

BVGer C-5/2010 vom 11. Januar 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-01-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5_2010

FR: TAF C-5/2010 du 11 janvier 2013

IT: TAF C-5/2010 del 11 gennaio 2013

Regeste

Invalidenversicherung (IV)

Erwägungen

E. 1.1

Zu beurteilen ist die Beschwerde vom 28. Dezember 2009 gegen die Verfügung der IVSTA vom 30. November 2009, mit der die Vorinstanz das Gesuch des Beschwerdeführers um Ausrichtung einer Invalidenrente ablehnte.

E. 1.2

Gemäss Art. 31 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (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. Das Bundesverwaltungsgericht ist demnach für die Beurteilung der Beschwerde zuständig. Das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021) findet keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Gemäss Art. 1 Abs. 1 AHVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die im ersten Teil geregelte Alters- und Hinterlassenenversicherung anwendbar, soweit das AHVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Nach Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) Beschwerde erhoben. Nachdem auch der Verfahrenskostenvorschuss innert Frist geleistet wurde, ist auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten.

E. 1.5

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2

Im Folgenden werden die für die Beurteilung der Streitsache wesentlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargestellt.

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 kosovarischer Staatsangehöriger 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

In zeitlicher Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 30. November 2009) eintraten, im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 130 V 329 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen). Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen).

E. 2.3

Die Sache beurteilt sich grundsätzlich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (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, Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-8639/2007 vom 20. Januar 2012 E. 2.4, C-196/2010 vom 19. Juli 2011 E. 3.2).

E. 2.4

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2009 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IVG-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision). 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]). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008) nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 3

Im vorliegenden Verfahren ist in der Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung einer Invalidenrente abgewiesen hat.

E. 3.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall mindestens während dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Der Beschwerdeführer hat in der Schweiz während mehr als drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, womit die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente erfüllt sind. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer als invalid im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist.

E. 3.2

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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

Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Hiernach haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Bst. c).

E. 3.4

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 Prozent entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stellt diese Vorschrift nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 3.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 [heute: Bundesgericht] vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

E. 3.6

Zu bemerken bleibt, dass auf Grund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ein invalider Versicherter gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a, 111 V 239 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer

IV-Stelle aus medizinischer Sicht zu bestimmen, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen kann. Diese Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen.

E. 3.7

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 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 vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

E. 3.8

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 gleich wie im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person 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 (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch 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 130 V 71 E. 3.2.2 f.).

E. 3.9

Eine Änderung des Invaliditätsgrades setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Zu vergleichen 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;

vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, d.h. 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 Neuanmeldungsverfahren gelten (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts 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; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a).

E. 4.1

Wie eingangs dargestellt, gingen dem vorliegenden Neuanmeldungsverfahren mehrere IV-Verfahren voraus, in denen die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers jeweils mit rechtskräftiger Verfügung abgewiesen wurden (vgl. Sachverhalt Bst. B). Im Urteil C-2626/2006 hielt das Bundesverwaltungsgericht in E. 6.4 fest, dass die Replik vom 21. April 2006 als neues Gesuch zu betrachten sei und die Vorinstanz abzuklären habe, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Januar 2006 (allenfalls Oktober 2005) rentenrelevant verändert habe. Als massgebender Anfangszeitpunkt ist demnach Januar 2006 zu betrachten. Der Endzeitpunkt des vorliegenden Beurteilungszeitraumes ist der 30. November 2009 (Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung). Nachdem der Beschwerdeführer im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren bereits zu einem früheren Zeitpunkt mit Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht gelangt und jenes im Urteil vom 17. Dezember 2007 die Angelegenheit mit verbindlichen Anweisungen zur neuen Beurteilung an die Vorinstanz zurückgewiesen hat, wird im vorliegenden Beschwerdeverfahren namentlich zu klären sein, ob die Vorinstanz mit der angefochtenen Verfügung dem Rückweisungsauftrag des Bundesverwaltungsgerichts gemäss Urteil vom 17. Dezember 2007 nachgekommen ist. Im Weiteren sind die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren erhobenen Rügen zu beurteilen. Insgesamt ist damit im Nachfolgenden auf Grund der Vorbringen des Beschwerdeführers und unter Berücksichtigung der vorangehend dargelegten Grundsätze zu überprüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der massgebenden Zeitperiode vom Januar 2006 bis zum 30. November 2009 in rentenanspruchserheblicher Weise verschlechtert hat.

E. 4.2

Der mit Urteil des Bundesverwaltungsgericht vom 17. Dezember 2007 der Vorinstanz auferlegte Abklärungsauftrag lautete auf Prüfung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Zeitpunkt Januar 2006 bzw. Oktober 2005 unter anderem betreffend Infektion der Lunge und Kontraktur am rechten Handgelenk.

E. 4.2.1

Die Vorinstanz forderte den Beschwerdeführer am 16. März 2009 auf, den Fragebogen für Versicherte ausgefüllt einzureichen sowie Kopien aller vorhandenen medizinischen Unterlagen ab Mai 2006 einzureichen.

E. 4.2.2

Der Beschwerdeführer reichte die folgenden den massgebenden Zeitraum betreffenden Arztberichte ein: - Dr. E. _____, Pneumologe, hielt in seinen Arztberichten vom 21. April 2006 (act. IVSTA 270), 8. Oktober 2008 (act. IVSTA 281), 8. Januar 2008 (act. IVSTA 276) 10. März 2009 (act. IVSTA 290, 291), 1. April 2009 (act. IVSTA 297)

zusammenfassend fest, der Patient hinterlasse bei der Aufnahme den Eindruck eines Schwerverkranken. Er sei apathisch, zyanotisch, adynamisch, febril, dreidimensional, desorientiert. Bei der Auskultation sei in beiden Lungenfeldern basale Krepitation sowie monotones polyphones hochtoniges Pfeifen zu hören. Im RTG seien deutlich ausgeprägte vaskuläre Lungenzeichen mit verbreitertem unteren Mediastinum erkennbar. Die Hila sei adhären. Se = 110. Der Patient habe früher an chronischer schleimig-eitriger Bronchitis, Bronchitis pulm., gelitten. Nun sei die Krankheit fortgeschritten und er leide an COPD 1. Der Patient sei zu 100% arbeitsunfähig. Er erhalte Oxygenotherapie mit 2 l/min in kontrollierter und kontinuierlicher Form. Er werde mit inhalatorischer Therapie, Methylxhantin, Kortikoiden, von Zeit zu Zeit Antibiotika, Beta-Agonisten, Anticholinergika, rehydratorischer Therapie, Expektorans, Sekretolytika behandelt. - Dr. sci. B._____, Internist und Kardiologe, berichtete am 8. Januar 2008, der Patient leide an Dyscopathia lumbalis, Syndrom Depressivum, Hypertensio art. lab, Cor Hypertensivum und werde mit Corvitol und Diazepam behandelt (act. IVSTA 230, 274). - Gemäss Arztbericht von Dr. F._____, vom 11. Januar 2008 leidet der Beschwerdeführer an chronischer obstruktiver Bronchitis, Bronchiectasie der Lunge beidseits, Herzinsuffizienz, anxioso-depressivem Syndrom und an Discopathie L2-L3 und könne deshalb nicht arbeiten (act. IVSTA 277). - Im Kurzarztbericht vom 2. Februar 2008 diagnostizierte Dr. G._____, discopathia lumbalis, discus hernia L2-L3, st. post. contusio regio lumbalis, chronische obstruktive Bronchitis, Bronchiectasie pulm. bill, cor. pulmonale chr. insuff. Der Patient könne nicht arbeiten (act. IVSTA 278, act. 23/4e). - Dr. D._____, berichtete am 9. Oktober 2008 (act. IVSTA 284) und 10. März 2009 (act. IVSTA 292) der Patient leide an depressivem Angstsyndrom, Syndrom lumbalis chronica, Discopathia L2-L3 kompressive Myelopathie. Er erhalte wegen eines chronischen depressiven Verlaufs eine Therapie mit Antidepressiva und Anxiolitika, von Zeit zu Zeit erhalte er analgetische Medikamente wegen der permanenten Somatisierung in Form von chronischen Schmerzen und Parästhesien der unteren Extremitäten. Der Patient sei indisponiert, mit depressivem Affekt, antriebslos, besorgt um den eigenen Gesundheitszustand, ohne Motivation zu irgendeiner nützlichen Tätigkeit. Sein gesamtes Trachten sei auf die eigenen gesundheitlichen und existenziellen Probleme konzentriert. Die existenziellen Sorgen führten zur Verschlechterung des Zustands. Er müsse die Behandlung beim Psychiater und beim Hausarzt fortsetzen. Die Arbeitsfähigkeit sei um mehr als 80% eingeschränkt. - Im Kurzarztbericht von Dr. H._____, vom 7. November 2008 und vom 17. Dezember 2008 (act. IVSTA 285, 287, act. 23/4a, 23/3n) wurde festgehalten, der Patient leide an discopathia lumbales, discus hernia, st. post. contusionem region lumbalis und sei arbeitsunfähig. - Dr. A._____, berichtete am 8. Januar 2009 (act. IVSTA 275) und 9. März 2009 (act. IVSTA 288), der Patient habe auf beiden Seiten des lumbosakralen Bereichs Schmerzen, vermehrt auf der linken Seite, was durch einen hochgradigen Verlust der Sensibilität links zum Ausdruck komme. Bei der Palpation der lumbosakralen Region habe er im Bereich von L2-L3 und L5-S1 Schmerzen. Die Lasègue-Zeichen seien auf beiden Seiten positiv. Die Arbeitsunfähigkeit betrage mehr als 80%. - Am 9. März 2009 berichtete Dr. F._____, (act. IVSTA 289, act. 23/3e), der Patient leide an chronischer obstruktiver Bronchitis, Bronchoektasen der Lunge, Herzinsuffizienz, ängstlich-depressivem Syndrom, Discopathia L2-L3 und sei zu 90% arbeitsunfähig. - Laborbefunde vom 30. März 2009 (act. IVSTA 295) - Die eingereichten unleserlichen bzw. undatierten Arztberichte enthalten die bereits weiter oben aufgeführten Diagnosen (act. IVSTA 224 - 229, 234, 235, 240 - 244, 246 - 251, 253 - 269, 271 - 273, 279, 282, 283, 286,

294 und 298).

E. 4.2.3

Die Vorinstanz legte die Arztberichte ihrem regionalen ärztlichen Dienst (RAD), Dr. I._____, vor, welcher in seinem Bericht vom 21. August 2009 (act. IVSTA 301) festhielt, die eingereichten Akten würden die seit Jahren festgehaltenen Diagnosen enthalten, welche durch die MEDAS im Jahre 1994 als haltlos und falsch beurteilt worden seien. Aus den Akten sei nicht ersichtlich, dass die Handgelenksfraktur eine relevante Funktionseinschränkung ergeben hätte. Es werde von einer chronischen Bronchitis Stad. 1 berichtet. Eine schwere Herzkrankheit habe Dr. sci. B._____ nicht belegen können. Aus den Akten würden sich keine Anhaltspunkte ergeben, wonach sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers über Oktober 2005 hinaus dauernd und nachhaltig geändert haben sollte. Der Beschwerdeführer sei zu 70% arbeitsfähig für leichte und mittelschwere Arbeiten.

E. 4.2.4

Nach dem abweisenden Vorbescheid reichte der Beschwerdeführer mit seinem Einwand die folgenden medizinischen Akten ein : - Im Kurzarztbericht vom 23 August 2009 diagnostizierte Dr. med. C._____ COPD 1, Bronchi extensive pulm bill, Cor. pulmonale eranicum und chr. Gastritis (act. IVSTA 304). - Dr. E._____ bestätigte am 22. September 2009 die bereits vorher gestellten Diagnosen und hielt fest "Se = 95". Der Patient sei 100% arbeitsunfähig (act. IVSTA 305). - Dr. D._____ bestätigte am 22. September 2009 die bisher gestellten Diagnosen (act. IVSTA 306). - Dr. A._____ berichtete am 9. März 2009 (act. IVSTA 288) und 23. September 2009 (act. IVSTA 307), der Patient leide an Schmerzen auf beiden Seiten des lumbosakralen Bereichs, vermehrt auf der linken Seite. Die Lasègue-Zeichen seien positiv. Die Arbeitsunfähigkeit betrage mehr als 80% für bisherige Tätigkeiten. - Dr. F._____ bestätigte am 23. September 2009 die bisher gestellten Diagnosen (act. IVSTA 308).

E. 4.2.5

Die Vorinstanz legte in der Folge die Arztberichte (E. 4.1.4) ihrem RAD-Arzt Dr. I._____, vor, welcher in seinem Schreiben vom 8. November 2009 festhielt, die Arztberichte würden keine Neuigkeiten enthalten, sondern die schon seit Jahren mitgeteilten und zum Teil falschen Diagnosen, die schon in den Vorgesuchen jeweils zur Diskussion gestanden seien. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. Im Vordergrund stehe die Rentenbegehrlichkeit.

E. 4.3

Bis zum Verfügungszeitpunkt lagen der Vorinstanz die oben aufgeführten Arztberichte vor, welche mit früheren Arztberichten teilweise wortwörtlich übereinstimmen, nur rudimentär bis gar nicht begründet sind und über die Leiden nicht hinreichend Aufschluss geben. Die Vorinstanz hätte, mittels eines Gutachtens, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers abklären lassen müssen, was sie unterliess. Damit ist die Vorinstanz dem Abklärungsauftrag des Bundesverwaltungsgerichts gemäss dessen Urteil vom 17. Dezember 2007 nicht hinreichend nachgekommen.

E. 4.4

Es bleibt zu prüfen, ob die Arztberichte, welche der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren einreichte, allenfalls Aufschluss über die Entwicklung des

Gesundheitszustandes ergeben.

E. 4.4.1

Zusammen mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer die folgenden, sich noch nicht bei den Akten befindenden Arztberichte ein: - Dr. sci. B._____, Internist und Kardiologe, hielt am 18. Januar 2006 fest, der Beschwerdeführer leide an Discopathia lumbalis, Syndrom Depressivum, Hypertensio art. Lab. und Cor. hypertensivum (act. 1/5, act. 23/1f). - Dr. med. C._____, berichtete am 23. September 2009, der Patient sei zyanotisch und leide an COPD 1, Bronchiectasiae pulm. Bill, Cor. Pulmonale chronicum und Gastritis chr. (act. 1/12, act. 23/2i). - Dr. D._____ wiederholte im Arztbericht vom 22. September 2009 die bekannten Beschwerden und hielt fest, der Patient sei zu 80% arbeitsunfähig (act. 1/14, act. 23/2j). - Am 22. September 2009 wiederholte Dr. E._____ (act. 1/15, act. 23/2g) die bereits bekannten Beschwerden und wies zusätzlich darauf hin, im RTG gebe es deutlich ausgeprägte vaskuläre Lungenzeichen mit verbreiterem unterem Mediastinum, Hila sei adhärent. Im rechten Lungenbereich im unteren Teil (basal) Schatten beim pulmonalen Parenchym verursacht durch häufige Dekompensation des kardiovaskulären Systems und dessen Entzündung (Pleuraerguss) "SE = 95". Der Patient habe früher an chronischer schleimig-eitriger Bronchitis, Bronchiectasie pulm. gelitten. Es liege eine COPD 1 vor. Der Patient erhalte eine Oxygenotherapie, kausale und symptomatische Therapie. Der Gesundheitszustand des Patienten sei sehr ernst. Der Patient sei zu 100% arbeitsunfähig. Auch die unter Ziff. 4.4.1. aufgeführten Berichte enthalten keine Aussagen zum Lungenleiden des Beschwerdeführers, welche sich auf medizinische Untersuchungen wie Blutwerte, Lungentest etc. stützen würden.

E. 4.4.2

Replikweise reichte der Beschwerdeführer am 17. Mai 2010 sich bereits bei den Akten befindende ärztliche Berichte ein (act. BVGer 10).

E. 4.5

Der RAD-Arzt Dr. I._____, FMH für Allgemeinmedizin und Phlebologie SGP, verwies in seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2010 (act. IVSTA 314) auf seine Stellungnahme vom 21. August 2009 und wies daraufhin, Dr. D._____, Psychiater, erwähne wiederum die seit Jahren mitgeteilten Diagnosen. Das Attest des Spitals S._____ vom 13. Mai 2010 erwähne wiederum die Diagnose COPD 1, was einer leichten chron. obstruktiven Bronchitis entspreche, trotzdem werde der Versicherte mit Sauerstoff behandelt, was eigentlich nur bei einer schweren obstruktiven Bronchitis notwendig sei. Eine Lungenfunktion, oder eine Messung der Sauerstoffsättigung des Blutes liege nicht vor, letztere sei eigentlich notwendig zu erwarten, wenn ein Patient in einem Spital einer O2-Behandlung unterzogen werden müsse. Skeptisch mache zudem an diesem Bericht noch die Tatsache, dass praktisch gleichlautende Spitalberichte von Dr. E._____ vorgelegt worden seien und zwar am 21. August 2006, 8. Oktober 2008, 10. März 2009, 22. September 2009 und eben am 13. Mai 2010. Im ärztlichen Alltag und insbesondere im Verkehr mit Spitälern habe er es nie erlebt, dass praktisch identische Berichte zum Teil wortwörtlich in einem Intervall von 4-5 Jahren erstellt worden seien. Zudem siedle die Ärztin die COPD im Stadium 1 an, d.h. sie sei leichter Natur, damit seien die in Anwendung gebrachten Sauerstoffbehandlungen fraglich notwendig gewesen und er bezweifle sehr, dass beim Versicherten nun eine Dauerbehandlung mit Sauerstoff durchgeführt werde. Die Hausärztin erwähne jedenfalls diese Behandlung nicht. Ob

tatsächlich eine erhebliche Einschränkung der Lungenfunktion vorliege mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten, sei mit den vorgelegten medizinischen Unterlagen nicht bewiesen. An seiner bisherigen Beurteilung halte er daher fest, es sei denn, klare objektivierbare Einschränkungen der Lungenfunktion könnten vorgelegt werden: Lungenfunktionsprobe, Blutanalyse inkl. Sauerstoffsättigungsgrad. Diese Untersuchungen hätten im Spital S. _____ anlässlich der Behandlung eigentlich gemacht werden müssen. Dr. I. _____ empfahl der Vorinstanz, diese Akten anzufordern und ihm das Dossier nochmals vorzulegen.

E. 4.6

In ihrer Duplik vom 3. August 2012 räumte die Vorinstanz ein, der beurteilende IV-Arzt habe festgestellt, in Bezug auf die Lungenleiden bestünden nähere Abklärungsbedürfnisse. Da ein ausgewiesener Sachverhalt nach Erlass der angefochtenen Verfügung die zeitliche Grenze der richterlichen Rechts- und Sachprüfung bilde (BGE 121 V 366), wäre dies in einem neuen Verfahren zu prüfen, jedoch sei das Sozialversicherungsabkommen mit dem früheren Jugoslawien in Bezug auf die Republik Kosovo gekündigt worden, weshalb Neurenten nicht mehr zugesprochen werden könnten.

E. 4.7

Vorliegend ist der Vorinstanz und dem RAD-Arzt Dr. I. _____ zuzustimmen, dass die Lungenleiden des Beschwerdeführers einer genaueren Abklärung bedürfen, wie dies das Bundesverwaltungsgericht bereits im Urteil vom 17. Dezember 2007 (C-2626/2006) festhielt. Die Vorinstanz geht fehl in der Annahme, dass das Sozialversicherungsabkommen mit dem früheren Jugoslawien in Bezug auf die Republik Kosovo nicht mehr anwendbar wäre. Wie unter E.2.1 dargelegt, ist das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 weiterhin anwendbar.

E. 5

In den Akten findet sich kein Gutachten, welches über das Lungenleiden des Beschwerdeführers und seine Arbeitsfähigkeit im massgebenden Zeitpunkt (Januar 2006 bis 30. November 2009) Auskunft geben würde. Die Vorinstanz hat den Beschwerdeführer demzufolge in Bezug auf die Lungenleiden begutachten zu lassen. Bei der vorzunehmenden Prüfung in materieller Hinsicht hat die Vorinstanz hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts zu beachten, dass auf Stellungnahmen des medizinischen Dienstes (respektive des RAD) nur unter der Bedingung abgestellt werden kann, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärztinnen und Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Auf das Erfordernis eines spezialärztlichen Titels kann ausnahmsweise grundsätzlich dann verzichtet werden, wenn dem untersuchenden resp. beurteilenden Arzt aktuelle Berichte und allenfalls bildgebende Untersuchungsunterlagen von entsprechend ausgebildeten Fachärztinnen oder Fachärzten zur Verfügung stehen und die bei einer versicherten Person vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht überaus komplex sind (vgl. etwa Urteile des BVGer C-4781/2008 vom 28. Juni 2010 und C-4016/2009 vom 31. Januar 2011, E. 3.2.1.). Die Vorinstanz hat unter diesen Aspekten den Beweiswert der RAD-Berichte zu prüfen. In diesem Zusammenhang hat die Vorinstanz weiter zu beachten, dass Dr. I. _____ Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und nicht Pneumologe ist, womit fraglich ist, ob er über die rechtsprechungsgemäss geforderte fachärztliche Qualifikation verfügt, um die

Lungenleiden zu beurteilen (vgl. Urteil 8C_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen).

E. 6

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 25. Dezember 2009 in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 30. November 2009 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist mit der Anweisung, den Beschwerdeführer begutachten zu lassen und anschliessend eine neue Verfügung zu erlassen.

E. 7

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

E. 7.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss in Höhe von Fr. 300.- ist nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

Weder der nicht anwaltlich vertretene obsiegende Beschwerdeführer noch die unterliegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 und 3 VGKE).

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