



Abteilung III
C-4629/2014

Urteil vom 8. September 2016

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter David Weiss, Richter Daniel Stufetti,
Gerichtsschreiber Urs Walker.

Parteien

A._____, DE-X._____,
vertreten durch **B.**_____, CH-Y._____,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

IV, Neuanmeldung;
Verfügung der IVSTA vom 5. August 2014.

Sachverhalt:**A.**

A. _____ (*nachfolgend: Beschwerdeführer*), geboren am 21. Januar 1984 in Ghana, schweizerischer und deutscher Staatsangehöriger, wohnhaft in DE-X. _____, leidet nachweislich seit frühester Kindheit an Kinderlähmung (Poliomyelitis). Am 19. Oktober 1988 meldete ihn seine Adoptivmutter B. _____ bei der IV-Kommission des Kantons Zug zum Bezug von IV-Leistungen für Minderjährige an. Am 19. Juli 1989 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch mit der Begründung ab, es liege kein von der Invalidenversicherung anerkanntes Geburtsgebrechen vor und zudem fehlten die Anspruchsvoraussetzungen nach Art. 12 IVG (Akten der IV-Stelle Zug [ZG] 16, 21, 33).

B.

Am 27. November 2006 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV-Stelle Zug zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene an (ZG 64). Nach Vorlage der Akten an den Regionalärztlichen Dienst M. _____ (Dr. C. _____, Stellungnahme vom 23. August 2007 [ZG 81]), welcher keine invalidisierende Erkrankung feststellen konnte, wies die IV-Stelle Zug das Gesuch mit Verfügung vom 22. Oktober 2007 ab (ZG 86).

C.

Am 26. Juni 2013 stellte der Beschwerdeführer, vertreten durch seine Adoptivmutter, bei der IV-Stelle Zug ein neues Leistungsgesuch (ZG 92). Mit Schreiben vom 17. Juli 2013 leitete die IV-Stelle Zug das Leistungsgesuch an die neu zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz*) weiter (ZG 102; Akten der Vorinstanz [doc.] 1). Nach zweimaliger Stellungnahme des RAD Z. _____ vom 7. März 2014 und vom 25. Juli 2014 (Dr. D. _____) trat die Vorinstanz am 5. August 2014 auf das Leistungsgesuch nicht ein mit der Begründung, der Beschwerdeführer habe nicht glaubhaft machen können, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe (doc. 35).

D.

D.a Mit Beschwerde vom 19. August 2014 (Beschwerdeakten [B-act.] 1) liess der Beschwerdeführer ausführen, die Vorinstanz habe nicht wahrgenommen, dass er im Jahr 2012/2013 eine zweite Kinderlähmung, eine sogenannte Postpolio, erlitten habe und er deshalb nicht mehr zu 100% ar-

beitsfähig sei. Die deutsche Rentenversicherung Berlin bezahle eine monatliche Rente von € 109.99. Die schweizerische Invalidenversicherung habe ihn nie zu einem Arztbesuch aufgefordert und berufe sich darauf, dass Entscheide ausländischer Sozialversicherungen nicht bindend seien. Trotzdem beurteile die Vorinstanz das neurologische Gutachten von Dr. E. _____ aus Deutschland und schliesse – entgegen dessen Schlussfolgerungen – auf Abweisung des Rentengesuchs. Die Postpolio habe einen grossen Verlust des Beweglichkeitsablaufs der Beine zur Folge gehabt, was den beigelegten Arztberichten zu entnehmen sei. Sinngemäss beantragte der Beschwerdeführer die Ausrichtung einer Invalidenrente oder zumindest eine Begutachtung in der Schweiz.

D.b Der mit Zwischenverfügung vom 21. August 2014 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 400.- wurde am 25. August 2014 einbezahlt (B-act. 2, 4).

D.c In ihrer Vernehmlassung vom 29. September 2014 (B-act. 6) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung.

Zur Begründung führte sie aus, es bestehe keine Bindung der schweizerischen Invalidenversicherung an die Beurteilung deutscher Versicherungsträger, Krankenkassen, anderer Behörden und Ärzte; Rentenbescheide, Krankenkassenbescheinigungen und ärztliche Beurteilungen unterständen folglich der freien Beweiswürdigung. Der Beschwerdeführer könne deshalb aus der Feststellung eines Rentenspruchs der deutschen Rentenversicherung nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die Invalidität werde nach schweizerischem Recht nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Kriterien definiert. Der RAD-Arzt habe das seit 2011 bzw. 2012 verstärkt in Erscheinung getretene Postpoliosyndrom zur Kenntnis genommen und festgestellt, dass aus neurologischer Sicht keine neuen Sachverhaltselemente vorlägen, die auf eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit der wirtschaftlichen Erwerbstätigkeit hinwiesen. Die Beinschwäche links vermehrt als rechts sowie die Lendenschmerzen seien seit Jahren bekannt, die psychischen Leidensvorbringen hätten keinen invalidisierenden Charakter. Aufgrund dieser Beurteilung durch den RAD-Arzt seien keine weiteren Abklärungen notwendig und auf das Gesuch sei nicht einzutreten.

D.d In der Replik vom 14. Oktober 2014 (B-act. 8) beantragte der Beschwerdeführer sinngemäss die Ausrichtung einer Invalidenrente, da er zu-

mindest zu 40% dauernd erwerbsunfähig sei. Er habe vor dem Postpoliosyndrom einer regelmässigen Arbeit nachgehen können, was sich nachher schlagartig geändert habe. Das Postpoliosyndrom habe die Begleiterscheinungen extrem verstärkt. Beim Postpoliosyndrom könnten Muskelgruppen betroffen sein, welche von der Kinderlähmung nicht befallen gewesen seien, es erfolge eine verminderte Belastbarkeit der Muskeln, verstärkte Müdigkeit, Schmerzen in den Gelenken, Kälteintoleranz etc. Die Belastbarkeitsgrenze sei auf ein Minimum gesunken, Treppensteigen stelle eine Herausforderung dar, längeres Sitzen, Stehen oder Laufen sei praktisch ausgeschlossen. Teilweise benötige er Hilfsmittel, wie z.B. Krücken, wenn die Belastung der Beine oder des Rückens zu gross werde. Sinngemäss beantragte er die Durchführung eines Gutachtens, welches die Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufzeige; die Beurteilung des deutschen Arztes habe die Vorinstanz nicht übernommen.

D.e Mit Schreiben vom 24. Oktober 2014 führte die Vorinstanz aus, dass sich aus der Replik keine neuen Sachverhaltselemente ergäben und bestätigte ihre Anträge auf Abweisung der Beschwerde und auf Bestätigung der angefochtenen Verfügung (B-act. 10).

D.f Einer weiteren Eingabe vom 19. November 2014 (B-act. 12) legte der Beschwerdeführer diverse Unterlagen aus der Zeit von 1985 bis 1991 bei, welche aufzeigten, dass die schweizerische Invalidenversicherung seinerzeit gewisse Kosten übernommen habe. Wiederum machte er geltend, er sei zu Unrecht in der Schweiz nicht fachärztlich untersucht worden.

D.g Mit Schreiben vom 9. Januar 2015 (B-act. 14) verzichtete die Vorinstanz erneut auf eine Stellungnahme, da sich aus dem Schreiben des Beschwerdeführers vom 19. November 2014 keine neuen Aspekte ergäben.

D.h Mit Schreiben vom 24. Februar 2015 wies der Beschwerdeführer u.a. darauf hin, dass er kaum noch auf Krücken verzichten könne und es für ihn immer noch unverständlich sei, dass er nicht von einem Polio-Spezialisten untersucht werde (B-act. 16).

D.i Mit Schreiben vom 27. Februar 2015 brachte das Bundesverwaltungsgericht der Vorinstanz das Schreiben des Beschwerdeführers vom 24. Februar 2015 zur Kenntnis (B-act. 17).

D.j Mit Schreiben vom 15. Oktober 2015 (B-act. 21) bat die Vertreterin des Beschwerdeführers um möglichst raschen Bescheid. Ihr Sohn (auf Krücken laufend, zeitweise auch im Rollstuhl) werde oft depressiv.

D.k Mit Schreiben vom 17. August 2016 (B-act. 23) bat die Vertreterin des Beschwerdeführers erneut um raschen Bescheid. Es gehe ihm körperlich schlecht, was sich auf seine Psyche auswirke.

E.

Auf die weiteren Vorbringen und Unterlagen der Parteien wird – soweit für die Entscheidungsfindung notwendig – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs.1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

1.3 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die Verfügung vom 5. August 2014 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

1.4 Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet worden ist, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

2.

2.1 Da der Beschwerdeführer schweizerischer und deutscher Staatsangehöriger ist, richten sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen der schweizerischen Invalidenrente

nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. Art. 6 Abs. 1 IVG; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-3597/2011 vom 11. Januar 2013 E. 2.1 und C-1563/2008 vom 13. September 2010 E. 3.1). Nichts anderes ergibt sich aus der Anwendung des Freizügigkeitsabkommens mit der Europäischen Union (vgl. bspw. Urteil des BVGer C-5022/2012 vom 6. Februar 2015 E. 3.1).

2.2 In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 5. August 2014) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.3 Mit Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (vgl. Art. 49 VwVG).

3.

3.1 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a).

3.2 Bezüglich 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 der 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 BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a).

3.3 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung 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 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch 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).

3.4 Bei Stellungnahmen des RAD bzw. des medizinischen Dienstes der IVSTA ist hinsichtlich des Beweiswertes zu unterscheiden, ob es sich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV oder um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV handelt.

Der Beweiswert eines Untersuchungsberichtes des RAD bzw. des medizinischen Dienstes der IVSTA ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar (vgl. E. 3.3 hiervor), sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1).

Bei einem Aktenbericht beurteilt der IV-Arzt die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, fasst die medizinischen Untersuchungsergebnisse zusammen und gibt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Versicherungsfalles aus medizinischer Sicht ab. Ein Aktenbericht erfüllt somit eine andere Funktion als ein medizinisches Gutachten, weshalb er die inhaltlichen An-

forderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen kann und muss. Dennoch wird ihm nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung aberkannt, vielmehr ist er ein entscheidrelevantes Aktenstück, sofern die vom IV-Arzt beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (Urteil des BVGer C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen, Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des IV-Arzt in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

3.5 Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2).

4.

4.1 Hier liegt eine Verfügung im Streit, mit der die Vorinstanz unter Hinweis auf Art. 87 Abs. 3 IVG auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 17. Juli 2013 nicht eingetreten ist (doc. 35). Dr. D. _____ des RAD Z. _____ bestätigte vorgängig in zwei Stellungnahmen (doc. 14, 34), dass der Beschwerdeführer nicht glaubhaft machen können, dass sich sein Gesundheitszustand in erheblicher Weise geändert habe. Das Bundesverwaltungsgericht hat daher hier einzig zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf die Neuanmeldung vom 17. Juli 2013 eingetreten ist.

4.2 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird auf eine Neuanmeldung nur dann eingetreten, wenn die versicherte Person *glaubhaft macht*, dass sich der Grad der Invalidität seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu BGE 130 V 343 E. 3.4.3). Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, tritt die Verwaltung auf das Gesuch nicht ein und eröffnet dies durch Nichteintretensverfügung (BGE 109 V 108 E. 2b). Ist dagegen in einem für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das Gesuch einzutreten und in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen, ob die vom Versicherten glaub-

hafte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b).

4.3 Mit der Bestimmung von Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3; 125 V 410 E. 2b und 117 V 198 E. 4b). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist es in erster Linie Sache der versicherten Person selbst, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruches darzulegen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 und Urteil des BGer 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 3). In diesem Verfahrensstadium gilt demnach der Untersuchungsgrundsatz atypischerweise nicht. Vielmehr wird der versicherten Person für das Eintreten auf eine Neuanschuldung eine Behauptungs- und Beweisführungslast auferlegt (URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, § 21 Rz. 955 mit Hinweis auf BGE 130 V 68 E. 5.2.5 und BGE 117 V 198). Es sind dabei grundsätzlich alleine die im Verwaltungsverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen zu prüfen (Urteil des BGer 8C_264/2012 vom 4. Juli 2012 E. 2). Arztberichte, welche aus der Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung datieren und erst im Beschwerdeverfahren aufgelegt wurden, sind bei der Beurteilung der Frage, ob die Verwaltung auf die Neuanschuldung hätte eintreten müssen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5, 8C_844/2012 E. 2.2; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-2615/2012 vom 7. November 2013 E. 6.3.1, C-3632/2010 vom 5. März 2013 E. 4.4 und C-4362/2014 vom 23. Februar 2015 E. 2.3).

4.4 Unter Glaubhaftmachung ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehenden Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. An die Glaubhaftmachung sind je nachdem, ob die frühere, auf einer umfassenden materiellen Anspruchsprüfung beruhende Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit

zurückliegt, höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009, mit Hinweis auf BGE 109 V 262 E. 3). Bereits ab einer Zeitspanne von 15 Monaten dürfen nach der bundesgerichtlichen Praxis keine allzu hohen Anforderungen an die Glaubhaftmachung gestellt werden (BGE 130 V 64 E. 6.2; vgl. ferner Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-2615/2012 vom 7. November 2013 E. 5 sowie C-5007/2011 vom 21. Januar 2014 E. 5.1).

4.5 Wenn der Neuanmeldung zwar ärztliche Berichte beigelegt werden, diese indessen so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur, aber immerhin verpflichtet, wenn den für sich alleine genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt. Auch ist es der Verwaltung in einem solchen Fall unbenommen, entsprechende Erhebungen selbst anzustellen, ohne dass deswegen bereits auf ein materielles Eintreten auf die Neuanmeldung zu schliessen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1 am Ende, mit Hinweisen; siehe zum Ganzen auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1691/2013 vom 6. September 2013 E. 3.3 sowie C-5007/2011 vom 21. Januar 2014 E. 3).

4.6 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Beurteilung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten einer Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Diese Prüfung muss dabei denjenigen anspruchserheblichen Aspekt umfassen, auf dessen (behauptete) Veränderung sich die Neuanmeldung stützt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2009 [= SVR 2010 IV Nr. 54] vom 26. März 2010 E. 2.1; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4362/2014 vom 23. Februar 2014 E. 2.4).

5.

5.1 Die letzte materielle Würdigung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes erfolgte vorliegend mit der in Rechtskraft erwachsenen ersten Verfügung der IV-Stelle Zug vom 22. Oktober 2007. Deshalb ist hier zu prüfen, ob zwischen

dem 22. Oktober 2007 und dem 5. August 2014 eine durch die medizinische Situation bedingte, für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades glaubhaft dargetan ist. Da zwischen diesen beiden Zeitpunkten bereits fast 7 Jahre verstrichen sind, dürfen an die Glaubhaftmachung einer rentenrelevanten Gesundheitsverschlechterung nicht allzu hohe Anforderungen gestellt werden (vgl. vorne E. 4.4).

5.2 Grundlage für die medizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers anlässlich der ersten Verfügung bildeten folgende medizinische Unterlagen:

- Dr. F. _____, behandelnder Arzt und leitender Arzt des Kinderspitals Zürich, verfasste bis zum 8. Altersjahr des Beschwerdeführers mehrere Berichte. Am 16. August 1985 (ZG 8 f., B-act. 12 Beilage 5) hielt er als Diagnose einen paretischen Eversions-Knick-Plattfuss links, wahrscheinlich bei Status nach Poliomyelitis im Oktober 1984 fest. Zum Befund führe er aus: 17-jähriger Knabe, Gangbild mit angedeutetem Steppergang links bei Knick-Senkfuss und Abduktion des Vorfusses sowie Krallenhaltung der Zehen links. Im Stehen Beinlänge identisch, Wirbelsäule gerade und frei beweglich. Als Folge einer Muskelschwäche finde sich ein deutlicher paralytischer Knick-Plattfuss links unter Belastung. Am 29. April 1986 (ZG 10,11, B-act. 12 Beilage 4) erwähnte er eine partielle Lähmung einzelner Muskeln im Bereich des linken Fusses und Beines: Schwäche des Quadrizeps (Unterschenkelstrecker) und der Fussheber links. Die Muskelschwächen seien derart gering, dass funktionell beim Gehen kaum eine Behinderung feststellbar sei. Er empfahl eine Schalenschuheinlage links zur Stützung des Knick-Plattfusses, ansonsten seien keine Spezialtherapien notwendig. Am 17. Oktober 1988 (ZG 17,18, B-act. 12 Beilage 3) hielt er den Verdacht auf Status nach Poliomyelitis mit residueller Parese des linken Beins (Quadrizeps und Fussheber) und beginnende Spitzfusstendenz links fest, ebenso am 26. April 1989 (ZG 27 f.), wo zudem eine Beinverkürzung um 1 cm links im Stand und eine leichte linkskonvexe skoliotische Fehllhaltung festgestellt wurde. Am 14. Juni 1991 (ZG 43) hielt er eine Beinlängendifferenz von 2,5 cm fest sowie im Stand einen Beckenschiefstand mit linkskonvexer, thoraco-lumbaler Skoliose, welche sich im Liegen nicht völlig ausgleiche. Die Kraft der linken Fussheber sei vermindert und es bestehe eine verkürzte Wadenmuskulatur. Gleichzeitig bat er das Physiotherapieinstitut L. _____ um Durchführung einer Physiotherapie. Der Knabe leide an einer Restparese des linken Beines bei Status nach Poliomyelitis mit Verkürzung der Wadenmuskulatur und

Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur. Ziel der Therapie sei eine Dehnung der genannten Muskelgruppen (ZG 42). Am 2. September 1991 (ZG 46) hielt er zuhanden der IV zusätzlich fest, der linke Fuss lasse sich bei gestrecktem Bein nicht über die Neutralposition dorsal extendieren. Unbehandelt könne dies zu einer Fixierung des Spitzfusses führen.

- Dr. G. _____ (behandelnder Facharzt FMH für Innere Medizin) stellte am 25. September 1997 (ZG 52) einen Beckenschiefstand links mit einer Beinverkürzung links um ca. 2 cm bei der bekannten Parese des linken Beins mit Fussheberparese fest. Anamnestisch bestehe eine Ermüdung nach langem Stehen und Gehen, jedoch habe die Kraft im linken Bein während der letzten Jahre eher zugenommen. Physiotherapeutische Massnahmen seien seinerzeit vorgeschlagen, aber wohl nur kurzzeitig durchgeführt worden. Er bat Dr. F. _____ um Beurteilung, ob orthopädische oder physiotherapeutische Massnahmen notwendig seien.
- Am 3. November 1997 (ZG 50 f.) hielt daraufhin wiederum Dr. F. _____ fest, als Folge der Polio seien am linken Bein der Quadrizeps, Tibialis anterior und Extensor hallucis longus wahrscheinlich vollständig ausgefallen. Funktionell bestehe eine Schwäche der Hüftbeuger links mehr als rechts; [...] Tendenziell bestehe eine Kniebeugekontraktur links und eine Spitzfüssigkeit links. Zudem bestehe eine Beinlängendifferenz von 2,5 cm vorwiegend im linken Unterschenkelbereich. Zusammenfassend kam er zum Schluss, dass keine Massnahmen oder Therapien durchzuführen seien (vgl. dessen Schreiben an Dr. G. _____ vom 2. Dezember 1997 [ZG 53]).
- Im Arztbericht zuhanden der IV vom 26. März 2007 hielt Dr. G. _____ (ZG 74 ff.) einen Status nach Poliomyelitis 1984 mit konsekutiver Beinverkürzung/Parese links fest. Es werde abgeklärt, ob orthopädische Massnahmen notwendig seien und ob die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könne (vgl. Schreiben Dr. G. _____ an Dr. H. _____ vom 27. März 2007 [B-act. 1 Beilage 9]).
- Dr. H. _____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) diagnostizierte am 8. Mai 2007 (ZG 79 f., Beschwerdeakten [B-act. 1 Beilage 11) einen Status nach Poliomyelitis als Kleinstkind mit konsekutiven Lähmungserscheinungen vor allem der linken unteren Extremität und dadurch bedingter Fussparese

mit Spitzfuss links, muskulären Atrophien der linken unteren Extremität, Beinverkürzung und konsekutivem Beckenschiefstand links. Der Beschwerdeführer leide an der Hauptdiagnose und sei ansonsten sehr gesund. Er sei vor allem gestört durch den lästigen Steppergang bei Fussheberparese aufgrund der Poliomyelitisresiduen mit Ausbildung eines Spitzfusses sowie auch der muskulären Atrophien im Bereich der linken unteren Extremität und dem krankheitsbedingten Beckentiefstand um rund 3 cm linksseitig. Er schlug als Massnahmen eine aufbauende, muskulär kräftigende Physiotherapie sowie die Anfertigung einer Einlageversorgung des linken Fusses vor.

- Der RAD-Arzt Dr. C. _____ (Facharzt für Allgemeine Medizin) hielt in seiner Stellungnahme vom 23. August 2007 (ZG 81) aufgrund der Akten fest, die Poliomyelitis sei ausgewiesen. Mit Ausnahme des Spitzfusses, der muskulären Atrophien und der Beinverkürzung mit konsekutivem Beckentiefstand links sei der Versicherte gesund. Da kein Geburtsgebrechen vorliege, sei eine invalidisierende Erkrankung nicht zu erkennen.

5.3 Der aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist wie folgt dokumentiert:

- Das neurologische Fach- und Rehabilitationskrankenhaus I. _____ (gezeichnet: Dres. J. _____, Facharzt für Neurologie, und K. _____, Assistenzärztin) beschrieb nach einer 4-tägigen stationären Behandlung am 1. März 2013 eine Lumbago bei medio-lateralem Bandscheibenvorfall LWK4/5 rechts sowie ein Postpoliosyndrom. Der Patient berichte über nächtliche schmerzhafteste Muskelkrämpfe im linken Bein sowie eine seit einem Jahr zunehmende Schwäche in beiden Beinen (doc. 7, B-act. 1 Beilage 5).
- Der RAD-Arzt Dr. D. _____ (Facharzt für Allgemeine Medizin) diagnostizierte in seiner Stellungnahme vom 7. März 2014 (doc. 14) – mit unveränderter Arbeitsfähigkeit – ein Postpolio-Syndrom mit Spitzfuss-symptomatik, Muskelatrophien, Beinverkürzung (4 cm) und Beckenschiefstand links seit Jahren bei Status nach Poliomyelitis 1984 (G14). Weiter hielt er – als neue Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit – eine Lumbago bei mediolateralem Bandscheibenvorfall L4/5 mit Kompression L5 links im Rezessus (M51.2) fest. Er kam zum Schluss, der Beschwerdeführer habe mit den neuen Unterlagen nicht

glaubhaft machen können, dass sich seine Gesundheit in rentenrelevanter Weise geändert habe. Er verweist auf den Bericht der I._____. Dort werde zwar eine Kompression der Wurzel L5 links dokumentiert, in der ENG (Elektroneurographie) würden jedoch keine akuten Denervierungszeichen gefunden; die Befunde sprächen vielmehr für die chronische Denervierung bei Status nach Poliomyelitis. Die Lumbago sei nicht invalidisierend (doc. 14).

- Im neurologischen Gutachten vom 14. März 2014 zuhanden der deutschen Rentenversicherung stellte Dr. E._____ – gestützt auf eine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers am 11. März 2014 – ein Postpoliosyndrom (G 14) sowie einen Verdacht auf Lumbago bei Bandscheibenvorfall L4/5 (M 51) fest. Es bestehe derzeit kein ausreichendes Leistungsvermögen weder in seiner letzten ausgeübten Tätigkeit in einem Fitnessstudio noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt; es liege unter drei Stunden täglich. Er empfahl die Ausrichtung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (doc. 32 S. 8, B-act 1 Beilage 3).
- In der Mitteilung vom 28. April 2014 sprach die deutsche Rentenversicherung dem Beschwerdeführer eine vom 1. Juli 2013 bis zum 31. Oktober 2015 befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung zu (doc. 29, B-act. 1 Beilage 12).
- In seinem Schlussbericht vom 25. Juli 2014 (doc. 34) hielt Dr. D._____ des RAD Z._____ daran fest, dass eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft gemacht werden können. Eine eindeutige Verschlechterung werde im Gutachten von Dr. E._____ nicht dokumentiert.

6.

6.1 Einleitend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer während 106 Monaten Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat (doc. 19, 20) und damit die versicherungsmässigen Voraussetzungen nach Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt.

6.2 Die Vorinstanz stützt sich bei ihrer Beurteilung auf das Aktengutachten von Dr. D._____ (doc. 34). Dieser kommt zum Schluss, dass aufgrund der medizinischen Akten keine Verschlechterung glaubhaft gemacht worden sei. Der Beschwerdeführer dagegen macht eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend. Zu prüfen ist deshalb, ob sich für die geltend gemachte Verschlechterung in den Akten Anhaltspunkte ergeben

(vgl. vorne E. 4.4) bzw. ob sich in den Akten medizinische Unterlagen befinden, welche konkrete Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und auf Auswirkungen auf dessen Arbeitsfähigkeit beinhalten (vorne E. 4.5).

6.3

6.3.1 Der Aktenbericht des RAD (doc. 34) hält in Bezug auf die Lumbago fest, dass aufgrund der Magnetresonanztomographie (MRT) vom 21. Februar 2013 zwar eine Kompression der Wurzel L5 links dokumentiert sei, in der Elektroneurographie (ENG) jedoch keine akuten Denervierungszeichen gefunden würden. Die Lumbago (M51.2) sei nicht invalidisierend. Die Befunde sprächen vielmehr für die chronische Denervierung bei Status nach Poliomyelitis.

6.3.2 Der Beurteilung des Arztes in Bezug auf die Lumbago ist zu folgen. Im Bericht der I. _____ vom 1. März 2013 (doc. 7), auf welchen sich der RAD-Arzt hauptsächlich stützt, wird zwar eine Lumbago bei medio-lateralem Bandscheibenvorfall LWK 4/5 rechts beschrieben, im MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) zeige sich ein medio-lateraler Bandscheibenvorfall LWK5/SWK 1, mehr nach rechts orientiert, L5-Wurzel links jedoch im Lateralrezessus komprimiert. Im EMG habe jedoch keine frische radikuläre Läsion nachgewiesen werden können. Liquordiagnostisch zeige sich ein unauffälliger Befund (S. 1). Im MRT der Brustwirbelsäule zeigten sich die Wirbelkörper unauffällig. Die Bandscheibe L4/5 zeige eine breitflächige mediolaterale Diskushernie rechts mit Tangierung des Nerven L5 rechts (S. 2). Der Bericht der I. _____ beinhaltet zwar keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Insgesamt ist aufgrund der beschriebenen Beschwerden lumbagobedingt jedoch nicht von einer wesentlichen gesundheitlichen Einschränkung und damit auch nicht von einer rentenrelevanten Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es sind auch keine Akten vorhanden, welche die Beurteilung des RAD-Arztes in Bezug auf die Lumbago in Zweifel zu ziehen vermögen oder konkrete Hinweise auf eine andere Beurteilung enthielten.

6.4

6.4.1 Die Aktenberichte des RAD halten auch den Status nach Poliomyelitis fest. Diese Krankheit, welche sich in frühester Kindheit bemerkbar gemacht hatte, ist durch die medizinischen Unterlagen bestens ausgewiesen. Zusätzlich halten die beiden Aktenberichte (doc. 14, 34) ein Postpolio-Syndrom mit Spitzfuss-Symptomatik, Muskelatrophien, Beinverkürzung (4 cm)

und Beckenschiefstand links seit Jahren fest; jeweils bei unveränderter Arbeitsfähigkeit.

6.4.2 Tatsächlich waren der Status nach Poliomyelitis, die Spitzfuss-Symptomatik, die Muskelatrophien, die Beinverkürzung (4 cm) und der Beckenschiefstand links anlässlich der ersten ablehnenden Verfügung im Jahr 2007 bekannt. Hingegen ist das Postpolio-Syndrom erst in den Jahren 2011/2012 aufgetreten. Zum aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gibt es nur zwei medizinische Berichte, welche beide auf einer durchgeführten Untersuchung beruhen:

- Im Bericht der I. _____ vom 1. März 2013 wird neben der Lumbago auch ein Postpoliosyndrom festgehalten. Der Patient berichte über nächtliche schmerzhaft Muskelkrämpfe im linken Bein sowie eine seit einem Jahr zunehmende Schwäche in beiden Beinen (doc. 7, B-act. 1 Beilage 7). Der zeitliche Verlauf der geklagten langsamen Kraftminderung spreche für ein Post-Polio-Syndrom (S. 1).
- Im ärztlichen Gutachten vom 14. März 2014 zuhanden der deutschen Rentenversicherung stellte Dr. E. _____ ein Postpoliosyndrom sowie den Bandscheibenvorfall L4/5 fest und empfahl die Ausrichtung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (doc. 32 S. 8, B-act 1 Beilage 3). Im Jahr 2011 bzw. 2012 sei es – unter Hinweis auf die Feststellungen der I. _____ – zu einem Postpoliosyndrom gekommen, danach nach Angaben des Patienten zu einer weiteren Verschlechterung. Bei der aktuellen Untersuchung habe sich eine beidseitige, linksbetonte atrophische Beinschwäche gefunden. Ferner könne die Grosszehe links nicht gehoben werden und es bestehe eine Fusshebung links. Der Gang sei deutlich hinkend, links habe der Patient nächtliche Muskelkrämpfe. Er klage glaubhaft über deutliche Schmerzen, er wirke deutlich depressiv, der Gutachterauftrag würde sich aber nicht auf eine psychiatrische Untersuchung erstrecken. Es bestehe zur Zeit kein ausreichendes Leistungsvermögen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in einem Fitness-Studio noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es liege unter 3 Stunden täglich (S. 5-6).

6.4.3 Die aktuellen medizinischen Unterlagen enthalten Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers infolge des Postpoliosyndroms verschlechtert hat und sich dies erheblich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnte. Besonders im Gutachten von Dr.

E._____ vom 11. März 2014 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung wird klar zum Ausdruck gebracht, dass das Postpolio-Syndrom beim Beschwerdeführer einen Krankheitsschub ausgelöst habe. Dieses Gutachten ist von einem Spezialisten (Dr. E._____ in X._____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie), welcher den Beschwerdeführer selber untersucht hat, erstellt worden, wogegen der RAD-Arzt den Beschwerdeführer nicht selber untersucht hat und nicht Fachspezialist, sondern Allgemeinmediziner ist. Das Gutachten von Dr. E._____ ist deshalb geeignet, Zweifel an der Beurteilung des RAD-Arztes in seinem Aktenbericht aufkommen zu lassen. Zwar führt der RAD-Arzt zu Recht aus, dass das Gutachten von Dr. E._____ nicht „eindeutig“ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers dokumentiere (doc. 34 S. 2); dies genügt jedoch nicht, um auf das neue Rentengesuch nicht einzutreten. Damit die Vorinstanz zwingend auf das neue Rentengesuch einzutreten hat, genügt es, wenn sich in den Akten konkrete Hinweise dafür finden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und seine Arbeitsfähigkeit verschlechtert hat (E. 4.5). Da Dr. E._____ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf maximal drei Stunden festsetzt und dies nachvollziehbar begründet, ist ein solcher klarer Hinweis gegeben. Um auf das neue Gesuch nicht einzutreten, hätten deshalb zumindest weitere Abklärungen erfolgen müssen (vgl. vorne E. 3.4). Angesichts der aktuellen Berichte von Dr. E._____ und der I._____ ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb der RAD-Arzt das Postpolio-Syndrom unter der Rubrik „unveränderte Arbeitsfähigkeit“ auflistete (doc. 34 S. 1). Eine Begründung, warum sich das Postpoliosyndrom nicht auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe, lässt sich in den Akten nicht finden. Insbesondere gestützt auf das Gutachten von Dr. E._____ stellt das Gericht deshalb fest, dass der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes hat glaubhaft machen können. Dabei fällt ins Gewicht, dass seit der rentenablehnenden Verfügung mehr als sieben Jahre verstrichen sind und deshalb an den Beweisgrad der Glaubhaftmachung der gesundheitlichen Verschlechterung nicht allzu hohe Forderungen zu stellen sind.

Dem entspricht, dass der Beschwerdeführer in seinen Eingaben über Schmerzen klagt, neu kaum noch auf Krücken verzichten könne und dass seine Vertreterin darauf hinweist, dass er sich zeitweise sogar im Rollstuhl befinde (B-act. 16, B-act. 21).

6.4.4 Laut nachfolgenden Quellen ist das Post-Polio-Syndrom eine Folgeerscheinung einer Poliomyelitis-Erkrankung und tritt mehrere Jahrzehnte nach der Infektion auf. Symptome sind zunehmende Müdigkeit, Muskel-

und Gelenkschmerzen sowie Muskelschwächen, welche nicht durch andere Ursachen erklärt werden können (<https://de.wikipedia.org/wiki/Post-Polio-Syndrom>, <http://flexikon.doccheck.com/de/Post-Polio-Syndrom>, abgerufen am 31. August 2016). Dies bedeutet nach Auffassung des Gerichts generell, dass sich ein Post-Polio-Syndrom auf die Arbeitsfähigkeit auswirken kann. Dies ist vorliegend abzuklären.

6.4.5 Des Weiteren lassen sich dem Gutachten von Dr. E. _____ auch konkrete Hinweise auf eine neu vorliegende depressive Erkrankung („Der Patient wirkt deutlich depressiv und zieht sich zunehmend sozial zurück“) entnehmen. Der Gutachter weist explizit darauf hin, dass eine psychiatrische Begutachtung nicht vom Gutachtensauftrag gedeckt sei. In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung führt er als negatives Leistungsbild die „geistige und psychische Belastbarkeit“ auf. Auch hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung (vgl. dazu E. 4.5).

6.4.6 Da insgesamt die Beweiskraft des Aktenberichts des RAD eingeschränkt ist, den medizinischen Akten Anhaltspunkte für eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit entnommen werden können und der Beschwerdeführer damit eine Verschlechterung glaubhaft machen kann, ist von der Vorinstanz auf das neue Rentengesuch einzutreten.

6.5 Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur materiellen Prüfung und Vornahme der erforderlichen Abklärungen sowie zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

7.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

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. Diesem 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 er-

wachsene 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]). Da der Beschwerdeführer von seiner Adoptivmutter vertreten wurde und ihm keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, ist ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde vom 19. August 2014 wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese auf das neue Rentengesuch eintrete, die erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägung 6.4 vornehme und eine neue Verfügung erlasse.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückerstattet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Urs Walker

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 ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: