (Chronisch-obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem), begleitet mit einer respiratorischen Insuffizienz sowie einer geringgradigen restriktiven Ventilationsstörung, sehen. Aktuell bestünde eine erfolgreiche Therapie der infektexazerbierten COPD, bei einer initialer schwergradiger respiratorischer Insuffizienz bei alveolärer Hyperventilation habe sich im Verlauf nur noch eine geringgradige respiratorische Insuffizienz gefunden. Diese sei unter leichter Belastung (Oxyergometrie) weitgehend unverändert geblieben. Eine Sauerstoff-Langzeit-Therapie sei nicht indiziert gewesen. In halbsitzender Position sei der Beschwerdeführer ohne Sauerstoff 6 Minuten mit 50 Watt belastet worden. Blutgasanalytisch habe sich unter Raumluft vor der Belastung sowie am Belastungsende eine geringgradige respiratorische Insuffizienz, allerdings mit einem minimalen pO<sub>2</sub>-Abfall unter Belastung gezeigt. Somit wäre die Ausübung einer leichten körperlichen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (hierzu zählen etwa

Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, einfaches Bedienen von Maschinen, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen) in zeitlichem Umfang von 3 bis unter 6 Stunden täglich zumutbar. Aufgrund der pulmonalen Grunderkrankung würden sie jedoch eine überwiegend sitzende Tätigkeit empfehlen, hierbei sollte der Beschwerdeführer keine Gewichte über 5 kg heben oder tragen.

#### **E. 7.2**

Ein ärztlicher Bericht der Lungenfachklinik E. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2010, welcher nach dem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 25. November bis zum 1. Januar 2010 erstellt wurde. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin, Pneumologie und Allergologie, und Dr. med. J. \_\_\_\_\_ bestätigten darin weitestgehend die gestellten Diagnosen des internistischen-pneumologischen Gutachtens vom 30. November 2009. Im Unterschied zum Gutachten diagnostizierten sie nun ein COPD Stadium II nach Gold mit einer mittelgradigen respiratorischen Insuffizienz.

#### **E. 7.3**

In der ärztlichen Bescheinigung von Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2011 attestierte dieser dem Beschwerdeführer unverändert eine schwere Anpassungsstörung und führte aus, dass sich seine Depression unter der schwierigen sozialen Situation im Laufe der letzten Zeit verschlechtert habe. Der Beschwerdeführer sei aus neuropsychiatrischer Sicht nicht in der Lage, eine wesentliche Erwerbstätigkeit von wirtschaftlichem Wert zu leisten.

#### **E. 7.4**

Ein ärztliches Attest von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 10. Februar 2011, wonach der Beschwerdeführer unter einer fortschreitenden Verschlechterung des AZ und der Belastbarkeit aufgrund multifaktorieller Morbidität leide. Insbesondere die respiratorische Insuffizienz sei progredient. Der Beschwerdeführer leide an rezidiv. Pneumonien, Fieberschüben und sei zusätzlich aufgrund seiner depressiven Erkrankung auf Dauer nicht arbeits- bzw. erwerbsfähig. Des Weiteren sei der Beschwerdeführer bereits zu 80 % schwerbeschädigt.

#### **E. 7.5**

Im vorläufigen Entlassungsbericht vom 8. April 2011, der nach der stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 30. März 2011 bis 8. April 2011 erstellt wurde, wurde zu den bereits bekannten Diagnosen zusätzlich eine Unterlappenpneumonie links diagnostiziert. Es wurde ausgeführt, dass seit 8 Tagen ein fieberhafter Atemwegsinfekt nach vorausgegangener antibakterieller Therapie bestehe.

#### **E. 7.6**

Im Bericht der Lungenfachklinik E. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2011 führten Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin, Pneumologie, Notfallmedizin, Schlafmedizin und Allergologie, und Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin, aus, dass der Beschwerdeführer am 9. November 2011 mit einem fieberhaften Infekt, der unter antibiotischer Therapie mit Cotrim forte persistierte, in die stationäre Behandlung aufgenommen worden sei. Sie stellten beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen: - Rezidiv-Pneumonie linker Unterlappen - Pneumonie linker Unterlappen 03/2011 (E. \_\_\_\_\_) und 08/2009 (Kreiskrankenhaus C. \_\_\_\_\_) - restriktive Ventilationsstörung - COPD im Stadium IV nach GOLD - mittelgradige respiratorische Insuffizienz - Sauerstofflangzeit-Therapie seit 2007 - kleinbullöses Lungenemphysem (Thorax-CT vom

01/2006 und 06/2011) - Nikotinabusus bis 04/2005 (kumulativ 40 packyears) - Geringgradige Koronarsklerose ohne bedeutsame Stenosen - letzte Koronarangiographie 07/2005 (Herzzentrum N.\_\_\_\_\_) - Arterieller Hypertonus - Hyperlipidämie - Struma 1. und 2. Grades mit bifokaler Autonomie (ED 09/2005) - aktuell euthyreot - Refluxösophagitis bei axialer Gleithernie (anamnestisch) - Hepatopathie unklarer Genese - Übergewicht nach WHO (BMI 28 kg/m<sup>2</sup>) - Mundsoor Zusätzlich führten Dr. med. L.\_\_\_\_\_ und Dr. med. M.\_\_\_\_\_ aus, dass bei der Aufnahme des Beschwerdeführers laborchemisch deutlich erhöhte Infektparameter bestanden hätten. Röntgenologisch hätten sie ein deutliches Infiltrat im linken Unterlappen gesehen. Es habe sich dabei um eine Rezidivpneumonie des linken Unterlappens gehandelt, welche bereits drei Mal in den letzten zwei Jahren vorgelegen sei. Blutgasanalytisch hätten sich bei Raumluft initial eine schwerstgradige respiratorische Insuffizienz mit ausgeglichenen Werten unter Sauerstoffinsufflation von 2l/min. Im Verlauf ausgeglichene Werte unter Sauerstoffinsufflation von 1 l/min. Bodyplethysmographisch teilreversible schwergradige Obstruktion bei forcierter Atmung und mittelgradige, nicht reversible Überblähung und geringgradige Restriktion. Im CO-Diffusionstest habe sich kein Hinweis auf eine Gasaustauschstörung gefunden. Ein Hinweis auf eine beginnende Erschöpfung der Atemmuskelpumpe habe sich in der Atemantriebs- und Muskulaturstärkemessung ergeben. Im Verlauf rückläufige Tendenz und deutlich rückläufige entzündliche Laborparameter. Bronchoskopisch hätten sich Zeichen der chronisch atrophischen Bronchitis mit Exazerbation gefunden. Am 23. November 2011 sei die Entlassung des Beschwerdeführers in die ambulante Weiterbehandlung erfolgt. Aufgrund des Krankheitsverlaufes und des ständigen Sauerstoffbedarfs würden sie den Beschwerdeführer nicht mehr für erwerbsfähig halten.

#### **E. 7.7**

Die Berichte von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2011 und von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 7. März 2012 betreffen die erstmals mit Schreiben des Beschwerdeführers vom 20. Dezember 2011 geltend gemachten Rücken- und Hüftschmerzen. Diese Beschwerdebilder haben im Verfügungszeitpunkt noch nicht vorgelegen. Es fehlt daher der enge Sachzusammenhalt zum Streitgegenstand (vgl. E. 4), weshalb diese Berichte bei der vorliegenden Beurteilung, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eingetreten ist, ausser Acht gelassen werden.

#### **E. 8**

Aus den Akten geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer seit der rentenverneinenden Verfügung vom 18. Juni 2009 bis Ende 2011 insgesamt fünf Mal in stationärer Behandlung befand. Nach Meinung der behandelnden Ärzte hat sich beim Beschwerdeführer trotz medizinischen Behandlungen und Therapien keine Besserung des Gesundheitszustandes eingestellt. Im Gegenteil - sie führen übereinstimmend aus, dass sich der Gesundheitszustand im Laufe der Zeit verschlechtert habe. Während die Ärzte der Lungenfachklinik E.\_\_\_\_\_ die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im November 2009 auf 3 bis unter 6 Stunden täglich für leichte körperliche und überwiegend sitzende Tätigkeiten festlegen, erachten sie den Beschwerdeführer im November 2011, insbesondere auch aufgrund des ständigen Sauerstoffbedarfs als nicht mehr arbeitsfähig. Auffallend ist ebenfalls die Heraufstufung der attestierten COPD Erkrankung vom Stadium Gold II in das Stadium Gold IV. Die Gold-Stadien zeigen an, wie weit die Lungenkrankheit COPD bei den Betroffenen fortgeschritten ist. Diese Beurteilungen der behandelnden Ärzte stellen objektive Hinweise für eine Verschlimmerung des Leidens des Beschwerdeführers

dar, die durchaus eine rentenrelevante Auswirkung auf den Invaliditätsgrad haben kann. Das Bundesverwaltungsgericht erachtet daher die geltend gemachte Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen aufgrund der eingereichten medizinischen Unterlagen als glaubhaft gemacht. Die Vorinstanz hätte demnach auf das Leistungsgesuch eintreten und abklären müssen, wie sich die tatsächlichen Grundlagen seit der rentenverneinenden Verfügung vom 18. Juni 2009 verändert haben und ob diese tatsächlichen Änderungen zu einer anderen Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und des Zumutbarkeitsprofils führen, als im Zeitpunkt der Rentenabweisung angenommen. Angesichts der vorstehenden Darlegung ist zusammenfassend festzustellen, dass die Vorinstanz zu Unrecht nicht auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers eingetreten ist. Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 19. April 2011 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 15. November 2010 materiell einlässlich prüfe und anschliessend neu verfüge.

#### **E. 9.1**

Die Verfahrenskosten hat in der Regel die unterliegende Partei zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der unterliegenden Vorinstanz sind allerdings keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

#### **E. 9.2**

Da dem obsiegenden Beschwerdeführer, welcher nicht anwaltlich vertreten ist, keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, ist ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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