



Abteilung III
C-5980/2013

Urteil vom 18. August 2015

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richterin Franziska Schneider,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiberin Sandra Tibis.

Parteien

X._____, Deutschland,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung, Neuanmeldung,
Verfügung vom 20. September 2013.

Sachverhalt:**A.**

A.a Der am (...) 1968 geborene, Schweizer Bürger, X._____ lebt in Deutschland. Vor seinem Umzug nach Deutschland war er in der Schweiz zunächst als Forstwart und danach als kaufmännischer Angestellter erwerbstätig und leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. Mit Formular vom 12. Juni 2007 (Posteingang IV-Stelle am 25. Oktober 2007, IV-act. 9) stellte X._____ einen Antrag auf Ausrichtung einer Invalidenrente. Dieser Antrag wurde mit Verfügung vom 25. Februar 2010 (IV-act. 48) abgewiesen.

Die verfügende IV-Stelle Solothurn stützte sich dabei insbesondere auf das multidisziplinäre Gutachten des A._____ vom 27. April 2009 (IV-act. 34), mit welchem im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden: ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom und eine Encephalomyelitis disseminata. Ferner wurden als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach Kniearthroskopie, derzeit beschwerdefrei, ein Status nach Bandoperation lateral an den Sprunggelenken, ebenfalls derzeit beschwerdefrei, und ein Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung genannt.

Die Ärzte erachteten X._____ aufgrund der festgestellten Beschwerden für körperlich leichte und angepasste Tätigkeiten als zu 100% arbeitsfähig, allerdings zufolge notwendiger Pausen, Positionswechsel etc. mit einer Leistungsfähigkeit von lediglich 80%.

A.b Das Verwaltungsgericht des Kantons Solothurn wies die Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. Februar 2010 mit Urteil vom 8. November 2010 (IV-act. 59) ab. Die gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht mit Urteil vom 10. Oktober 2011 (IV-act. 67) ebenfalls ab.

B.

B.a Am 17. Juni 2011 stellte X._____ zufolge geltend gemachter Verschlechterung des Gesundheitszustands ein Rentenrevisionsbegehren (respektive ein neues Leistungsbegehren), das nach Absprache zwischen ihm und der IV-Stelle bis zum Entscheid des Bundesgerichts sistiert wurde (IV-act. 64 ff.).

B.b Mit Verfügung vom 15. März 2012 (IV-act. 76) trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren von X. _____ ohne weitere Abklärungen mit der Begründung nicht ein, dass dieser keine erhebliche Änderung der Verhältnisse dargelegt habe.

C.

Mit Schreiben vom 13. November 2012 (IVSTA-act. 1) meldete sich X. _____ bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) und beantragte die erneute Prüfung eines Leistungsanspruchs, da sich sein Gesundheitszustand merklich verschlechtert habe. Als Gründe führte er Schmerzen, zwei Schübe Multipler Sklerose (MS) und Fatigue, Suizidversuch sowie Depressionen auf.

D.

Mit Verfügung vom 20. September 2013 (IVSTA-act. 31) trat die IVSTA auf das neue Leistungsbegehren von X. _____ nicht ein, da nicht glaubhaft gemacht worden sei, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe.

E.

Gegen die Verfügung vom 20. September 2013 erhob X. _____ mit Eingabe vom 18. Oktober 2013 (Poststempel: 21. Oktober 2013; BVGer-act. 1) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragte sinngemäss die Überprüfung seines Rentenanspruchs.

F.

Mit Vernehmlassung vom 6. Dezember 2013 (BVGer-act. 3) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie aus, die summarische Prüfung durch den medizinischen Dienst, die bei einer erneuten Anmeldung durchgeführt werde, habe keine Hinweise darauf ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert habe. Deshalb seien keine weiteren Abklärungen getätigt worden.

G.

Am 3. Januar 2014 ist der mit Zwischenverfügung vom 17. Dezember 2013 einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- beim Bundesverwaltungsgericht eingegangen (vgl. BVGer-act. 4 f.).

H.

Mit Replik vom 15. Januar 2014 (BVGer-act. 6) hielt der Beschwerdeführer an seinem Antrag fest.

I.

Mit Duplik vom 25. März 2014 (BVGer-act. 10) hielt die IVSTA unter Verweis auf die eingeholte Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 5. März 2014 ebenfalls an ihrem Antrag fest.

J.

Mit Eingabe vom 22. Mai 2014 (BVGer-act. 14) reichte der Beschwerdeführer zwei aktuelle Arztberichte ein.

K.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Beweismittel ist – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**1.**

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

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

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

1.4 Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der einverlangte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 Der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung bestimmt sich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG, der IVV (SR 832.201), dem ATSG sowie der ATSV (SR 830.11).

2.2 Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 20. September 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

2.3 Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1). 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; BGE 130 V 445). Da vorliegend der Rentenanspruch ab 1. Mai 2013 (sechs Monate nach der Neuanschuldung, vgl. nachfolgend E. 3.2) strittig ist, ist bei den materiellen Bestimmungen vorliegend auf die seit 1. Januar 2012 geltende Fassung des IVG, der IVV des ATSG und der ATSV (Änderungen im Rahmen des ersten Massnahmenpakets der 6. IV-Revision, IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]) abzustellen.

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

3.

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Vorinstanz auf die Neuanschuldung zu Recht nicht eingetreten ist.

3.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird auf eine Neuanschuldung nur dann eingetreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu BGE 130 V 343 E. 3.5.3). Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, tritt die Ver-

waltung auf das Gesuch nicht ein und eröffnet dies durch eine Nichteintretensverfügung (BGE 109 V 108 E. 2b). Ist dagegen in einem für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das Gesuch einzutreten und in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen, ob die vom Versicherten glaubhafte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b).

Mit der Bestimmung von Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3, 125 V 410 E. 2b und 117 V 198 E. 4b). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist es in erster Linie Sache der versicherten Person selbst, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruches darzulegen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 und Urteil des BGer 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 3). In diesem Verfahrensstadium gilt demnach der Untersuchungsgrundsatz atypischerweise nicht. Vielmehr wird der versicherten Person für das Eintreten auf eine Neuanschuldung eine Behauptungs- und Beweisführungslast auferlegt (URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, § 21 Rz. 955 mit Hinweis auf BGE 130 V 68 E. 5.2.5 und BGE 117 V 198). Es sind dabei grundsätzlich alleine die im Verwaltungsverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen zu prüfen (Urteil des BGer 8C_264/2012 vom 4. Juli 2012 E. 2). Arztberichte, welche aus der Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung datieren und erst im Beschwerdeverfahren aufgelegt wurden, sind bei der Beurteilung der Frage, ob die Verwaltung auf die Neuanschuldung hätte eintreten müssen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5, 8C_844/2012 E. 2.2; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] B-2615/2012 vom 7. November 2013 E. 6.3.1, C-3632/2010 vom 5. März 2013 E. 4.4 und C-7857/2008 vom 7. Februar 2011 E. 6.2 und 7).

Unter Glaubhaftmachung ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist.

Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Rentengesuches lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nachdem sind an das Glaubhaftmachen einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteile des BGer 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2.2 und 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 mit Hinweis auf BGE 109 V 262 E. 3). Bereits ab einer Zeitspanne von 15 Monaten dürfen nach der bundesgerichtlichen Praxis keine allzu hohen Anforderungen an die Glaubhaftmachung gestellt werden (BGE 130 V 64 E. 6.2). Insofern steht der Verwaltung ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2003 IV Nr. 25 E. 2.2 und 2.3, 2002 IV Nr. 10 E. 1c/aa).

Für den Fall, dass einer Neuanmeldung zwar ärztliche Berichte beigelegt sind, diese indessen so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur verpflichtet, wenn den – für sich allein genommen den Anforderungen der Glaubhaftmachung nicht genügenden – Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt. Der Verwaltung ist es aber auch hier unbenommen, entsprechende Erhebungen selber anzustellen, ohne dass deswegen bereits auf ein materielles Eintreten auf die Neuanmeldung zu schliessen wäre (vgl. Urteil des BGer 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1 mit Hinweis auf die Urteile 8C_341/2011 vom 27. Juni 2011 E. 2.2.2, 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.3; 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 E. 2.2.3, I 781/04 vom 17. Februar 2005 E. 3). Unterlässt die IV-Stelle die Nachforderung weiterer Angaben trotz erkennbarer Hinweise für eine rechtserhebliche Änderung des Sachverhalts, steht der Berücksichtigung von im Gerichtsverfahren beigebrachten Beweismitteln nichts entgegen (vgl. analog dazu BGE 130 V 64 E. 5.2.2 und E. 6).

3.2 Die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) ist auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

Auf Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) respektive der medizinischen Dienste der IV-Stellen kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des BGer I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutach-

tens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3, I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1 und I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a).

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

3.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Beurteilung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten einer Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 und 130 V 71 E. 3.2.3). Diese Prüfung muss dabei denjenigen anspruchserheblichen Aspekt umfassen, auf dessen (behauptete) Veränderung sich die Neuanschuldung stützt (vgl. Urteil des BGer 9C_899/2009 [= SVR 2010 IV Nr. 54] vom 26. März 2010 E. 2.1). Zeitliche Referenzpunkte bilden im vorliegenden Fall der 25. Februar 2010 (erste ablehnende Verfügung nach Prüfung des Anspruchs) und der 20. September 2013 (Datum der angefochtenen Nichteintretensverfügung). Die Verfügung vom 15. März 2012 ist – entgegen der Ansicht der Vorinstanz – nicht massgebend, da im damaligen Zeitpunkt auf die Neuanschuldung nicht eingetreten wurde und deshalb keine materielle Prüfung stattgefunden hat.

4.

4.1 Der abweisenden Verfügung vom 25. Februar 2010 lag im Wesentlichen das A. _____-Gutachten vom 27. April 2009 zugrunde, mit welchem folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden: ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.8), wahrscheinlich multifaktoriell bedingt (degenerative LWS-Veränderungen und foraminale Rezidivhernie L4/5 links, klinisch und MR-tomographisch ohne sichere Neurokompression; neuropathisches Schmerzsyndrom möglich bei spinaler Läsion Höhe BWK 6/7 und 7/8; Status nach Hemilaminektomie und Diskushernien-Resektion L4/5 links 07/1989; Status nach Skiunfall mit Kontusion von Brust- und Lendenwirbelsäule 03/2006, bildgebend ohne erkennbare traumatische Strukturalterationen) und eine Encephalomyelitis disseminata, gemäss den Kriterien nach McDonald "sicher" (schubförmiger Verlauf, Erstmanifestation 1995 mit laut Angabe "Zungenlähmung", 2000 Retrobulbärneuritis rechts, unter Interferon Beta-1b 10/1995-08/2002 und 12/2002-10/2003, EDSS 1.0). Ferner stellten sie folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Status nach Kniearthroskopie rechts ca. 1992, derzeit subjektiv beschwerdefrei, Status nach Bandoperation lateral am Sprunggelenk rechts etwa 2004 und links etwa 2005, derzeit subjektiv beschwerdefrei sowie Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung.

Die Ärzte erachteten den Beschwerdeführer aufgrund der festgestellten Beschwerden für körperlich leichte und angepasste Tätigkeiten als zu 100% arbeitsfähig, allerdings zufolge notwendiger Pausen, Positionswechseln etc. mit einer Leistungsfähigkeit von lediglich 80%.

4.2 Im Rahmen der Neuanmeldung wurden diverse Berichte von Dr. med. B. _____, Facharzt für Innere Medizin, aus dem Jahr 2012 (vgl. IVSTA-act. 19-24), zwei Berichte von Dr. med. C. _____, Facharzt für Neurologie, vom 16. Mai 2012 und vom 2. August 2012 (IVSTA-act. 12 f.), ein Bericht von Dr. med. D. _____, Facharzt für Innere Medizin, vom 4. Februar 2013 (IVSTA-act. 4) und zwei Berichte des Klinikums E. _____ vom 29. Oktober 2012 (IVSTA-act. 14) und vom 16. August 2013 (IVSTA-act. 28) eingereicht.

Die Ärzte stellten Folgendes fest: Koronare Herzkrankheit, Zustand nach Myokardinfarkt und Stentimplantation (12/2010) bei koronarer Eingefässerkrankung, gute systolisch linksventrikuläre Funktion, Verdacht auf erneuten

Schub MS mit Retrobulbärneuritis rechts, Zustand nach Wirbelsäulentrauma mit chronischem Schmerzsyndrom, Encephalomyelitis disseminata anamnestisch, Verdacht auf Fatigue-Symptomatik bei MS, DD: depressive Episode (zwei Suizidversuche mit Medikamenten im Dezember 2012), latente Beinparese links bei schubförmiger MS und Restharnbildung bei neurogener Blasenstörung.

Die eingereichten Berichte enthielten keine Angaben zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit.

4.3 Anlässlich des Beschwerdeverfahrens wurden ferner folgende ärztliche Berichte beigebracht, die allerdings nur ausnahmsweise zu berücksichtigen sind (vgl. E. 3.1 hiervor): ein Bericht von Dr. med. C. _____, Facharzt für Neurologie, vom 8. Januar 2014, welchem folgende Befunde zu entnehmen waren: Hemihypästhesie und Hypalgesie links, beinbetonte Hemiparese links, Kraftgrad IV, Bein- und Armvorhalteversuch deutliches Absinken links, Armneigereflexe links betont, Beinneigereflexe beidseits sehr schwach auslösbar, stark ataktisches unsicheres Gangbild, Romberg-Stehversuch sehr unsicher schwankend, Seiltänzerengang sehr unsicher, Hirnnerven unauffällig und keine Pyramidenbahnzeichen. Als Diagnosen nannte er eine schubförmige Verlaufsform einer Multiplen Sklerose, aktuell inkomplette Remission seit 08/2013, Hemisymptomatik links, chronisches Schmerzsyndrom nach Polytrauma und Zustand nach Myokardinfarkt. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich nicht.

Ferner reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. F. _____, Nervenarzt, vom 9. Januar 2014 ein. Dieser berichtete, dass der Beschwerdeführer seit 20. November 2012 wegen einer chronifizierten Depression mittelgradigen Ausmasses (Antriebsstörung, Stimmung herabgemindert, traurig bedrückt bis hin zu Suizidgedanken) bei ihm in Behandlung stehe. Die Behandlung bestehe aus einer hoch dosierten antidepressiven Therapie mit Citalopram 40 mg und für die Schlafstörung habe er eine halbe Tablette Doxepin 50 mg verordnet. Aufgrund der chronifizierten Depression, der Konzentrationsstörungen, der verminderten Aufmerksamkeitsleistung und des Stimmungstiefs sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, einer regelhaften Tätigkeit von wenigstens drei Stunden pro Tag nachzugehen.

4.4 Die IV-Stelle liess die durch den Beschwerdeführer eingereichten ärztlichen Berichte von ihrem medizinischen Dienst würdigen und stützte sich bei ihrem Nichteintretensentscheid auf dessen Einschätzungen. Der Arzt

des medizinischen Dienstes führte in seinen Stellungnahmen vom 7. Mai 2013 (IVSTA-act. 6), vom 19. August 2013 (IVSTA-act. 26) sowie vom 5. März 2014 (Beilage zu BVGer-act. 10) aus, trotz der neurologischen Befunde sei dem Beschwerdeführer eine Bürotätigkeit vollzeitig zumutbar, die kardiologische Untersuchung habe weder Wandbewegungsstörungen noch Ischämiezeichen ergeben und die diagnostizierte Depression sei kein neues Sachverhaltselement, da diese bereits am 31. Mai 2011 von Dr. med. G. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Allgemeine Medizin, diagnostiziert worden (IV-act. 64 S. 3) und die IV-Stelle Luzern in Kenntnis der depressiven Entwicklung auf das Begehren dennoch nicht eingetreten sei.

Wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.3) ist vorliegend die erstmalige Abweisung des Leistungsbegehrens vom 25. Februar 2010 als Referenzzeitpunkt zu betrachten, da später keine eingehende Prüfung des Sachverhalts mehr stattgefunden hat. Im Zeitpunkt der ersten Verfügung standen insbesondere die Diagnosen depressive Episode, Zustand nach Myokardinfarkt, Fatigue-Syndrom bei MS und Antriebsstörung noch nicht im Raum. Ferner erlitt der Beschwerdeführer erst im Jahr 2012 einen neuen Schub von MS mit daraus folgender Beinparese. Seit der letzten eingehenden Beurteilung des Leistungsgesuchs sind ein paar Jahre vergangen und es haben sich einige gesundheitliche Änderungen ergeben, die von einer gewissen Erheblichkeit und damit durchaus geeignet sind, einen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auszuüben. Auch wenn aus den vorhandenen Unterlagen nicht mit Sicherheit geschlossen werden kann, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers tatsächlich in erheblichem Mass verändert hat, hat der Beschwerdeführer mit den eingereichten Unterlagen eine relevante Veränderung dennoch glaubhaft gemacht. Unter diesen Umständen hätte die IVSTA Grund gehabt, auf die Neuanmeldung einzutreten, die Situation näher abzuklären und einen allfälligen Rentenanspruch zu prüfen.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer eine anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft gemacht hat und die IVSTA somit auf die Neuanmeldung hätte eintreten müssen. Die Beschwerde gegen die Nichteintretensverfügung vom 20. September 2013 ist demzufolge gutzuheissen, und die Sache ist zur materiellen Prüfung der Neuanmeldung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

5.

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

5.1 Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Einer unterliegenden Vorinstanz sind gemäss Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenso wenig Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten.

5.2 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 Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Der Beschwerdeführer war im vorliegenden Verfahren nicht vertreten und hat keine notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten geltend gemacht, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist.

Der unterliegenden Vorinstanz ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen, und die Verfügung vom 20. September 2013 wird aufgehoben. Die Sache wird zur materiellen Prüfung der Neuanmeldung an die Vorinstanz zurückgewiesen.

2.

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

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. ...; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Michael Peterli

Sandra Tibis

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). 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: