

# **BVGer B-4288/2013 vom 2. Juli 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-07-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_B-4288\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-4288_2013)

FR: TAF B-4288/2013 du 2 juillet 2015

IT: TAF B-4288/2013 del 2 luglio 2015

## **Regeste**

Invalidenversicherung (Übriges)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA. Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA (Vorinstanz) vom 18. Juni 2013. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG besteht nicht. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.2**

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der Verfügung vom 18. Juni 2013 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

### **E. 1.3**

Im Streit liegt eine Verfügung, mit welcher die Vorinstanz auf eine Neuanschuldung nicht eingetreten ist. Das Bundesverwaltungsgericht hat dabei lediglich zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf die Neuanschuldung eingetreten ist (vgl. BGE 132 V 74 E. 1.1 m.w.H.). Soweit der Beschwerdeführer beantragt, es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen, ist deshalb auf die Beschwerde nicht einzutreten. Über das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege im Vorbescheidverfahren hat die Vorinstanz nicht in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 18. Juni 2013, sondern in der bereits früher ergangenen Verfügung vom 12. März 2013 entschieden (vgl. Sachverhalt Bst. D). Jene Verfügung wurde hiernach infolge des ungenutzten Ablaufs der Rechtsmittelfrist rechtskräftig. Damit ist auch auf den Antrag des Beschwerdeführers, die Sache sei an die Vorinstanz zum neuen Entscheid über die unentgeltliche Rechtspflege zurückzuweisen, mangels Streitgegenstands im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht einzutreten.

### **E. 1.4**

Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren VwVG; SR 172.021) eingereichte Beschwerde ist damit im dargelegten Umfang einzutreten.

## **E. 2**

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

### **E. 2.1**

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 203 E. 2b, 122 V 382 E. 1, 119 V 101 E. 3). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien und Mazedonien), nicht aber mit Serbien oder mit dem Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als Bürger von Serbien findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Bestimmungen, die hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente und der anwendbaren Verfahrensbestimmungen von dem in Art. 2 des Abkommens aufgestellten Grundsatz der Gleichstellung abweichen, finden sich weder im Abkommen selbst noch in den seitherigen schweizerisch-jugoslawischen Vereinbarungen. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe richten sich demnach allein nach den schweizerischen Rechtsvorschriften, insbesondere dem IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), dem ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E.2.4; AHI-Praxis 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 [heute: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a). Für die Ausübung der freien (d.h. pflichtgemässen und umfassenden) Beweiswürdigung ist hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts I268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

### **E. 2.2**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: vom 18. Juni 2013) 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).

### **E. 2.3**

Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrens-rechtlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). 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; BGE 130 V 445). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Juni 2013 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind.

### **E. 2.4**

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. 3**

Der Beschwerdeführer bezog in der Zeit von Juli 2005 bis Mai 2006 eine ganze Invalidenrente. Sein neues Leistungsgesuch vom 6. März 2009 hat die kantonale IV-Stelle mit Verfügung vom 1. Dezember 2010 abgewiesen aufgrund eines Invaliditätsgrads von 0 %. Am 14. Oktober 2011 hat der Beschwerdeführer bei der Vorinstanz erneut ein Leistungsgesuch gestellt. Vorliegend ist durch das Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 18. Juni 2013 zu Recht auf das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 14. Oktober 2011 nicht eingetreten ist.

### **E. 3.1**

Wenn eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert wurde, wird gemäss Art. 87 Abs. 4 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201, in der Fassung gültig bis zum 31. Dezember 2011) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen von Art. 87 Abs. 3 IVV erfüllt sind. Danach ist im Leistungsbegehren, gleich wie im Revisionsgesuch, glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute: Bundesgericht] I 658/05 vom 27. März 2006 E. 4.4). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch

ab. Anderenfalls hat sie zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

### **E. 3.2**

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 Gesundheitszustands) beruht. In ihrer Verfügung vom 1. Dezember 2010 hat die kantonale IV-Stelle den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente unter Berücksichtigung aktueller medizinischer Unterlagen materiell geprüft und einen Einkommensvergleich vorgenommen. Damit stellt der 1. Dezember 2010 vorliegend der Ausgangszeitpunkt für die Frage dar, ob eine invaliditätsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist. Diesem Ausgangszeitpunkt ist der Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 18. Juni 2013 als aktuellen Referenzzeitpunkt gegenüberzustellen (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1).

### **E. 3.3**

Zu berücksichtigen ist lediglich eine erhebliche Veränderung der Veränderung der Verhältnisse zwischen den beiden zeitlichen Referenzpunkten, welche sich rentenwirksam auf den Invaliditätsgrad auswirkt (siehe Art. 17 ATSG, BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten (vgl. hierzu vorangehende E. 3.1) 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; Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute: Bundesgericht] I 574/02 vom 25. März 2003 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_379/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2).

### **E. 4**

Den Akten der kantonalen IV-Stelle ist zu entnehmen, dass sich der Versicherte im April 2006 infolge einer Femurkopfnekrose eine totale Endoprothese anstelle der rechten Hüfte implantieren lassen musste (IV-Akt. 43). Ebenfalls wird eine singuläre Rippenfraktur von September 2004 erwähnt (IV-Akt. 72 S. 21). Das Universitätsspital B. \_\_\_\_\_ berichtete sodann von Hospitalisierungen des Versicherten in der Zeit von Oktober 2007 bis Januar 2008 sowie von April bis Mai 2008 infolge einer alkoholbedingten Entzündung der Bauchspeicheldrüse mit einer Colonperforation der linken Flexur, Dünndarmfistelung sowie anämisierender oberen GIT-Blutung und E. coli Sepsis. In der Folge habe es beim Versicherten eine subtotale Kolektomie, eine Pankreasnekrosektomie, eine Lavage, eine endständige Ileostomie sowie eine endständige Sigmoidstomie als Schleimfistel durchgeführt (IV-Akt. 72 S. 19-22). Ebenfalls dokumentiert ein Operationsbericht des Universitätsspitals B. \_\_\_\_\_ die beim Versicherten im November 2007 sowie im August 2008 durchgeführten Narbenhernienplastiken infolge einer epigastrischen Narbenhernie (vgl. IV-Akt. 72 S. 17-18). Noch im September 2008 stellte das Universitätsspital B. \_\_\_\_\_ sehr ausgeprägte Schmerzen dorsal an der rechten Hüfte sowie im Bereich der

lumbalen Rückenmuskulatur fest. Die Beinverlängerung rechts von rund 1.5 Zentimeter werde durch Einlagen korrigiert (IV-Akt. 72 S. 15-16). Im Arztbericht zur Beurteilung des Rentenanspruches vom 3. November 2009 stellte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für innere Medizin, B.\_\_\_\_\_, die folgenden Diagnosen: · schwerer Aethylabusus mit/bei o Kolonperforation mit Dünndarmfistel von Oktober 2007 bei \* arthylischer Pankreatitis im Oktober 2007, \* oberer anämisierender gastro-intestinaler Blutung, o Sepsis mit E. coli im Oktober 2007, · Status nach subtotaler Hemikolektomie, Nekrosektomie, Lavage und Sigmoidostomie von November 2011, · second look-Laparotomie und Cholezystektomie von November 2007, · Ileosigmoidostomie von Mai 2008, · Femurkopfnekrose rechts, · schwere sekundäre Coxarthrose rechts, · Status nach Anbohrung Femurkopf rechts von Juli 2004, · Status nach Hüft-TP (Totalprothese) rechts von April 2006, persistierende Hüftschmerzen, · rezidivierende depressive Phasen. Der Versicherte habe immer wieder Schmerzen im Bereich des rechten Beckenkammes sowie eine Tendenz zu Durchfall seit der Darmoperation. Seit dem 1. Dezember 2008 sei er für leichte körperliche Tätigkeiten wieder zu 100 % arbeitsfähig. Der fortgesetzte Alkoholmissbrauch erschwere jedoch die Ausübung vieler Tätigkeiten (IV-Akt. 72 S. 2-6). Nach seinem Wegzug aus der Schweiz (vgl. Sachverhalt Bst. C) reichte der Beschwerdeführer bei der kantonalen IV-Stelle mehrere Kurzberichte seiner behandelnden Ärzte aus Serbien ein: Der Orthopäde Dr. med. D.\_\_\_\_\_ erklärte den Versicherten am 17. November 2009 infolge der Folgen der Hüftgelenksoperation für arbeitsunfähig (IV-Akt. 77 S. 6). Auch Dr. E.\_\_\_\_\_, Spezialarzt für Chirurgie, schrieb den Versicherten am 17. November 2009 aufgrund der gesundheitlichen Auswirkungen der durchgeführten Nekrektomie (Entfernung von abgestorbenen Gewebebezirken) und Ileostomie (Erstellung eines künstlichen Darmausgangs) zu 90 % arbeitsunfähig (IV-Akt. 77 S. 4). Der Pneumophysiologe Dr. F.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 18. November 2009 TBC sec fibrosa pulm. I dex. sowie Adhesio pleurae bas. sin und verordnete dem Versicherten eine symptomatische Therapie (IV-Akt. 77 S. 10). Gemäss dem Bericht des Neuropsychiaters Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2009 sei der Versicherte während mehrerer Jahre wegen Lungentuberkulose behandelt worden, bevor er sich (im Jahr 2006) einem orthopädischen Eingriff unterzogen habe. Ebenfalls weise der Versicherte Zeichen verstärkter Angst und Elemente eines psychosomatischen Syndroms auf. Dr. G.\_\_\_\_\_ stufte den Versicherten als für jegliche physisch oder psychisch anstrengendere Tätigkeiten arbeitsunfähig ein (IV-Akt. 77 S. 2). Mit Blick auf diese Vorgeschichte bescheinigte die RAD-Ärztin der kantonalen IV-Stelle, Dr. H.\_\_\_\_\_, in ihren Stellungnahmen vom 20. Januar 2010 und 22. Juni 2010 dem Versicherten eine ganztägige Arbeitsfähigkeit für leichtere Arbeiten. Sie stützte sich dabei hauptsächlich auf die ausführlichen Abklärungen der Universität B.\_\_\_\_\_ und von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, wohingegen sie die eher knappen serbischen Arztzeugnisse, in denen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers überdies kontrovers beurteilt worden sei, als nicht ausschlaggebend erachtete (IV-Akt. 73 und 78). Auf dieser Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_\_ basiert die heute rechtskräftige Verfügung der kantonalen IV-Stelle vom 1. Dezember 2010.

## **E. 5**

Nach der Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 14. Oktober 2011 gingen beim Bundesverwaltungsgericht zahlreiche neue medizinische Unterlagen ein, welche zwar teilweise noch vor Dezember 2010 datieren (vgl. hierzu E. 4.2 und 4.3), im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 1. Dezember 2010 der Vorinstanz indessen noch nicht bekannt waren.

### **E. 5.1**

Im Arztbericht vom 8. September 2010 befand die Psychologin J.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_  
(Serbien), in Zusammenfassung der ihr vorliegenden Medizinalakten, der Versicherte leide in psychischer Hinsicht an Schlaflosigkeit, einer bedrückten Stimmung und einer verminderten Willenskraft. Ebenfalls seien beim Versicherten Ängste ohne objektive Ursache, Unruhe und eine permanente Besorgnis festgestellt worden. Der Versicherte empfinde Hoffnungslosigkeit, werte sich selber ab und fühle sich ohnmächtig. Er habe begonnen, übermässig Alkohol zu trinken, um sich zu beruhigen. Er beschäftige sich ausserdem mit Suizidgedanken (ohne Versuch), sei geistig langsam und habe ein schlechtes Erinnerungsvermögen. Er sei weder in der Lage zu arbeiten, noch soziale Kontakte zu pflegen (Doc n° 13).

### **E. 5.2**

Der Orthopäde Dr. L.\_\_\_\_\_, Serbien, erklärte am 14. September 2010, der Versicherte habe sich im Jahr 2004 einer Operation der rechten Hüfte unterzogen und könne deshalb nur mühsam gehen. Die rechten Gliedmassen seien rund zwei Zentimeter länger als die linken. Infolge dieser anatomischen Auswirkungen der Operation könne der Versicherte keiner Arbeit nachgehen, die das Tragen von Gewichten oder das Stehen, Gehen oder Sitzen über einen längeren Zeitraum erfordere sowie in Zwangshaltungen ausgeübt werde (Doc n° 14).

### **E. 5.3**

Im Bericht vom 10. September 2010 stellte ein Lungenarzt, dessen Name auf dem Bericht nicht entzifferbar ist, die nachfolgenden Diagnosen: · TBC sec. fibrosa pulm. I. dex., · Adhesio pl. I. sin., · HOBP (IV-Akt. 11 S. 17).

### **E. 5.4**

Der Chirurg Dr. M.\_\_\_\_\_, Serbien, stellte im Bericht vom 15. September 2010 die Diagnosen · Status post OP pancreatitis ac, · Status post necrectomiam et ileostomiam, · Status post colectomiam subtotalis pp pancreatitis necroticans, · Status post E. Coli sepsis, · Status post haemorrhagio reg. ezophageogastrica (Haemostasis endoscopica) und erklärte den Versicherten auch nach den erwähnten Eingriffen weiterhin für zu über 90 % arbeitsunfähig (Doc n° 16).

### **E. 5.5**

Im Gutachten der IV-Kommission 1. Instanz zuhanden des serbischen Versicherungsträgers vom 4. März 2011 stellte der Chirurg Dr. N.\_\_\_\_\_, Serbien, die nachfolgenden Diagnosen unter Verweis auf die ICD-10 M16 (Koxarthrose): · Status post implantationem endoprothesis totalis dex. pp necrosis capitis femoris, · Status post TBC dex., · Status post necrectomiam pancreatitis et colectomiam subtotalis pp pancreatitis necroticans. Als aktuelle Beschwerden gab er Erschöpfung, Kraftlosigkeit und häufiger Durchfall an. Seit dem 4. März 2011 liege eine volle Arbeitsunfähigkeit vor. Der Invaliditätsgrad betrage 70 % (Doc n° 10).

### **E. 5.6**

Im Bericht vom 28. Februar 2011 fasste die behandelnde Ärztin Dr. O.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_  
(Serbien), den medizinischen Sachverhalt seit 1999 zusammen. Sie gab anschliessend die Erkenntnisse einer körperlichen Untersuchung wieder, die mit Ausnahme des künstlichen Hüftgelenks und der durchgeführten Darmoperation keine auffälligen Werte enthielt.

Gestützt darauf stellte sie unter Angabe der ICD-10 Z96 (Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten) die nachfolgenden Diagnosen: · Status post implantationem endoprothesis totalis coxae dex, · Abreviatio extremitas inf. I. sin. 2 cm, · Status post pancreatitis ac, · Status post necrectomiam subtotalis et ileostomiam, · Status post colectomiam subtotalis, · Depressio sec. aedilis, · TBC sec, · Fibrosa, pulm. I. dex. HOBP. Im Rahmen ihrer ärztlichen Beurteilung erkannte sie ausserdem ein psychosomatisches Syndrom (Syn psychosomaticum), welches sie unter der Rubrik neuropsychiatrischer Befund aufführte. Der Versicherte sei arbeitsunfähig hinsichtlich Tätigkeiten, die mit langem Stehen, Gehen, Sitzen, "unnatürlichen" Arbeitshaltungen oder dem Tragen von Lasten verbunden seien (Doc n° 33).

### **E. 5.7**

In seiner Stellungnahme vom 5. Juni 2012 erklärte Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für allgemeine Medizin des RAD Rhone, der Versicherte habe die Hüfte wegen einer Kopfnekrose operieren lassen. Es sei möglich, dass die Hüfte noch schmerze. Die vom Versicherten angegebenen Durchfälle seien nach der durchgeführten Darmoperation plausibel, wirkten sich indessen angesichts des stabilen Körpergewichts nicht auf die Ernährung des Versicherten aus. Die in den Berichten mehrfach erwähnte Depression sei bereits zuvor bekannt gewesen und mit keinen entsprechenden psychischen Befunden untermauert worden. Die "vom Chirurgen" (gemeint ist Dr. N.\_\_\_\_\_, siehe E. 5.5) genannte Arbeitsunfähigkeit (recte: Invalidität) von 70 % habe jener nicht begründet. Zusammenfassend stellte Dr. med. P.\_\_\_\_\_ die nachfolgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: · Status nach TP (Totalprothese) Hüftgelenk rechts nach Femurkopfnecrose (ICD-10 M16.9), · Status nach diversen Dickdarmoperationen/Ileosigmoidostomie (ICD-10 K55.0), Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: · Status nach Aethylabusus, · Status nach depressiven Phasen. In seiner bisherigen Tätigkeit sei der Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit könne er demgegenüber vollschichtig eingesetzt werden. Insgesamt lägen gegenüber der Aktenlage des Jahres 2010 keine neuen Gesichtspunkte vor (Doc n° 21).

### **E. 5.8**

Am 1. November 2012 wurde der Versicherte infolge der Diagnosen · TBC sec. fibrosa pulm. I dex. sowie · HOBP. zu einem Spezialarzt für Tuberkulose (TBC) des Allgemeinen Krankenhauses K.\_\_\_\_\_ (Serbien) überwiesen. Dieser Arzt, dessen Name auf dem Kurzbericht nicht entzifferbar ist, erklärte nach der Untersuchung, der Röntgenbefund sei unverändert und im Parenchym seien keine pathologischen Veränderungen zu erkennen (Doc n° 61 S. 3 und 57 S. 3).

### **E. 5.9**

Gemäss dem Arztbericht der behandelnden Psychiaterin Dr. Q.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ (Serbien), vom 1. November 2012 trinke der Versicherte nach eigenen Angaben seit über zwei Jahren keinen Alkohol mehr. Er nehme Anxiolytika ein, da er über Angespanntheit, Schlaflosigkeit und Vergesslichkeit klage. Dr. Q.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem Bericht psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10.2), in Abstinenz (Doc n° 61 S. 1).

### **E. 5.10**

Im Gutachten der IV-Kommission 1. Instanz zuhanden des serbischen Versicherungsträgers vom 24. Dezember 2012 stellte der Chirurg Dr. N. \_\_\_\_\_ aus Serbien, die nachfolgenden Diagnosen mit dem Diagnosenschlüssel ICD-10 M16: · Status post implantationem endoprothesis totalis dex. pp necrosis capitis femoris, · Status post repositio endoprothesis pp luxatio, · Status post TBC dex., · Status post necrectomiam pancreatitis et colectomiam subtotalis pp pancreatitis necroticans. Aufgrund der durchgeführten körperlichen Untersuchung gab Dr. N. \_\_\_\_\_ - mit Ausnahme der eingeschränkten, schmerzhaften Beweglichkeit in der rechten Hüfte - keine auffälligen Befunde an. Der psychische Zustand sei depressiv. Der Versicherte sei weiterhin voll arbeitsunfähig. Der Invaliditätsgrad betrage 70 % seit dem 4. März 2011. Ein Pflegebedarf bestehe nicht (Doc n° 55).

### **E. 5.11**

In seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2013 erklärte RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_, das Ersatzhüftgelenk nach einer Femurkopfnekrose sei offenbar wiederholt luxiert, wobei diesbezüglich eine Dokumentation fehle. Die persistierenden Hüftschmerzen seien bereits Ende Jahr 2009 bekannt gewesen. Der Versicherte habe sich diversen Darmoperationen unterziehen lassen wegen einer aethylischen, nekrotisierenden Pankreatitis. Im Jahr 2012 sei wieder eine Pankreatitis aufgetreten, obwohl der Versicherte keinen Alkohol mehr konsumiert habe. Dies sei jedoch nicht invalidisierend. In psychiatrischer Hinsicht bestehe keine invalidisierende Diagnostik. Der Versicherte stehe diesbezüglich auch nicht in einer speziellen Behandlung resp. unter Medikation. Dr. P. \_\_\_\_\_ stellte insgesamt die nachfolgenden Diagnosen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: · Status nach TP (Totalprothese) Hüftgelenk rechts nach Femurkopfnecrose (ICD-10 M16.9), · Status nach diversen Dickdarmoperationen/Ileosigmoido-stomie/Pankreatitis nekrotisierend (ICD-10 K55.0), Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: · Status nach Aethylabusus, · Status nach depressiven Phasen, · Status nach rez. Pankreatitis im Jahr 2012, · Dysthymie, · Status nach TBC (Tuberkulose). In seiner bisherigen Tätigkeit sei der Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit könne er demgegenüber vollschichtig eingesetzt werden (Doc n° 65).

### **E. 6.1**

Ein Vergleich der vorangehend dargelegten, vom Beschwerdeführer seit seiner Neuanmeldung vom 14. Oktober 2011 der Vorinstanz eingereichten medizinischen Unterlagen mit den bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 1. Dezember 2010 vorgelegenen Unterlagen zeigt auf, dass heute zu einem grossen Teil dieselben Erkrankungen vorliegen wie bereits im Jahr 2010. So beziehen sich namentlich die in den neuen Berichten häufig gestellten Diagnosen "Status post" (zu Deutsch: Zustand nach) auf einen zu einem früheren Zeitpunkt erfolgten Eingriff oder auf eine vormalige, heute askurierte Erkrankung. Als aktuelle Probleme werden zum Beispiel Schwierigkeiten resp. Schmerzen beim Gehen aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit des rechten, künstlichen Hüftgelenks sowie des zwei Zentimeter längeren rechten Beines, eine Tendenz zu Durchfall nach den vorgenommenen Darmoperationen sowie depressive Verstimmungen genannt. Sämtliche dieser aktuellen Probleme waren der erstinstanzlichen Fachbehörde bereits im Jahr 2010 bekannt und wurden entsprechend in der heute rechtskräftigen Verfügung vom 1. Dezember 2010 berücksichtigt.

### **E. 6.2**

Im Jahr 2010 war ebenfalls bekannt, dass der Beschwerdeführer während mehrerer Jahre wegen einer Lungentuberkulose behandelt wurde. Die Arztberichte im aktuellen Referenzzeitpunkt geben demgegenüber bezüglich dieser Erkrankung kein einheitliches Bild wieder. So vermitteln einige Berichte den Eindruck, die Erkrankung sei nach wie vor akut (vgl. E. 5.3, 5.6, 5.8). Auf der anderen Seite umschreiben die beiden Gutachten der serbischen IV-Kommission mit der Diagnose "Status post TBC dex" ein bereits abgeschlossenes Krankheitsgeschehen (E. 5.5 und 5.10). RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ hat letztere Einschätzung in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2013 übernommen, ohne sich indessen mit der in den weiteren Berichten gestellten Diagnose "TBC sec. fibrosa pulm. I. dex" auseinanderzusetzen. Gemäss den neueren serbischen Arztberichten scheint sodann im Nachgang zur Lungentuberkulose eine weitere Lungenerkrankung aufgetreten zu sein. So wird in diesen Berichten mehrfach die Diagnose HOBP ("Hronicna Opstruktivna Bolest Plula") erwähnt, was der Diagnose COPD ("chronic obstructive pulmonary disease"; zu Deutsch: chronisch obstruktive Lungenerkrankung) entspricht, welche - wie auch die Lungentuberkulose - mit einer akuten Infektion der unteren Atemwege einhergehen kann. Diese neue Diagnose hat RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2013 weder erwähnt noch gewürdigt. Die Stellungnahme vom 13. Juni 2013 erweist sich deshalb in dieser Hinsicht als unvollständig.

### **E. 6.3**

In psychischer Hinsicht waren beim Beschwerdeführer bereits im Jahr 2010 rezidivierende depressive Phasen diagnostiziert worden, die sich auch in der Beschreibung des Beschwerdeführers in den neueren Arztberichten, zum Beispiel im Bericht von J. \_\_\_\_\_, zumindest implizit wiederfinden (bedrückte Stimmung, Ängste, Unruhe, Suizidgedanken; vgl. E. 5.1). Auch die behandelnde Ärztin Dr. O. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im aktuellen Referenzzeitpunkt eine "Depressio sec. aedilis". In ihrer medizinischen Beurteilung erkannte sie im Weiteren ein Wechselspiel zwischen körperlichen und psychischen Einschränkungen im Sinne eines psychosomatischen Syndroms (ohne jedoch diesen Befund formell in eine entsprechende Diagnose kleiden; vgl. E. 5.6). Zwar sprach bereits Dr. med. G. \_\_\_\_\_ Ende Jahr 2009 davon, dass der Beschwerdeführer Elemente eines psychosomatischen Syndroms aufweise, das Vorliegen sämtlicher Elemente eines solchen psychosomatischen Syndroms ist jedoch als eine neue Erkrankung zu betrachten. Eine Auseinandersetzung mit dieser neuen Diagnose, insbesondere der Frage nach der Überwindbarkeit der damit einhergehenden (körperlichen) Einschränkungen (vgl. dazu das zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 [neues Grundsatzurteil zu den somatoformen Schmerzstörungen]), fehlt ebenfalls in der RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 13. Juni 2013. Dr. med. P. \_\_\_\_\_ beschränkte sich in dieser Stellungnahme auf die Feststellung, es sei psychiatrisch keine invalidisierende Diagnostik vorhanden und diagnostizierte in der Folge Status nach depressiven Phasen sowie Dysthymie. Mit diesen Diagnosen trug er den vorangehend erwähnten aktuellen serbischen Arztberichten nicht hinreichend Rechnung.

### **E. 6.4**

Nachdem die vom Beschwerdeführer im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Arztberichte aus Serbien im Vergleich zur medizinischen Aktenlage des Jahres 2010 zumindest die beiden erwähnten neuen Krankheitsbilder (chronisch obstruktive Lungenerkrankung und psychosomatisches Syndrom) erwähnen, kann der Schlussfolgerung von RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_, wonach die neuen Arztberichte keine neuen

Gesichtspunkte enthielten, nicht gefolgt werden. Zweifel an der RAD-ärztlichen Beurteilung erweckt sodann der Umstand, dass Dr. med. P. \_\_\_\_\_ eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit festgestellt und damit - ohne eine entsprechende Begründung - von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. N. \_\_\_\_\_ in den beiden Gutachten der IV-Kommission zuhanden des serbischen Versicherungs-trägers (E. 5.5 und 5.10) abgewichen ist.

#### **E. 6.5**

Mit den im Neuanmeldungsverfahren eingereichten serbischen Arztberichten hat der Beschwerdeführer eine für den Rentenanspruch erhebliche Veränderung seines Invaliditätsgrads zumindest glaubhaft gemacht (vgl. hierzu BGE 117 V 198 E. 4b/c sowie vorliegend einschlägig: Urteil des Bundesgerichts 9C\_312/2009), womit er das herabgesetzte Beweismass im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV erfüllt (E. 3.1). Nach dem vorangehend Gesagten ist die Vorinstanz zu Unrecht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten. Im Ergebnis ist die Beschwerde deshalb gutzuheissen, soweit darauf einzutreten ist, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie den geltend gemachten Leistungsanspruch materiell prüfe und anschliessend neu verfüge.

#### **E. 7.1**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (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]). Auf die Erhebung eines Kostenvorschusses hat das Bundesverwaltungsgericht bereits infolge der mit Zwischenverfügung vom 17. September 2013 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege verzichtet.

#### **E. 7.2**

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. 1'500.- zuzusprechen.

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