

BVGer C-3088/2010 vom 24. Februar 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3088_2010

FR: TAF C-3088/2010 du 24 février 2012

IT: TAF C-3088/2010 del 24 febbraio 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). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1] und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 22. März 2010 (act. 236) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Zusammenfassend ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 1.3

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

E. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 22. März 2010 (act. 236), mit welcher auf das dritte Neuanmeldungs-gesuch des Beschwerdeführers vom 13. Mai 2009

(Eingangsstempel: 27. Mai 2009) nicht eingetreten wurde. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz auf dieses neue Leistungsgesuch hätte eintreten müssen und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob sie den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat (zum massgeblichen zeitlichen Vergleichszeitpunkt vgl. E. 2.6. letzter Absatz und E. 4. hiernach).

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 (Art. 49 VwVG).

E. 2

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

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 (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 Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit den Republiken Serbien bzw. (nach dessen Unabhängigkeitserklärung) Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als Bürger von Kosovo findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-4828/2010 vom 7. März 2011 E. 5.4). 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

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil

des Bundesgerichts [im Folgenden: BGer] 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (vgl. auch Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 22. März 2010 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]); die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

E. 2.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7).

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). 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).

E. 2.4

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG [4. IV-Revision]). 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 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; 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 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

E. 2.5

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) 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. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), liegt nicht vor. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Vorbehältlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen ist bei Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland in diesem Zusammenhang eine Arbeitsunfähigkeit bzw. ein Invaliditätsgrad von 50 % gefordert (vgl. Art. 28 Abs. 1ter erster Satz IVG in den bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen bzw. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Das vorliegend anwendbare Sozialversicherungsabkommen sieht diesbezüglich keine Ausnahme vor.

E. 2.6

Im Rahmen der Neuanschuldung nach rückwirkend befristeter Zusprechung einer Invalidenrente sind die Voraussetzungen gemäss Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV zu berücksichtigen (Präzisierung der Rechtsprechung; BGE 133 V 263 E. 6). Diese

Verordnungsbestimmungen besagen, dass - falls eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert wurde - eine neue Anmeldung nur geprüft wird, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3, 125 V 410 E. 2b, 117 V 198 E. 4b). Nach Eingang einer Neuansmeldung ist die Verwaltung 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 zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b). Die versicherte Person muss mit der Neuansmeldung (oder dem Revisionsgesuch) die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Wird in der Neuansmeldung (oder dem Revisionsgesuch) kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuansmeldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Erfolgte nach einer Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis - vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision - bei einer weiteren Neuansmeldung entgegen

halten lassen (vgl. BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 2.7

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 RAD resp. der medizinischen Dienste 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 Bundesgerichts 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2 und Hinweise). 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 (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). 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

Betreffend die nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. März 2010 im Rahmen des hängigen Beschwerdeverfahrens eingegangenen ärztlichen Berichte (B-act. 1, 14, 15, 25 und 27) ist vorab festzustellen, dass das Bundesverwaltungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweis). Für die vorliegend allein interessierende Frage, ob die Vorinstanz in Anwendung von Art. 87 IVV auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 13. Mai 2009 (Eingangsstempel: 27. Mai 2009) zu Recht wegen fehlender Glaubhaftmachung veränderter Tatsachen nicht eingetreten ist, sind die nach dem Verfügungszeitpunkt vom 22. März 2010 eingegangenen resp. verfassten ärztlichen Dokumente unbeachtlich (vgl. hierzu BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteile des BGer 8C_288/2011 vom 5. Mai 2011 und 8C_196/2008 vom 5. Juni 2008 sowie Urteil des EVG I 734/05 vom 8. März 2006 E. 3.2). Diese können allenfalls Anlass für eine neuerliche materielle Rentenprüfung geben, weshalb sie an die Vorinstanz zu überweisen sind (vgl. auch E. 4.3 hiernach).

E. 4

Hinsichtlich der erheblichen zeitlichen Anknüpfungspunkte hat im vorliegenden Fall als letztmaliger, das Ergebnis einer rechtsgenügenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs darstellender Rechtsakt der Einspracheentscheid der Vorinstanz vom 3. Oktober 2006 (act. 203), welcher vom Bundesverwaltungsgericht in dessen unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Urteil vom 19. Dezember 2008 (act. 211) geschützt worden war, zu gelten. Zu beurteilen ist daher, ob der Beschwerdeführer für den Zeitraum zwischen dem Einspracheentscheid vom 3. Oktober 2006 und der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 22. März 2010 glaubhaft gemacht hat, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. E. 2.6 1. Absatz hiervor).

E. 4.1

Der Einspracheentscheid der Vorinstanz vom 3. Oktober 2006 basierte in medizinischer Hinsicht insbesondere auf dem polydisziplinären Gutachten der C. _____ von Dr. med. D. _____ vom 16. Mai 2005 (act. 193) resp. dem darin enthaltenen Bericht vom diplomierten Physiotherapeuten E. _____ vom 10. Mai 2005 über die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (act. 190) sowie den weiteren integrierten Bestandteilen in Form des psychiatrischen und neurologischen Gutachten der Dres. med. F. _____ und G. _____ vom 11. und 12. Mai 2005 (act. 189 und 192; vgl. auch act. 191). Weiter dienten der Vorinstanz auch die Berichte der Dres. med. H. _____ und I. _____ vom 5. August 2005 (act. 196) und 19. September 2006 (act. 202) als wesentliche Entscheidungsgrundlage. Das Bundesverwaltungsgericht erwog in seiner Entscheidung vom 19. Dezember 2008 (act. 211), das polydisziplinäre Gutachten der C. _____ sei nachvollziehbar und schlüssig und erfülle die Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Expertise (E. 4.2.1). In diesem Gutachten wurden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Diagnosen einer chronischen Lumboischialgie links (ICD-10: M54.4), eines Status nach

einer Laminektomie L5-S1 links zur Beseitigung einer Diskushernie 1994 sowie einer Diskopathie L5-S1 gestellt. Die Gutachter wiesen auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den geklagten Beschwerden sowie auf Inkonsistenzen und eine Selbstlimitierung hin. Die Psychiaterin Dr. med. F. _____ konnte beim Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht keine Krankheit und Komorbidität feststellen, weshalb sie ausführte, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine längerdauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Gesamtbeurteilung aus rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht attestierten die Experten dem Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit sowohl in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe als auch für die erlernte Arbeit als Kellner. Dr. med. H. _____ hielt - wie später das Bundesverwaltungsgericht - in seiner Stellungnahme vom 5. August 2005 dafür, dass die Schlussfolgerungen des Expertenteams gut belegt und plausibel seien. Auch Dr. med. I. _____ vertrat - nach Kenntnis weiterer ausländischer ärztlicher Dokumente, denen später vom Bundesverwaltungsgericht kein Beweiswert zugesprochen wurde - in seinem Bericht vom 19. September 2006 die Auffassung, dass an der bisherigen Beurteilung vorbehaltlos festzuhalten sei.

E. 4.2.1

Im Rahmen der angefochtenen Verfügung vom 22. März 2010 stützte sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der Dres. med. I. _____ und J. _____ vom 21. November 2009 (act. 228) und 18. März 2010 (act. 235). Dr. med. I. _____ führte zusammengefasst aus, der Versicherte mache weiterhin seine Lumbalgien geltend. Die Ärzte aus dem Kosovo hielten diesen - wiederum wie bereits früher - seit Jahren für arbeitsunfähig, obwohl dies bereits 2005 durch eine ausführliche Begutachtung in der Schweiz klar widerlegt worden sei. Es gebe keine neuen Aspekte; der Versicherte sei arbeitsfähig für leichte bis mittelschwere Arbeiten, so wie dies die Ärzte 2005 festhielten. Dr. med. J. _____ berichtete nach Kenntnis der kosovarischen Berichte der Dres. med. K. _____ und L. _____ vom 19. und 22. Januar 2010 (act. 230 resp. 232 und 233) im Wesentlichen, insgesamt enthielten diese Dokumente nur Diagnosen ohne bedeutsame klinische objektive Beschreibung, welche mit den in den vorangegangenen Berichten der gleichen Ärzte identisch seien. Jene Berichte würden keine neuen Elemente und Argumente für eine Verschlechterung beinhalten, und der Zustand sei demjenigen, wie er bereits im Zeitpunkt von 2005 vorgelegenen habe, ähnlich. Die Schlussfolgerungen in den früheren Stellungnahmen seien nicht zu revidieren.

E. 4.2.2

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Die Dres. med. J. _____ und I. _____ sind Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, wobei erstere zusätzlich über den Facharztstitel Physikalische Medizin und Rehabilitation verfügt. Sie verfügen somit zwar nicht über die Facharztstitel unter anderem in den Disziplinen der Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie wie seinerzeit die Experten. Dennoch sind sie als Sachverständige grundsätzlich durchaus in der Lage, schlüssig und zuverlässig zu beurteilen, ob der Versicherte eine Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustands hatte glaubhaft machen können resp. sich die medizinische Situation in einer für den Anspruch

erheblichen Weise verändert haben könnte. Dies insbesondere einerseits deshalb, weil die kosovarischen Ärzte den Beschwerdeführer - wie bereits im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 3. Oktober 2006 (vgl. act. 108 und 109; 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1998) - weiterhin resp. bereits ab 1994/1995 als arbeitsunfähig erachteten (act. 223, 225 und 226), was bereits 2005 durch die polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz durch C._____ schlüssig und überzeugend widerlegt und vom Bundesverwaltungsgericht im Entscheid vom 19. Dezember 2008 (act. 211) geschützt wurde. Andererseits ergibt sich aufgrund der Berichte der Dres. med. K._____ und L._____ vom 19. und 22. Januar 2010 (act. 230 resp. 232 und 233) sowie der weiteren aktenkundigen Arztberichte aus der Heimat des Versicherten (act. 219 bis 226) keine wesentliche Veränderung des gesundheitlichen Zustands resp. wurde eine solche mit diesen ärztlichen Dokumenten nicht glaubhaft dargelegt, was von Dr. med. J._____ schlüssig und überzeugend ausgeführt wurde. Zur Verdeutlichung ist ergänzend festzustellen, dass für die von den ausländischen Ärzten attestierte Invalidität resp. Arbeits- und Leistungsunfähigkeit (act. 219, 222, 223, 225 und 226) jegliche rechtsgenügende Begründung fehlt.

E. 4.2.3

Abschliessend ist festzuhalten, dass zufolge der Diagnosestellung im undatierten Austrittsbericht des Spitals M._____ betreffend den vom 6. bis 9. August 2005 stattgefundenen stationären Aufenthalt (act. 220) ebenfalls keine wesentliche, dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands resultierte resp. eine solche nicht glaubhaft gemacht wurde. Dies gilt auch im Zusammenhang mit der diagnostizierten chronischen Gastritis (act. 230 resp. 232 und 233), weil aus den Akten keine nennenswerten Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hervorgehen.

E. 4.3

Mit Blick auf die nachvollziehbaren Ausführungen der Dres. med. J._____ und I._____ hat der Beschwerdeführer somit keine wesentliche, für den Rentenanspruch erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes (resp. des IV-Grades) im Sinne von Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV seit Erlass des Einspracheentscheids vom 3. Oktober 2006 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (22. März 2010) glaubhaft gemacht. Ihm ist es nicht gelungen, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällig neue Prüfung des Rentenanspruchs zufolge seiner gesundheitlichen Situation darzulegen. Es bestand unter diesen Umständen für die Vorinstanz - welcher bei der Beurteilung der Glaubhaftmachung ein Ermessens- und Beurteilungsspielraum zusteht, der vom Bundesverwaltungsgericht zu respektieren ist (vgl. Urteil des BGer 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009, E. 3.2.3) - keine Verpflichtung, auf die Neuanschuldung vom 13. Mai 2009 (Eingangsstempel: 27. Mai 2009) einzutreten und diese allseitig bzw. in materieller Hinsicht zu prüfen. Jedoch sind - wie bereits dargelegt (vgl. E. 3. hiervor) - die nach dem Verfügungszeitpunkt vom 22. März 2010 eingegangenen resp. verfassten ärztlichen Dokumente an die Vorinstanz zur allfälligen neuen materiellen Prüfung der Rentenfrage zu überweisen.

E. 5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen trat die Vorinstanz zu Recht nicht auf das Neuanschuldungsgesuch vom 13. Mai 2009 (Eingangsstempel: 27. Mai 2009) ein, weshalb die Beschwerde vom 23. April 2010 als unbegründet abzuweisen ist.

E. 6

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

E. 6.1

Mit Zwischenverfügung vom 14. September 2011 (B-act. 24) wurde das Gesuch des Beschwerdeführers vom 6. Januar 2011 (act. 14 und 15) um unentgeltliche Prozessführung gutgeheissen; jener hat somit keine Verfahrenskosten zu tragen.

E. 6.2

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 obsiegende Vorinstanz jedoch in der Regel keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]), wobei die Voraussetzungen einer Ausnahme im konkreten Fall nicht erfüllt sind (BGE 127 V 205). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). (Dispositiv und Rechtsmittelbelehrung auf der nächsten Seite)

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