



Urteil vom 12. Oktober 2015

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiberin Barbara Camenzind.

Parteien

X. _____, Bosnien,
vertreten durch lic. iur. Gojko Reljić,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Neuanmeldung / Rentenanspruch
(Verfügung vom 25. Februar 2014).

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1952 geborene, in seiner Heimat Bosnien-Herzegowina wohnhafte X. _____ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer) war von Dezember 1980 bis November 1986 und von Februar 1989 bis Februar 1998 in der Schweiz als Tunnelbauer, zuletzt bei der A. _____ SA in Bellinzona als Maurer erwerbstätig und entrichtete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten [im Folgenden: IV-act.] der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz] 10, 27). Am 22. April 1996 meldete er sich erstmals zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (im Folgenden: IV) an. Das Gesuch wurde von der IV-Stelle des Kantons Tessin mit Verfügung vom 24. September 1997 mit der Begründung, es liege lediglich ein Invaliditätsgrad (im Folgenden auch: IV-Grad) von 30 % vor, abgewiesen (IV-act. 57).

B.

Mit Schreiben vom 8. August 2008 (Eingang bei der Vorinstanz am 20. August 2008) meldete sich der Versicherte im Wesentlichen wegen Diabetes mellitus Typ 2, eines Lungenemphysems und einer Steatohepatitis erneut zum Bezug einer Invalidenrente (im Folgenden auch: IV-Rente) an (vgl. IV-act. 1, S. 1 und 3; 12). Er machte mit Verweis auf die eingereichten Unterlagen geltend, seine Krankheit sei weiter fortgeschritten, weshalb er keine Arbeit mehr ausführen könne und bat um Überprüfung der medizinischen Berichte respektive seines Gesundheitszustandes. Das auf den 9. März 2009 datierte Formular YU/CH 4 (IV-act. 14) ging zusammen mit weiteren Unterlagen am 30. März 2009 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) ein. Nach Vorliegen des Fragebogens für den Versicherten (IV-act. 22) sowie der für die Beurteilung des Leistungsanspruchs massgeblichen medizinischen Berichte (IV-act. 18 und 23 bis 26) gab Dr. med. B. _____, Facharzt des regionalen ärztlichen Dienstes Rhône (RAD), am 16. September 2009 einen Schlussbericht ab (IV-act. 28). Gestützt auf diesen wurde am 15. Oktober 2009 ein Einkommensvergleich erstellt; dieser ergab einen Invaliditätsgrad von 35.05 % (IV-act. 29). In der Folge erliess die Vorinstanz am 22. Oktober 2009 einen Vorbescheid (IV-act. 30), mit welchem sie dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 35 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht stellte. Hiergegen brachte der Rechtsvertreter des Versicherten, lic. iur. Reljić, mit Schreiben vom 9. und 13. November 2009 (IV-act. 31 und 33) seinen Einwand vor

und reichte weitere Unterlagen, unter anderem ausführliche medizinische Dokumentationen von schweizerischen sowie bosnischen Ärzten, nach (IV-act. 34 bis 59). Nachdem sowohl der Rechtsvertreter als auch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) weitere Unterlagen bei der Vorinstanz eingereicht hatten, wurden diese am 20. Oktober 2010 erneut Dr. med. B. _____ vorgelegt (IV-act. 59, 62 f., 67, 69, 70 und 72). Der RAD-Arzt hielt an seiner Beurteilung vom 16. September 2009 fest (IV-act. 75), woraufhin die Vorinstanz mit Verfügung vom 29. November 2010 (IV-act. 76) das Leistungsbegehren des Versicherten abwies. Dieser Entscheidung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

C.

Mit Schreiben vom 16. August 2013 (IV-act. 83) gelangte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers erneut an die Vorinstanz und gab mit Verweis auf die beigelegten medizinischen Unterlagen an, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich wesentlich verschlechtert. In der Folge wies die Vorinstanz den Rechtsvertreter am 27. August 2013 darauf hin, dass die Anmeldung beim zuständigen heimatlichen Versicherungsträger, welcher die vorgeschriebenen Formulare abgebe, zu erfolgen habe (IV-act. 86). Am 8. Oktober 2013 ging bei der Vorinstanz das vom Beschwerdeführer am 17. September 2013 unterzeichnete Antragsformular ein (IV-act. 89). Nachdem die mit der Anmeldung eingereichten medizinischen Dokumente aus Bosnien dem RAD-Arzt Dr. med. C. _____ unterbreitet worden waren, gab dieser am 29. November 2013 eine Stellungnahme ab (IV-act. 93 bis 99), in der er ausführte, mit den neuen ärztlichen Dokumenten werde nicht glaubhaft gemacht, dass sich der IV-Grad des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert habe. Daraufhin erliess die Vorinstanz am 6. Dezember 2013 einen Vorbescheid (IV-act. 100), mit welchem sie den Versicherten dahingehend orientierte, dass die Voraussetzungen für die Prüfung des Gesuchs nicht erfüllt seien. Hiergegen liess der Versicherte am 10. Dezember 2013 seine Einwände sowie am 23. Dezember 2013 eine Nachbegründung vorbringen (IV-act. 101 und 103). In der Folge erliess die Vorinstanz am 17. Januar 2014 eine Verfügung (IV-act. 105), welche inhaltlich dem Vorbescheid vom 6. Dezember 2013 entsprach.

D.

Mit Schreiben vom 27. Januar 2014 (IV-act. 108) nahm die Vorinstanz ihre Verfügung vom 17. Januar 2014 zurück und gewährte dem Versicherten eine Frist zur Einreichung neuer medizinischer Unterlagen. Die am 6. Februar 2014 eingegangenen Arztberichte (IV-act. 109 bis 111) wurden erneut

dem RAD-Arzt Dr. med. C._____ unterbreitet, welcher mit Stellungnahme vom 20. Februar 2014 (IV-act. 113) an seiner Beurteilung vom 29. November 2014 festhielt. Daraufhin erliess die Vorinstanz am 25. Februar 2014 eine Verfügung (IV-act. 114) mit welcher sie die Verfügung vom 17. Januar 2014 aufhob. Die Vorinstanz gab an, aus den neu eingereichten Unterlagen gehe keine glaubhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes hervor, weshalb medizinische Abklärungen nicht angezeigt seien. Sie sei nicht in der Lage, das dritte Gesuch zu prüfen.

E.

Hiergegen liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 13. März 2014 (act. 1) Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 25. Februar 2014 sei aufzuheben, auf das Gesuch des Versicherten einzutreten, und ihm ab 1. August 2012 eine ganze IV-Rente zuzusprechen oder die Sache erneut abzuklären.

Zur Begründung wurde ausgeführt, alle bosnischen Spezialärzte gäben an, dass es zu einer Verschlechterung des psychischen und physischen Zustandes des Versicherten gekommen sei. Dr. med. C._____ habe in seinen sehr kurzen Stellungnahmen nicht angegeben, weshalb er die Beurteilungen der bosnischen Spezialärzte nicht anerkenne. Sei er tatsächlich der Meinung, dass klare Befunde nicht aufgeführt oder eine depressive Störung nicht verifiziert resp. quantifiziert worden sei, hätte er der Vorinstanz vorschlagen müssen, ausführlichere Berichte aus Bosnien anzufordern, den Versicherten in die Schweiz zur Untersuchung aufzubieten oder wenigstens die Beurteilung eines RAD-Psychiaters einzuholen. Dr. med. C._____ sei Facharzt für allgemeine Medizin. Der Versicherte leide unter verschiedenen Beschwerden, weshalb die Feststellung in der angefochtenen Verfügung, dass dieser RAD-Arzt grundsätzlich fähig sei, sämtliche Beeinträchtigungen zu beurteilen, nicht akzeptiert werden könne. Weiter sei als Anmeldedatum der 16. August 2013 anzuerkennen.

F.

In ihrer Vernehmlassung vom 17. Juni 2014 (act. 5) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, vorliegend handle es sich um ein erneutes Leistungsbegehren, welches auf vorangehende Verfahren vergleichend aufbaue. Die IV-Stelle habe den Sachverhalt wiederholt dem regionalärztlichen Dienst unterbreitet. Die fachliche Ausbildung des nun beurteilenden RAD-Arztes habe es wohl erlaubt, sich ein schlüssiges und nachvollziehbares Bild der

jetzt vorliegenden Leiden zu bilden. Mit seinem letzten Bericht habe der RAD-Arzt dabei die vorhergehenden Aussagen bestätigt, wonach aus sämtlichen eingereichten Arztberichten keine neuen Sachverhaltselemente hervorgingen, die auf eine wesentliche Verschlechterung der Erwerbstätigkeit schliessen liessen. Es bleibe somit bei der bisherigen Feststellung, wonach der Versicherte aufgrund seiner Leiden in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maurer seit dem 8. Mai 2008 gänzlich arbeitsunfähig sei; in leichteren angepassten Verweistätigkeiten beständen jedoch keine Einschränkungen. Der Einkommensvergleich mit 35 % Erwerbseinkommen vom 13. Oktober 2009 bewahre weiterhin seine Gültigkeit. Die IV-Stelle sei dementsprechend nicht gehalten gewesen, weitere Abklärungen zu veranlassen und habe das erneute Leistungsgesuch durch einen Nichteintretensentscheid erledigen dürfen.

G.

Mit Zwischenverfügung vom 25. Juni 2014 (act. 6) wurde der Beschwerdeführer – unter Hinweis auf die Säumnisfolgen – aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten; dieser Betrag wurde am 10. Juli 2014 zu Gunsten der Gerichtskasse überwiesen (act. 9).

H.

In seiner Replik vom 1. Juli 2014 (act. 8) liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten. Zur Begründung liess er ergänzend vorbringen, es sei unbestritten, dass er seit Mai 2008 für die frühere Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Jedoch liege auch für leichtere angepasste Tätigkeiten mindestens eine 70 % Arbeitsunfähigkeit vor. Die Vorinstanz hätte auf das neue Gesuch eintreten und die Beurteilung der Fachgruppe und nicht nur eines Einzelarztes einholen müssen. In Anbetracht der spezialärztlichen Dokumentationen aus Bosnien könne kein Bericht von Dr. med. C. _____ akzeptiert werden. Wäre dieser Arzt der Meinung, dass die medizinischen Befunde aus Bosnien unvollständig seien, hätte er der Vorinstanz vorschlagen müssen, anhand eines Fragenkatalogs den Verlauf und klare Befunde anzufordern.

I.

In ihrer Duplik vom 28. Juli 2014 (act. 11) machte die Vorinstanz geltend, aus der Replik vom 1. Juli 2014 ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte, welche Veranlassung zu einer geänderten Betrachtungsweise gäben. Es lägen keine neuen Sachverhaltselemente vor, die eine erneute medizinische Unterbreitung bedingten. Die Glaubhaftmachung einer erheblichen

Veränderung des IV-Grades werde weiterhin nicht dargelegt. Die summarische Prüfung ohne weitergehende Abklärungen sei nach wie vor gerechtfertigt. Dementsprechend werde an den in der Vernehmlassung getroffenen Feststellungen und den darin gestellten Anträgen festgehalten.

J.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [Verwaltungsverfahrensgesetz; VwVG; SR 172.021]; BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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-26^{bis} und 28-70 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).

1.3 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2014 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher grundsätzlich einzutreten (vgl. sogleich E. 1.4).

1.4 Anfechtungsobjekt bildet die Nichteintretensverfügung der Vorinstanz vom 25. Februar 2014 (IV-act. 114). Strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung, d.h. insbesondere, ob die Vorinstanz zu Recht mangels Glaubhaftmachung einer erheblichen Änderung des IV-Grades nicht auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers eingetreten ist. Der Anfechtungsgegenstand bildet nicht nur den Ausgangspunkt, sondern auch den Rahmen und die Begrenzung des Streitgegenstandes des Verfahrens. Über diejenigen Punkte, welche von der Vorinstanz nicht verfügungsweise entschieden wurde, kann das Bundesverwaltungsgericht daher grundsätzlich nicht urteilen (vgl. Urteil des BVGer C-366/2012 vom 17. Dezember 2013 E. 1.4 m.H.; BGE 131 V 164 E. 2.1 m.H.). Insoweit der Beschwerdeführer die Zusprechung einer (ganzen) IV-Rente beantragt, ist auf diesen materiellen Antrag nicht einzutreten, da vorliegend eine Nichteintretensverfügung der IVSTA angefochten ist, mit welcher über diesen Punkt nicht befunden wurde (vgl. BGE 132 V 74 E. 1.1 m.H., BGE 131 V 164 E. 2.1 m.H., Urteile des BGer 8C_498/2013 vom 23. Oktober 2013 E. 1e, 9C_708/2007 vom 11. September 2008 E. 1.2, und Urteil des BVGer C-366/2012 vom 17. Dezember 2013 E. 1.4 m.H.).

2.

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren dem Grundsatz nach anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1 Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreiten oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

2.2 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. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

2.3 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

2.4 Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. GYGI, a.a.O., S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder

zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

2.5 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; im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) und die Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung dieses Sozialversicherungsabkommens vom 5. Juli 1963 (nachfolgend: Verwaltungsvereinbarung; SR 0.831.109.818.12) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 203 E. 2b, 122 V 382 E. 1). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien und Mazedonien), nicht aber Bosnien und Herzegowina neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als Bürger von Bosnien und Herzegowina findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 sowie die Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 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 Alters- und Hinterlassenenversicherung 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 Alters- und Hinterlassenenversicherung nach den vorstehenden Ausführungen auf Grund des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10), der Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV, SR 831.101), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11).

2.6 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 – vorbehältlich 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), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen.

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 25. Februar 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung der Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (25. Februar 2014) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

3.

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 25. Februar 2014 auf das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers zu Recht nicht eingetreten ist.

4.

4.1 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. 1 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).

4.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden 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. Laut 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 zwischenstaatliche 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), ist vorliegend gegeben. Nach der Rechtsprechung des EVG stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

4.3

4.3.1 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, 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).

4.3.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHl 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

4.3.3 Gemäss Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen 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. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der medizinische Dienst für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt der versicherungsinterne Arzt seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit kein Grund, um einen Bericht des medizinischen Dienstes 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). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes 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).

4.4

4.4.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn damit glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV). Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung. Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, d.h. bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanmeldung. Für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung ist somit der Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, resp. die Aktenlage bei Erlass dieser Verfügung massgeblich (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 68 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.3.1).

4.4.2 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten

rechtserheblichen Sachumstandes 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 (Urteile I 724/99 vom 5. Oktober 2001 E. 1c/aa, nicht publiziert in: BGE 127 V 294, aber in: SVR 2002 IV Nr. 10, 8C_341/2011 vom 27. Juni 2011 E. 2.2.1).

4.5 Vorliegend hat der Beschwerdeführer innerhalb von 17 Jahren drei Gesuche um Ausrichtung einer Invalidenrente gestellt. Das erste Gesuch vom 22. April 1996 wurde von der IV-Stelle des Kantons Tessin mit Verfügung vom 24. September 1997 (IV-act. 57) abgewiesen. Im Rahmen der Prüfung des zweiten Gesuchs vom 8. August 2008 (IV-act. 14) stütze sich die Vorinstanz auf die vom RAD-Arzt Dr. med. B._____ verfassten Stellungnahmen vom 16. September 2009 und 10. November 2010 (IV-act. 28 und 75), welche auf den Arztberichten der Dres. med. D._____, E._____, F._____, G._____, H._____ sowie den SUVA-Akten (IV-act. 18 bis 26, 34 bis 59, 62 f., 67, 69, 70 und 72) basierten. Sie ermittelte einen IV-Grad von 35 % und wies das Leistungsbegehren erneut ab. Auf das dritte Gesuch (IV-act. 83) trat die Vorinstanz schliesslich nicht ein. Zur Begründung führte sie aus, bereits das zweite Gesuch vom 20. August 2008 nicht geprüft zu haben, weil nicht glaubhaft gemacht worden sei, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert habe. Eine wesentliche Verschlechterung habe auch bei der Prüfung des dritten Gesuchs nicht glaubhaft gemacht werden können.

Entgegen den Angaben der Vorinstanz erfolgte anlässlich der Beurteilung des zweiten Gesuchs eine umfassende materielle Prüfung. Der Vergleichszeitraum für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, erstreckt sich demnach vom 29. November 2010 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2014 (vgl. E. 4.4.1).

4.5.1 Im Rahmen der letzten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs (Anmeldung vom 8. August 2008) verwendete der RAD-Arzt Dr. med. C._____, Facharzt für allgemeine Medizin, in seiner Stellungnahme vom 10. November 2010 (IV-act. 75) die Diagnosecodes ICD-10: E11.9 (Diabetes mellitus Typ 2), J44.9 (chronisch obstruktive Lungenerkrankung [COPD]), I10.0 (Hypertonie) und F41.2 (generalisierte Angststörung). Er gab an, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig; für eine angepasste Verweistätigkeit hingegen liege keine Arbeitsunfähigkeit vor.

4.5.2 Zur Untermauerung der geltend gemachten gesundheitlichen Verschlechterungen liess der Beschwerdeführer mit seiner neuen Rentenanmeldung bei der Vorinstanz folgende Dokumente einreichen: Ein auf den 31. Januar 2012 datiertes, für den Behandlungszeitraum vom 25. Januar bis 31. Januar 2012 ausgestelltes Entlassungsschreiben von Prim. Dr. E._____, Internist des Kantonalkrankenhauses (...), gemäss welchem der Beschwerdeführer an einer dekompensierten Kardiomyopathie leide; es wurde zudem auf eine gestaute Veränderung an den Lungen hingewiesen (IV-act. 94); das Ambulanzblatt des Gesundheitsamts (...), neuropsychiatrische Ambulanz vom 31. Juli 2013, in welchem Prim. Dr. I._____, die Diagnose "depressive Symptomatik" stellte (IV-act. 95); das Ambulanzblatt des Kantonalkrankenhauses (...), Zentrum für Dialyse, vom 2. August 2013, in welchem Dr. J._____, eine chronisch dekompensierte Kardiomyopathie, eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipoproteinämie, Diabetes mellitus, eine Cholezystitis und eine generalisierte Angststörung diagnostizierte (IV-act. 96); der Befund des Gesundheitsamts (...) vom 6. August 2013, in dem der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. K._____, die Diagnosen Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, chronische dekompensierte Kardiomyopathie und Hypertriglyceridämie feststellte und zudem ausführte, die Befunde der internistischen Abteilung wiesen auf eine Herzschädigung hin, welche in Richtung Dekompensation gehe; die Laborbefunde zeigten im Glucose-Profil Werte von 11.7, 12 und 14 und erhöhte Triglyceridewerte (IV-act. 97). Neben diesen medizinischen Unterlagen wurde ein auf den 7. Februar 2011 datierter Befund der radiologischen Ambulanz des Gesundheitsamts (...) eingereicht (IV-act. 93). Der Befund lautet auf den Namen Y._____, und betrifft offensichtlich nicht den Beschwerdeführer. Er ist aus diesem Grund als Beweismittel nicht geeignet und wird für die Beurteilung des vorliegenden Falles nicht herangezogen.

Anlässlich des Anhörungsverfahrens reichte der Beschwerdeführer folgende Unterlagen nach: den Ambulanzschein vom 14. Januar 2014 der neuropsychiatrischen Abteilung des Gesundheitsamts (...), in welcher die Diagnose Depression 32.3 (recte: F32.3) angegeben und zudem ausgeführt wurde, der Beschwerdeführer leide unter verschlechterten psychischen Beschwerden (IV-act. 107 und 109, S. 2); den Ambulanzschein des Kantonalkrankenhauses (...), Abteilung für Dialyse und Nephrologie vom 10. Januar 2014 (IV-act. 110), in welchem Prim. Dr. E._____, Facharzt für Innere Medizin, die bereits gestellten Diagnosen bestätigte (arterielle Hypertonie, chronisch obstruktive Lungenerkrankung [COPD], Diabetes mellitus Typ 2, chronische dekompensierte Kardiomyopathie, Cholezystitis und generalisierte Angststörung); den Befund des Gesundheitsamts (...),

in welchem der Facharzt für Allgemeinmedizin, Dr. K._____, die Grunddiagnose: I20, begleitende Diagnosen F43.1, E11, Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie und generalisierte Angststörung stellte (IV-act. 111). Der Datumstempel ist auf der Fotokopie dieses Dokuments nicht erkennbar.

4.5.3 Nach Überprüfung der im Rahmen des neuen Anmeldeverfahrens eingereichten medizinischen Berichte stellte der RAD-Arzt Dr. med. C._____ folgende Diagnosen: Kardiomyopathie (ICD-10: I42.9), Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10: E11.9), chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (ICD-10: J44.9), Hypertonie (ICD-10: I10.0), generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.2) und Hyperlipoproteinämie (ICD-10: F78.2). Gleichzeitig erwähnte er eine Osteosynthese der Tibiafraktur links. Zusammengefasst kam er zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stabilisiert habe. In den Arztberichten seien eine Kardiomyopathie mit leichtmässiger Dekompensation und eine ängstlich-depressive Störung angeführt, ohne dass diese Beschwerden mittels entsprechenden Befunden verifiziert und quantifiziert worden seien. Verlauf wie klare Befunde seien nicht aufgeführt worden. Es werde nicht glaubhaft gemacht, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert habe (IV-act. 99, 113).

4.5.4 Die Vorinstanz stütze sich mit Blick auf den Vergleichszeitpunkt bei Erlass der Verfügung vom 25. Februar 2014 auf Art. 87 Abs. 2 IVV und stellte fest, die eingegangenen medizinischen Berichte enthielten keine neuen Elemente; es gehe daraus keine glaubhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes hervor, weshalb sie keine medizinischer Abklärungen durchgeführt habe.

4.5.5 Bei den Stellungnahmen von Dr. med. C._____ (RAD-Arzt) handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV siehe Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

4.5.6 Die nach Würdigung der Gutachten der Dres. E._____, I._____, J._____, und K._____ abgegebene Beurteilung von Dr. med.

C._____, wonach der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nicht glaubhaft darlegen habe können, ist vom Umfang her eher etwas knapp ausgefallen. Zum einen äusserte sich Dr. med. C._____ nicht explizit zu den medizinischen Berichten der bosnischen Ärzte, zum anderen sind seine Angaben widersprüchlich. Im Rahmen der letzten, für die Vergleichsbasis entscheidenden Überprüfung des Rentenanspruchs im November 2010 hat er angegeben, der Beschwerdeführer leide an Diabetes mellitus Typ 2, chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), Hypertonie und einer generalisierten Angststörung. Am 29. November 2013 diagnostizierte er neben den bereits gestellten Krankheitsbefunden zusätzlich eine Kardiomyopathie und Hyperlipoproteinämie; jedoch gab er in seiner Einschätzung an, dass diese Krankheitsbilder nicht genügend verifiziert worden seien. Dies, obwohl die bosnischen Ärzte eine nach der letzten umfassenden Untersuchung im Jahr 2010 sich kontinuierlich verschlechternde kardiologische Erkrankung festgestellt haben. Insgesamt ist der Schlussbericht von Dr. med. C._____ nicht rechtsgenügend nachvollziehbar. Insbesondere lässt er eine überzeugende und schlüssige Begründung dafür vermissen, weshalb die Schwelle der Glaubhaftmachung nicht erreicht sein soll. Unter diesem Aspekt resp. mit Blick auf das vorstehend Dargelegte kann seinen Berichten vom 29. November 2013 und 20. Februar 2014 (IV-act. 99 und 113) mangels Schlüssigkeit keine volle Beweiskraft zukommen.

4.6 Die bosnischen Ärzte hingegen äussern sich klar und dokumentieren die Beschwerdebilder verständlich. Die neu eingereichten Unterlagen weisen keine Widersprüche auf und genügen deshalb den Anforderungen eines Arztzeugnisses (vgl. E. 4.3.2). Es ist auch anzumerken, dass sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers innerhalb von 12 Jahren bereits um 5 % verändert hat. So stellte die IV-Stelle des Kantons Tessin mit Verfügung vom 24. September 1997 einen IV-Grad von 30 % fest. Anlässlich des zweiten Verfahrens im Jahr 2009 wurde ein IV-Grad von 35 % berechnet. Dies deutet darauf hin, dass sich Zustand des Beschwerdeführers entgegen der Beurteilung des RAD-Arztes nicht stabilisiert hat. Mit Blick auf die Unterlagen der bosnischen Ärzte und den Krankheitsverlauf während der letzten Jahre wird glaubhaft gemacht, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in anspruchsvoller Weise verschlechtert haben könnte. Die Vorinstanz hat deshalb eine materielle Überprüfung des Rentengesuchs vorzunehmen.

5.

5.1 Der Beschwerdeführer liess beschwerdeweise weiter vorbringen, als Anmeldedatum seines dritten Rentenantrags sei der 16. August 2013 anzuerkennen. Er verwies dabei auf seinen im Rahmen des Anhörungsverfahrens eingereichten Einwand (IV-act. 103), in welchem er ausführte, das neue Gesuch am 16. August 2013 an die Vorinstanz gesandt zu haben. Die Vorinstanz führte dazu in der angefochtenen Verfügung aus, das korrekte Anmeldedatum sei der 18. September 2013; nämlich der Tag, an dem die Verbindungsstelle in Bosnien das entsprechende Formular unterschrieben habe. Es ist somit zu prüfen, auf welches Datum die Anmeldung festzulegen ist.

5.2 Dem vorliegend anwendbaren Sozialversicherungsabkommen ist in seinen Durchführungsbestimmungen (Art. 4) zu entnehmen, dass in Jugoslawien wohnhafte jugoslawische Staatsangehörige, die Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erheben, ihr Gesuch bei der zuständigen Landesanstalt einzureichen haben (Abs. 1). Für die Gesuche sind die von der Schweizerischen Ausgleichskasse den Landesanstalten zur Verfügung gestellten Formulare zu verwenden (Abs. 2). Die zuständige Landesanstalt vermerkt das Datum des Eingangs auf dem Rentengesuch, prüft dasselbe auf seine Vollständigkeit und bestätigt die Richtigkeit der vom Gesuchsteller gemachten Angaben und die Gültigkeit der von ihm vorgelegten Ausweise (Abs. 3). Die zuständige Landesanstalt leitet hierauf die Rentengesuche an die Schweizerische Ausgleichskasse weiter (Abs. 4).

Nach Art. 29 Abs. 1 ATSG hat sich jemand, der eine Versicherungsleistung beansprucht, beim zuständigen Versicherungsträger in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form anzumelden. Für die Anmeldung und zur Abklärung des Anspruches auf Leistungen geben die Versicherungsträger unentgeltlich Formulare ab, die vom Ansprecher oder seinem Arbeitgeber und allenfalls vom behandelnden Arzt vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen sind (Abs. 2). Wird eine Anmeldung nicht formgerecht oder bei einer unzuständigen Stelle eingereicht, so ist für die Einhaltung der Fristen und für die an die Anmeldung geknüpften Rechtswirkungen trotzdem der Zeitpunkt massgebend, in dem sie der Post übergeben oder bei der unzuständigen Stelle eingereicht wird (Abs. 3). Ist der Zeitpunkt der Anmeldung strittig, trägt die anmeldende Person die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit (KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, N 19 zu Art. 29).

5.3 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte ein auf den 16. August 2013 datiertes Schreiben bei der Vorinstanz ein (Eingang am 22. August 2013; IV-act. 83, S. 1), in welchem er ausführte, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Daraufhin informierte die Vorinstanz den Rechtsvertreter, dass die Anmeldung beim zuständigen heimatlichen Versicherungsträger einzureichen sei und das vollständig ausgefüllte Formular durch die Verbindungsstelle innert 90 Tagen bestätigt werden müsse. Nach Ablauf dieser Frist könne "das Schreiben nicht mehr als Antragsdatum berücksichtigt werden" (IV-act. 86). Das Schreiben vom 16. August 2013 ist somit als Anmeldung für eine IV-Rente zu qualifizieren. Das entsprechende, von der Verbindungsstelle am 18. September 2013 unterzeichnete Formular (IV-act. 89) ging am 8. Oktober 2013 – also innerhalb von 90 Tagen – bei der Vorinstanz ein. Die für den Beschwerdeführer als bosnischen Staatsangehörigen zu berücksichtigenden Anmeldemodalitäten sind in Art. 4 der Durchführungsbestimmungen zum Sozialversicherungsabkommen geregelt. Danach muss das Gesuch unter Verwendung der entsprechenden Formulare bei der zuständigen Landesstelle eingereicht werden. Vorliegend wurde die Anmeldung weder auf dem dafür vorgesehenen Formular noch bei der zuständigen Behörde in Bosnien-Herzegowina, sondern bei der Vorinstanz, eingegeben. Da das von der Verbindungsstelle unterzeichnete Formular innert 90 Tagen nachgereicht wurde, ist für die an die Anmeldung geknüpften Rechtswirkungen deshalb in Anwendung von Art. 29 Abs. 3 ATSG der Zeitpunkt massgebend, an welchem die Anmeldung der Post übergeben wurde. Das Schreiben vom 16. August 2013 wurde eingeschrieben aufgegeben; der Poststempel des Couverts trägt das Datum des 20. August 2013, 16.54 Uhr (IV-act. 83, S. 2). Folglich ist der 20. August 2013 als Anmeldedatum festzulegen.

6.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass die Änderung des IV-Grads in einer für den Anspruch erheblichen Weise glaubhaft gemacht worden ist. Die angefochtene Verfügung vom 25. Februar 2014 beruht damit auf einem unvollständig ermittelten Sachverhalt (Art. 49 lit. b VwVG und Art. 49 ATSG), weshalb die Beschwerde vom 13. März 2014 in dem Sinne gutzuheissen ist, als dass die angefochtene Verfügung vom 25. Februar 2014 aufzuheben und die Sache mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, auf das Rentengesuch vom 20. August 2013 einzutreten, Abklärungen betreffend eines Rentenanspruchs durchführen zu lassen und anschliessend – nach Vornahme zusätzlicher Abklärungen zur Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteile

I 462/02 des EVG vom 26 Mai 2003 und 9C_921/2009 des BGer vom 22. Juni 2010) sowie nach Durchführung eines allenfalls erforderlichen Einkommensvergleichs – in der Sache neu zu verfügen.

7.

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

7.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Dieser ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteienschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Dem nicht-anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer ist zu Lasten der Vorinstanz für den gebotenen und aktenkundigen Aufwand eine Parteienschädigung von Fr. 800.- zuzusprechen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE).

Keinen Anspruch auf Parteienschädigung haben Bundesbehörden und, in der Regel, andere Behörden, die als Parteien auftreten (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde vom 13. März 2014 wird gutgeheissen, soweit darauf eingetreten wird. Die angefochtene Verfügung vom 25. Februar 2014 wird aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen gemäss Ziff. 6 an die Vorinstanz zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 800.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Michael Peterli

Barbara Camenzind

(Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen)

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: