

BVGer C-2942/2018 vom 8. Februar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-02-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2942_2018

FR: TAF C-2942/2018 du 8 février 2019

IT: TAF C-2942/2018 del 8 febbraio 2019

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 lit. d VGG und Art. 69 Abs. 1 lit. b des IVG (SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Aufgrund von Art. 3 lit. dbis VwVG (SR 172.021) findet das VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a bis 26bis IVG und 28 bis 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der einverlangte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers eingetreten ist. Soweit der Beschwerdeführer beantragt, es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen oder die Sache sei erneut abzuklären, geht sein Rechtsbegehren über den Gegenstand der Verfügung hinaus. Deshalb können diese Begehren nicht Gegenstand des Beschwerdeverfahrens sein, weshalb darauf nicht einzutreten ist.

E. 2.1

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (nachfolgend: Abkommen Jugoslawien, SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b, 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit mehreren Nachfolgestaaten des ehemaligen

Jugoslawiens (Kroatien, Mazedonien), nicht aber mit Bosnien und Herzegowina, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen oder die Anwendung des Abkommens aufgehoben (z.B. Kosovo). Für den Beschwerdeführer als Bürger von Bosnien und Herzegowina 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. Da vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung gemäss vorstehender Ausführungen auf Grund des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11).

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: 1. Mai 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

E. 2.3

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 3

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Vorinstanz auf das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers zu Recht nicht eingetreten ist.

E. 3.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird auf eine Neuanmeldung nur dann eingetreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu BGE 130 V 343 E. 3.5.3). Auch im Falle eines Revisionsgesuchs ist ein Eintretenstatbestand glaubhaft zu machen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, tritt die Verwaltung auf das Gesuch nicht ein und eröffnet dies durch eine Nichteintretensverfügung (BGE 109 V 108 E. 2b). Ist dagegen in einem für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das Gesuch einzutreten und in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen, ob die vom Versicherten glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b). Mit der Bestimmung von Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3, 125 V 410 E. 2b und 117 V 198 E. 4b). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist es in

erster Linie Sache der versicherten Person selbst, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruches darzulegen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 und Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 3). In diesem Verfahrensstadium gilt demnach der Untersuchungsgrundsatz atypischerweise nicht. Vielmehr wird der versicherten Person für das Eintreten auf eine Neuanschuldung eine Behauptungs- und Beweisführungslast auferlegt (Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, § 21 Rz. 955 mit Hinweis auf BGE 130 V 68 E. 5.2.5 und BGE 117 V 198). Es sind dabei grundsätzlich alleine die im Verwaltungsverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen zu prüfen (Urteil des BGer 8C_264/2012 vom 4. Juli 2012 E. 2). Arztberichte, welche aus der Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung datieren und erst im Beschwerdeverfahren aufgelegt wurden, sind bei der Beurteilung der Frage, ob die Verwaltung auf die Neuanschuldung hätte eintreten müssen - von wenigen Ausnahmen abgesehen - nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5, 8C_844/2012 E. 2.2; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] B-2615/2012 vom 7. November 2013 E. 6.3.1, C-3632/2010 vom 5. März 2013 E. 4.4 und C-7857/2008 vom 7. Februar 2011 E. 6.2 und 7). Unter Glaubhaftmachung ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Rentengesuches 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 (Urteile des BGer 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2.2 und 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 mit Hinweis auf BGE 109 V 262 E. 3). Bereits ab einer Zeitspanne von 15 Monaten dürfen nach der bundesgerichtlichen Praxis keine allzu hohen Anforderungen an die Glaubhaftmachung gestellt werden (BGE 130 V 64 E. 6.2). Insofern steht der Verwaltung ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2003 IV Nr. 25 E. 2.2 und 2.3, 2002 IV Nr. 10 E. 1c/aa). Für den Fall, dass einer Neuanschuldung zwar ärztliche Berichte beigelegt sind, diese indessen so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur verpflichtet, wenn den - für sich allein genommen den Anforderungen der Glaubhaftmachung nicht genügenden - Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt. Der Verwaltung ist es aber auch hier unbenommen, entsprechende Erhebungen selber anzustellen, ohne dass deswegen bereits auf ein materielles Eintreten auf die Neuanschuldung zu schliessen wäre (vgl. Urteil des BGer 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1 mit Hinweis auf die Urteile 8C_341/2011 vom 27. Juni 2011 E. 2.2.2, 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.3; 9C_286/2009 vom

28. Mai 2009 E. 2.2.3, I 781/04 vom 17. Februar 2005 E. 3). Unterlässt die IV-Stelle die Nachforderung weiterer Angaben trotz erkennbarer Hinweise für eine rechtserhebliche Änderung des Sachverhalts, steht der Berücksichtigung von im Gerichtsverfahren beigebrachten Beweismitteln nichts entgegen (vgl. analog dazu BGE 130 V 64 E. 5.2.2 und E. 6).

E. 3.2

Die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) ist auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). 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). Auf Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) respektive der medizinischen Dienste der IV-Stellen kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des BGer I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). 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 BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3, I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1 und I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere

dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 3.3

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Beurteilung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten einer Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 und 130 V 71 E. 3.2.3). Diese Prüfung muss dabei denjenigen anspruchserheblichen Aspekt umfassen, auf dessen (behauptete) Veränderung sich die Neuanmeldung stützt (vgl. Urteil des BGer 9C_899/2009 [= SVR 2010 IV Nr. 54] vom 26. März 2010 E. 2.1). Zeitliche Referenzpunkte bilden im vorliegenden Fall der 17. September 2015 (letzte Revisionsverfügung der IVSTA, gerichtlich bestätigt mit Urteil vom 22. November 2017) und der 1. Mai 2018 (Datum der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung).

E. 4.1

Der Revisionsverfügung vom 17. September 2015, die mit Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 22. November 2017 bestätigt worden ist, lag im Wesentlichen folgender, bereits seit mehreren Jahren bekannter, medizinischer Sachverhalt zugrunde (vgl. IV-act. 163 und 225): 1) Status nach Amputation des Unterarmes links im mittleren Drittel (12/1989), unauffällige Stumpfverhältnisse, 2) beginnendes Impingement-Syndrom rechte Schulter durch chronische Überlastung bei einarmigem Zustand, 3) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit vegetativer/motorischer Symptomatik im Sinne einer Stresserkrankung, 4) metabolisches Syndrom, 5) arterielle Hypertonie, 6) Dyslipidämie, 7) Adipositas, 8) chronische Hepatitis B, 9) chronisches Lumbovertebralsyndrom, 10) Status nach Fraktur BWK12, Schmorl'schen Hernien L1/2 und Diskushernien L4/5, 11) Status nach Zervikovertebralsyndrom, klinisch keine Funktionseinschränkung, 12) Präarthrose der Hüften, 13) Osteopenie, 14) nächtliche Beinkrämpfe unklarer Ätiologie, 15) Mikro-Nephrolitiasis und 16) gastroösophagealer Reflux.

E. 4.2

Im Rahmen des Revisionsgesuchs wurden bei der IVSTA der Bericht von Dr. med. B._____, Facharzt für Innere Medizin, vom 12. Dezember 2017 (IV-act. 232) und der Bericht von Dr. med. C._____, Facharzt für Neuropsychiatrie, vom 12. Dezember 2017 (IV-act. 231) eingereicht. Dr. med. B._____ diagnostizierte einen Diabetes mellitus, HLP, Hypertensio art. und Polyneuropathia diabetica. Er führte aus, der Beschwerdeführer habe über Ermüdung, häufiges Wasserlassen, eingeschlafene Beine und schlechten Schlaf geklagt. Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte er keine. Dr. med. C._____ diagnostizierte eine PTBS (chronifizierte Form), eine "Pseudoneurasthenia ad sy. Psychoorganicum vergens", "Phantomglied" und einen Verdacht auf nächtliche psychomotorische Anfälle. In Bezug auf den psychischen Zustand des Beschwerdeführers führte er aus: Status idem, ausgesprochen frustrationsintolerant, reagiert ungestüm, affektiver Grundton herabgesetzt, oberflächlich im Kontakt, Störung des Schlafprofils und Gedächtnisstörungen auf dem

bisherigen Niveau.

E. 4.3

Dr. med. D._____, Facharzt für Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie FMH, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) prüfte die eingereichten Arztberichte und führte mit Stellungnahme vom 27. März 2018 (IV-act. 235) aus, den neu vorgelegten medizinischen Berichten seien keine neuen Gesichtspunkte zu entnehmen. Es bestünden keine glaubhaften Anhaltspunkte für eine wesentliche Änderung. Dieser Einschätzung des RAD ist zuzustimmen. Es zeigen sich beim Beschwerdeführer seit Jahren im Wesentlichen dieselben Beschwerden. Es liegen weder Anzeichen vor, dass sich die vorhandenen Beschwerden anspruchrelevant intensiviert hätten, noch dass zusätzliche Beschwerden hinzugekommen wären. Die von Dr. med. C._____, diagnostizierte PTBS wurde bereits früher von ihm festgestellt und in der Gesamtwürdigung durch den RAD als höchst unwahrscheinlich qualifiziert, da die erforderlichen Kriterien nicht erfüllt seien und kaum anamnestische Angaben oder Symptombeschreibungen vorlägen. Auch den neuesten Arztberichten ist diesbezüglich nicht mehr zu entnehmen. Betreffend die geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Zustands ist festzuhalten, dass keine Hinweise dafür vorliegen, da die Abstände zwischen den psychiatrischen Konsultationen relativ gross sind (vgl. Bericht von Dr. med. C._____ vom 12. Dezember 2017: Kontrolle in 2 Monaten) und dem Beschwerdeführer offensichtlich auch keine Psychopharmaka verschrieben wurden. Der Beschwerdeführer legt in seiner Beschwerde überdies auch nicht substantiiert dar, inwiefern sich sein Gesundheitszustand verändert haben soll. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz mangels Glaubhaftmachen einer anspruchrelevanten Veränderung nicht auf das Revisionsgesuch eingetreten ist. Ferner ist der Vorinstanz nicht vorzuwerfen, sie hätte von sich aus weitere Abklärungen tätigen müssen, zumal nicht einmal Anhaltspunkte für eine Verschlechterung vorlagen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.4 hiervoor).

E. 5

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

E. 5.1

Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1'000 Franken festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Für das vorliegende Verfahren sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.- festzusetzen und dem Beschwerdeführer als unterlegene Partei aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 5.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die IVSTA jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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