

BVGer C-487/2023 vom 3. Februar 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-02-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-487_2023

FR: TAF C-487/2023 du 3 février 2026

IT: TAF C-487/2023 del 3 febbraio 2026

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG; SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher - nachdem dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde - einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

E. 2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Laut 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 finden die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung Anwendung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG), sofern das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG anordnet.

E. 3

3.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. Dezember 2022, mit welcher die Vorinstanz auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers unter Hinweis auf Art. 87 Abs. 3 IVV nicht eingetreten ist (IVSTA-act. 133). Bei der angefochtenen Verfügung handelt es sich mithin um einen Nichteintretensentscheid, worüber sich im Übrigen auch die Parteien einig sind (vgl. BVGer-act. 1 S. 4, 12 und 16 S. 3).

E. 3.2

Nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung und damit nicht weiter zu prüfen ist der über den Streitgegenstand hinausgehenden Antrag des Beschwerdeführers auf materielle Beurteilung des Rentenanspruchs und Zusprache einer ganzen Invalidenrente (vgl. BGE 132 V 74 E. 1.1 m.w.H; BVGer-act. 1 S. 2). Soweit der Beschwerdeführer beantragt, eine «Vorlagefrage» sei an den EuGH zu richten, ist darauf nicht einzutreten (BVGer-act. 27; vgl. auch Bst. B.h hiervor). Die Frage, ob eine Invalidität vorliegt, ist im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften ausschliesslich nach schweizerischem Recht zu beurteilen (vgl. E. 5 hiernach). Zudem hat die Rechtsprechung längst entschieden, dass keine Bindung an Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte besteht. Sie unterstehen der freien Beweiswürdigung (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BVGer C-3716/2017 vom 26. Januar 2018 E. 4.2.1).

E. 4

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2). Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535). Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022 und betrifft aufgrund der Neuanmeldung vom 25. Dezember 2021 und unter Berücksichtigung des Wartejahrs gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und der Karenzfrist von sechs Monaten seit Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. Urteil 8C_351/2024 vom 8. April 2025 E. 5.2.2 f. m.H.a. BGE 142 V 547), Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 31. Dezember 2021. Insoweit sind in dieser übergangsrechtlichen Konstellation die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen anwendbar (vgl. e contrario: Urteile 8C_592/2022 vom 11. April 2023 E. 2 und 8C_290/2023 vom 6. Oktober 2023 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 5

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist (vgl. auch

Urteil des BVerG C-1905/2020 vom 6. Juli 2021 E. 3.3).

E. 6

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

E. 7

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

E. 8.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Vielmehr gilt für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

E. 8.2

Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu Urteile des BVerG C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

E. 9

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanmeldung materiell nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, die tatsächlichen Verhältnisse hätten sich seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert. Damit soll verhindert werden, dass sich die Invalidenstellen immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Leistungsgesuchen befassen muss (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV [SR 831.201]; BGE 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des BVerG 9C_9/2022 vom 8. März 2022 E. 4.2). Gelingt der versicherten Person die Glaubhaftmachung nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung hingegen glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3). Die Verwaltung hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine; vgl. zum Ganzen Urteil des BVerG 8C_557/2022 vom 4. August 2023 E. 4.1).

E. 9.1

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 148 V 397 E. 3.3) 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 (BGE 148 V 427 E. 3.2, 144 V 427 E. 3.3). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt für sich allein, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil 8C_557/2022 E. 4.2 m.w.H.). Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzung nach Art. 87 IVV über einen gewissen Spielraum. So wird sie namentlich berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt und an die Glaubhaftmachung dementsprechend mehr oder weniger hohe Anforderungen stellen (Urteil des BGer 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 109 V 108 E. 2b; vgl. auch BGE 149 V 177 E. 4.3.2).

E. 9.2

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist es in erster Linie Sache der versicherten Person selbst, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruches darzulegen. In diesem Verfahrensstadium gilt demnach der Untersuchungsgrundsatz nicht. Vielmehr wird der versicherten Person für das Eintreten auf eine Neuanschuldung eine Behauptungs- und Beweisführungslast auferlegt (BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteile des BGer 9C_238/2023 vom 24. Mai 2023 E. 3.2 und 8C_30/2017 vom 17. März 2017 E. 4.1). Es sind dabei alleine die im Verwaltungsverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen zu prüfen (Urteil des BGer 8C_264/2012 vom 4. Juli 2012 E. 2). Arztberichte, die erst im Beschwerdeverfahren aufgelegt werden, sind bei der Beurteilung der Frage, ob die Verwaltung auf die Neuanschuldung hätte eintreten müssen, grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteil des BGer 8C_247/2023 vom 8. September 2023 E. 3.2; je m.w.H.). Vorliegend ist die Aktenlage im Zeitpunkt der Verfügung (14. Dezember 2022) massgebend (vgl. Urteil des BGer 8C_481/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 4.1.3). Die - ärztliche Bescheinigung der D._____ Kliniken vom 25. Januar 2023 (BVGer-act. 1 Beilage), - die Auflistungen der Diagnosen der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Drs. med. F._____, G._____ vom 19. Dezember 2023 und 5. März 2025 sowie das ärztliche Attest vom 21. März 2025 (BVGer-act. 21, 29 und 36 jeweils Beilagen), - die ärztliche Bescheinigung von Dr. med. H._____ vom 4. März 2025 (BVGer-act. 29 Beilage) und - die Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 5. März 2025 bzw. 12. Mai 2025 (BVGer-act. 30 und 34) wurden erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens aufgelegt, womit eine weitergehende Prüfung dieser Eingaben entfällt (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteil des BGer 8C_247/2023 vom 8. September 2023 E. 3.2 je m.w.H.).

E. 10

Das Nichteintreten auf die Anmeldung des Beschwerdeführers begründete die Vorinstanz wie folgt: Aus psychiatrischer Sicht enthalte die neue medizinische Dokumentation weder die Darstellung psychopathologischer Befunde noch allfällige Funktionseinschränkungen. Die Diagnosen seien bereits aktenkundig und mit einer angepassten Tätigkeit vereinbar. Die

Diagnose Alkoholabhängigkeit werde nicht in Zweifel gezogen, jedoch sei deren Ausprägung und die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen als nicht rentenrelevant zu qualifizieren. Aus somatischer Sicht bestehe ebenfalls eine unveränderte Situation. Die ischämische Kardiomyopathie sei inhärent der Diagnose der koronaren Herzkrankheit beim Bestehen einer eingeschränkten Ejektionsfraktion. Für leidensadaptierte Tätigkeiten bestehe unter Berücksichtigung der funktionellen Einschränkungen nach wie vor eine volle Arbeitsfähigkeit. Insgesamt stelle sich der medizinische Sachverhalt unverändert dar und eine relevante Verschlechterung sei nicht glaubhaft gemacht (IVSTA-act. 133 und BVGer-act. 12). Demgegenüber führte der Beschwerdeführer beschwerde- und replikweise aus, die durch ihn beigebrachten medizinischen Unterlagen zeigten ebendiese erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads. Im Besonderen schilderten die Fachpersonen der D._____ Kliniken, weshalb er lediglich in der Lage sei, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weniger als drei Stunden körperlich leichte Arbeiten zu verrichten. Dies werde von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigt. So führe er aus, in der Gesamtschau des bestehenden Krankheitsbilds mit einer Abhängigkeitserkrankung von Alkohol und diversen internistischen Erkrankungen, allen voran der bestehenden Herzinsuffizienz mit eingeschränkter LVEF (linksventrikuläre Ejektionsfraktion), die sich infolge des Vorderwandinfarktes entwickelt habe, sei von einem erloschenen Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen. Entscheidend seien zudem nicht alleine die gestellten Diagnosen, sondern vielmehr die darauf zurückzuführenden «erwerblichen Folgen». Die Vorinstanz sei verpflichtet gewesen, auf das erneute Leistungsbegehren einzutreten (BVGer-act. 1 und 16).

E. 11

Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich im vorliegenden Fall durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verneinung eines Rentenanspruchs bestand (8. Juni 2021), mit demjenigen zur Zeit der angefochtenen Verfügung (14. Dezember 2022; BGE 134 V 131 E. 3; Urteil des BGer 8C_177/2018 vom 3. August 2018 E. 3.5).

E. 11.1

Medizinische Grundlagen für die rechtskräftige Abweisung des Leistungsbegehrens (Verfügung vom 8. Juni 2021; IVSTA-act. 47) bildeten nebst den durch den Beschwerdeführer eingebrachten Berichten (IVSTA-act. 14 ff.) die Stellungnahmen von Dr. med. I._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (nachfolgend: RAD), vom 5. Januar 2021 (IVSTA-act. 25) und 4. Juni 2021 (IVSTA-act. 46) sowie von Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, medizinischer Dienst der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (nachfolgend: medizinischer Dienst IVSTA), vom 15. März 2021 (IVSTA-act. 32). Diese Dokumente werden, nebst weiteren Berichten, nachfolgend zusammengefasst wiedergegeben: - Der Bericht der K._____ GmbH vom 22. September 2020 nennt die Diagnosen ST-Hebungsinfarkt (I21.3), Alkoholabusus (F10.2), Nikotinabusus (F17.2), Sklerose der A. abdominalis (I70.0), Atherosklerose der A. Carotis beidseits (I70.8), Struma uninodosa (E04.1), depressive Episode (F32.9), Z.n. Vorderwandinfarkt (I25.22), Z. n. PTCA mit DE-Stent-Implantation (Z95.5), koronare Ein-Gefässerkrankung (I25.11), arterielle Hypertonie (I10.90), Diabetes mellitus Typ II (E11.90), Fettleber (K76.0), Pollinose (J30.1), Allergie (T78.4), Juckreiz (L29.9), Urtikaria (L50.0), Hyperlipidämie (E78.2), Z. n.

nach Appendektomie (Z90.49), chronische Kopfschmerzen (R51.9) und Schlafstörungen (G47.9; IVSTA-act. 14). - Im Bericht der D. _____ Kliniken vom 2. Oktober 2020 sind die Diagnosen psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol und Tabak (F10.2 und F10.3), Diabetes mellitus (E11.90), benigne essentielle Hypertonie (I10.00), alter Myokardinfarkt (I25.29), atherosklerotische Herzkrankheit (Ein-Gefäss-Erkrankung, I25.11), Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates (Z95.5), Fettleber (K76.0), allergische Urtikaria (L50.0) sowie Adipositas (E66.00) festgehalten. Er sei sodann in psychisch und körperlich stabilem Zustand in die weitere ambulante Behandlung entlassen worden (IVSTA-act. 15). - Dem ärztlichen Entlassungsbericht der L. _____ GmbH vom 16. November 2020 sind die Diagnosen Vorderwand-STEMI (I21.0), koronare 1-Gefässerkrankung (I25.11), RIVA-PTCA-Stent (Z95.5), arterielle Hypertonie (I10.9), fortgesetzter Nikotinabusus (F17.2), eine Hyperliproteinämie (E78.4), Adipositas und eine bekannte Hautallergie zu entnehmen. Er sei zudem in der bisherigen Tätigkeit als Elektroniker vollschichtig leistungsfähig. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen vollschichtig ausüben (IVSTA-act. 16 S. 2 ff.). - Die Stellungnahme von Dr. med. I. _____ vom 5. Januar 2021 hält unter Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit, unter Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Herzerkrankung sowie - als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - eine depressive Symptomatik, Adipositas, arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), Diabetes mellitus und eine chronisch rezidivierende Urtikaria (Nesselsucht) fest. Weiter sei rein somatisch keine Arbeitsunfähigkeit vorhanden. Es bestehe eine Alkoholabhängigkeit mit Konsum seit der Jugend und als Folgeerkrankung eine Hepatitis mit leicht erhöhten Leberwerten, die sich aber unter Abstinenz normalisierten. Wie auch die Polyneuropathie habe dies keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Körperlich schwere Tätigkeiten seien seit dem Infarkt nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht befinde sich der Beschwerdeführer wegen depressiver Symptome seit 2015 in Behandlung. Weder werde eine Therapie mit Antidepressiva noch eine Psychotherapie durchgeführt. Rein medizinisch gesehen sei es korrekt, dass er keine berufliche Tätigkeit mit Kontakt zu Alkohol ausübe (z.B. als Gastwirt oder in der Chemie; IVSTA-act. 25). - Aus der psychiatrischen Stellungnahme von Dr. med. J. _____ des medizinischen Diensts der IVSTA vom 15. März 2021 ergibt sich als Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2) und als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Herzerkrankung. Die bisherige Tätigkeit als Chemiefacharbeiter sei dem Versicherten aufgrund der gefährdenden Expositionen seit dem 13. Februar 2017 nicht mehr zumutbar. Hinsichtlich der letzten angestammten Tätigkeit als Elektroniker ergäben sich aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen. Einmalig im Jahr 2017 sei eine leicht ausgeprägte depressive Störung diagnostiziert worden, im weiteren Verlauf sei sie aber nicht mehr in Erscheinung getreten. Unter Berücksichtigung der Standardindikatoren liege weder eine affektive Störung vor, noch sei die Alkoholabhängigkeit derart schwer ausgeprägt, als dass der Versicherte seiner letzten Tätigkeit nicht nachgehen könne und dies auch in Zukunft nicht könnte (IVSTA-act. 32). - Am 8. April 2021 berichtet Dr. med. M. _____, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin, zusammenfassend: Beim Beschwerdeführer bestehe echokardiographisch eine mittelgradig reduzierte Pumpfunktion mit einer Hypokinesie anterior und einer Akinesie anteroseptal. Klinisch bestehe eine Herzinsuffizienz und aufgrund von Nebenwirkungen habe er das Diuretikum auf Hygroton umgestellt (IVSTA-act. 39). - Schliesslich würdigte Dr. med. I. _____ mit Stellungnahme vom 4. Juni 2021 den kardiologischen Bericht vom

8. April 2021 (IVSTA-act. 39) und erkannte unveränderte Befunde sowie eine volle Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte, gelegentlich mittelschwere Tätigkeit (IVSTA-act. 46).

E. 11.2

Nachdem der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 25. Dezember 2021 einen neuen Antrag auf eine Invalidenrente bei der Vorinstanz einreichte (IVSTA-act. 49), übermittelte er im weiteren Verlauf folgende medizinische Berichte: - Bescheinigung der D. _____ Kliniken vom 1. Februar 2022, welche eine stationäre Behandlung des Beschwerdeführers ab 1. Februar 2022 bis auf weiteres bestätigt und eine Arbeitsunfähigkeit während des Behandlungszeitraums festhält (IVSTA-act. 54). - Entlassungsbrief der D. _____ Kliniken vom 11. Mai 2022. Der durch Dres. med. N. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und O. _____, Ärztin, unterzeichnete Bericht beschreibt eine Behandlung vom 1. Februar 2022 bis 12. Mai 2022 und hält folgende Diagnosen fest (IVSTA-act. 57): o Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (F10.2) o Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (F17.2) o Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0) o Ein- und Durchschlafstörung (G47.0) o Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: nicht als entgleist bezeichnet (E11.90) o Tinnitus aurium (H93.1) o Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise (I10.00) o Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung (I50.12) o Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung (I25.11) o Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend (I25.22) o Atherosklerose der Aorta (I70.0) o Atherosklerose der A. Carotis beidseits (I70.8) o Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese (Z92.2) o Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik (Z95.5) o Gemischte Hyperlipidämie (E78.2) o Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad II (E66.01) o Pruritus, nicht näher bezeichnet (L29.9) o Allergische Urtikaria (L50.0) o Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten (E04.1) Nach Durchführung hausärztlicher, HNO-ärztlicher sowie kardiologischer Konsile, wurde im Bericht weiter ausgeführt, es handle sich um einen elektiven Eintritt zur qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung und die Entlassung sei bei insgesamt sehr positivem Verlauf regulär, aber arbeitsunfähig erfolgt. Die Alkoholabhängigkeit beeinträchtigt bei stabiler Abstinenz die Erwerbsfähigkeit nicht wesentlich, aber es sei am Arbeitsplatz jeglicher Zugang zu Alkohol zu vermeiden. Der Umgang mit chemischen Dämpfen habe rauschähnliche Wirkung, stelle einen massiven Trigger dar und führe dazu, dass er als Chemiefacharbeiter dauerhaft arbeitsunfähig sei. Von Nachtschichttätigkeiten sei abzuraten und die psychische Belastbarkeit durch die Depression stark eingeschränkt. Erheblich vermindert seien Anpassungsvermögen, Konzentration, Stresstoleranz und Verantwortungsfähigkeit, weshalb Tätigkeiten unter Zeitdruck oder mit hoher Unfallgefahr ungeeignet seien. Auch körperlich bestünden wegen multipler Erkrankungen wie ischämischer Kardiomyopathie, koronarer 1-Gefäß-Erkrankung, arterieller Hypertonie und Bauchaortendilatation deutliche Einschränkungen. Lediglich leichte körperliche Arbeiten ohne Stress und Zeitdruck könne er verrichten. Das Heben und Tragen von Lasten sowie Arbeiten unter Temperaturschwankungen oder bei ständiger stehender bzw. sitzender Haltung seien zu vermeiden. Aufgrund eines Tinnitus (links permanent, rechts rezidivierend) und beeinträchtigten Hörvermögens solle er nicht unter Lärm arbeiten. Zudem sei er auf eine Sehhilfe angewiesen. Bei rezidivierenden Beinödemen sei von ständigem Stehen oder

Sitzen abzusehen. Aufgrund all dieser Einschränkungen sei er für seine bisherige Tätigkeit als Elektriker für Betriebstechnik arbeitsunfähig. Er könne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt lediglich weniger als drei Stunden täglich leichte körperliche Arbeiten ohne Einschränkungen in der Haltung verrichten - jedoch nur in Tages-, Früh- oder Spätschicht - und gelte damit als erwerbsunfähig (IVSTA-act. 57). - Ärztlicher durch Dr. med. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unterzeichneter Entlassungsbericht der D._____ Kliniken vom 8. Juni 2022, wo eine ambulante Therapie vom 22. März 2022 bis 12. Mai 2022 beschrieben wird. Als Diagnosen sind eine psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol und Tabak (Abhängigkeitssyndrom F10.2 und F17.2), eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig leichte Episode; F33.0), ein Diabetes mellitus (E11.9), eine atherosklerotische Herzkrankheit (Ein-Gefäß-Erkrankung; I25.11) und zudem zahlreiche weitere (teilweise unleserliche) codierte Diagnosen festgehalten. Als Chemiefacharbeiter sei er dauerhaft arbeitsunfähig. Von einer Tätigkeit in Nachtschicht werde abgeraten. Die psychische Belastbarkeit sei bei bekannter Depression beeinträchtigt. Erhebliche Einschränkungen bestünden in Bezug auf das Ein-, Umstellungs-, Anpassungs-, Konzentrations- und Reaktionsvermögen, zudem die Stresstoleranz und weiter Tätigkeiten mit besonderer Verantwortung für Personen und Maschinen, mit Personenverkehr, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge, aber auch mit erhöhter Verletzungs- bzw. Unfallgefahr. Zudem ergäben sich aufgrund der körperlichen Multimorbidität weitere Einschränkungen. Bei ischämischer Kardiomyopathie könne er nur leichte körperliche Arbeiten verrichten. Tätigkeiten unter Stress und Zeitdruck sowie das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten seien zu vermeiden. Wegen der Herzerkrankung solle der Versicherte keinen starken Temperaturschwankungen und keiner Wärme ausgesetzt sein und bei rezidivierenden Beinödemen seien ständiges Stehen oder Sitzen zu vermeiden. Als Elektriker für Betriebstechnik sei er arbeitsunfähig. Bei bekanntem Tinnitus seien sodann Tätigkeiten unter Lärm und Stress zu vermeiden. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei er in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt täglich unter drei Stunden leichte körperliche Arbeiten ohne Einschränkungen der Arbeitshaltung in Tages-, Früh- und Spätschicht zu verrichten. Somit sei er erwerbsunfähig (IVSTA-act. 73). - Ärztliche Bescheinigung von Dr. med. Q._____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, vom 24. Juni 2022, wonach sich der Beschwerdeführer in kardiologischer Behandlung befinde und eine ischämische Kardiomyopathie mit mittelgradig reduzierter systolischer LVEF nach Vorderwandinfarkt im September 2020 erlitten habe (IVSTA-act. 85). - Ärztliche Bescheinigung von Dr. med. P._____ (D._____ Kliniken), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Juli 2022, wonach die Suchtrehabilitation zwar erfolgreich abgeschlossen worden sei, aufgrund der organischen Erkrankung mit deutlich eingeschränkter Belastungsfähigkeit aber keine Erwerbsfähigkeit habe erreicht werden können (IVSTA-act. 123). - Ärztliche Bescheinigung von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Juli 2022, in der als Diagnosen ein Abhängigkeitssyndrom bei Alkoholgebrauch (F10.2) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), festgehalten werden. Der Psychiater bestätigt zudem, dass der Beschwerdeführer sich bei ihm seit 2015 in ambulanter Behandlung befinde und nach dem Herzinfarkt weiterhin erhebliche Einschränkungen der psychischen und körperlichen Belastbarkeit bzw. Leistungsfähigkeit bestünden (IVSTA-act. 86). - Ausführlicher ärztlicher Bericht (E213) von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. September 2022. Unter dem Titel «Diagnosen betreffend die Minderung der Erwerbsfähigkeit» sind dem Bericht eine

ischämische Kardiomyopathie mit mittelgradig reduzierter systolischer linksventrikulärer EF nach Vorderwandinfarkt im September 2020 (I25.5/I25.22), eine chronisch-ischämische Herzkrankheit (I25.1), arterielle Hypertonie (I10.9), Diabetes mellitus Typ 2 (E11.80), Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (F10.2), Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (F17.2), vorbeschriebene rezidivierende depressive Störung (derzeit remittiert; F33.4), Tinnitus (H93.1), Adipositas mit einem BMI von 34.6 (E66.0), V. a. Dupuytren'sche Kontraktur (links rechts) der Hand / Fibromatose der Palmarfaszie (M72.0) zu entnehmen. Zudem ist der Verdacht auf eine beginnende alkoholtoxische Polyneuropathie geäußert (IVSTA-act. 116 S. 4 und S. 10). Der Versicherte berichtet weiter über Hypästhesie mit Kribbelparästhesien und brennenden Schmerzbeschwerden an den Unterschenkeln (IVSTA-act. 116 S. 11). Unter zusätzliche Anmerkungen führt Dr. med. E. _____ weiter aus, während der Untersuchung sei kein Hinweis auf eine Alkoholintoxikation aufgetreten. Im Kontakt sei er zugewandt, freundlich, kooperativ, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert gewesen. Bei der Mimik oder dem Blickkontakt hätten sich keine Besonderheiten gezeigt und die Intelligenz habe sich im Normbereich befunden. Während des Gesprächs seien keine manifesten Konzentrationseinbußen und Aufmerksamkeitsdefizite nachweisbar gewesen. Es habe sich weder eine Merkfähigkeitsstörung noch eine Gedächtnisstörung eruieren lassen. Bei regelrechtem Antrieb sei der Versicherte leichtgradig angespannt erschienen. Das formale Denken sei thematisch auf die Suchtproblematik beziehungsweise den Alkoholkonsum und die daraus folgenden psychosozialen Folgen sowie auf die körperlichen Beeinträchtigungen infolge der bestehenden Herzinsuffizienz mit eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit beziehungsweise Belastungsdyspnoe fokussiert gewesen. Es seien keine formalen Denkstörungen nachweisbar und keine inhaltlichen Denkstörungen aufgefallen. Ebenso hätten sich keine Wahrnehmungsstörungen, keine Ich-Störungen und keine Zwänge gezeigt. Die Stimmung sei leichtgradig besorgt, aber insgesamt als euthym zu bewerten (IVSTA-act. 116 S. 14). In der Gesamtschau der bestehenden Krankheitsbilder mit einer Abhängigkeitserkrankung und diversen internistischen Erkrankungen - insbesondere einer bestehenden Herzinsuffizienz mit eingeschränkter LVEF (Left Ventricular Ejection Fraction) - sei von einem erloschenen Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen. Als Datum des Leistungsfalles werde der Beginn der Langzeittherapie (10. Februar 2022) vorgeschlagen. Aufgrund der Krankheitsbilder sei von einer Leistungsminderung auf Dauer auszugehen (IVSTA-act. 116 S. 13).

E. 11.3

Die durch den Beschwerdeführer eingebrachten Berichte (vgl. E. 11.2 hiervor) legte die Vorinstanz jeweils dem RAD bzw. dem medizinischen Dienst zur Beurteilung vor:

E. 11.3.1

Dr. med. I. _____ prüfte am 9. Juni 2022 den ärztlichen Entlassungsbericht der D. _____ Kliniken vom 11. Mai 2022 (IVSTA-act. 57) und erkannte aus somatischer Sicht eine unveränderte Situation. Die Koronarangiographie vom 14. März 2022 zeige gleichbleibende Verhältnisse und das BNP (Marker zur Diagnostik einer Herzinsuffizienz) bestätige wiederholt, dass keine Herzinsuffizienz bestehe. Er habe eine Covid-Infektion ohne relevante Folgen durchgemacht und weder eine Dupuytren-OP noch ein Struma-Knoten begründeten eine Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei die Rede

von einer leichten Depression, die sich ohne Medikation gebessert habe und es sei ebenfalls von einem unveränderten Zustand auszugehen. Die abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruhe auf einer unterschiedlichen Beurteilung derselben Tatsachen (IVSTA-act. 67). Im Weiteren hält der medizinische Dienst in der psychiatrischen Beurteilung vom 16. Juni 2022 fest, die Alkoholproblematik sei höchstens mässig ausgeprägt, der Beschwerdeführer nüchtern zur geplanten Aufnahme erschienen und der Entzug habe sich komplikationslos ohne Rückfälle gestaltet. Es sei nicht unwahrscheinlich, dass die leicht ausgeprägten neurokognitiven Ausfälle im Zusammenhang mit dem Alkoholentzug stünden und potenziell rückläufig seien. Die Depression sei leicht ausgeprägt und psychotherapeutische Unterstützung habe genügt, um die Verstimmung abzufangen. Auch im weiteren Verlauf sei keine Medikation notwendig gewesen. Die beschriebene völlige Arbeitsunfähigkeit mit derart umfangreichen Funktionseinschränkungen sei nicht nachvollziehbar; aus psychiatrischer Sicht liege insgesamt ein unveränderter Gesundheitszustand vor (IVSTA-act. 69).

E. 11.3.2

Am 22. August 2022 beurteilte Dr. med. I. _____ die Bescheinigung von Dr. med. Q. _____ vom 24. Juni 2022, wonach der Versicherte sich in seiner kardiologischen Behandlung befinde und diesem eine ischämische Kardiomyopathie bestätigte. Sie führte dazu aus, die koronare Herzerkrankung sei bereits bekannt und es sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ersichtlich. Die Diagnose sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unbeachtlich, da einzig die daraus resultierenden Auswirkungen relevant seien (IVSTA-act. 85 und 99).

E. 11.3.3

Am 12. September 2022 nahm der medizinische Dienst zu den Ausführungen von Dr. med. H. _____ vom 22. Juli 2022 (IVSTA-act. 86) Stellung und befand, der Bericht enthalte weder neue Diagnosen noch psychopathologischer Befunde und daraus ableitbare Funktionseinschränkungen. Die Einstufung der depressiven Episode als (nunmehr) mittelgradig erfolge nicht aufgrund nachvollziehbarer Befunde und sei als behandelbare Gesundheitsstörung mit vorübergehenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu bewerten. Er sei mangels Befunde und damit einhergehenden Funktionseinschränkungen ohnehin nicht aussagekräftig und auch aus psychiatrischer Sicht sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustands nachgewiesen (IVSTA-act. 102).

E. 11.3.4

Mit Stellungnahme vom 21. November 2022 (IVSTA-act. 125) äusserte sich Dr. med. J. _____ des medizinischen Diensts zur ärztlichen Bescheinigung der D. _____ Kliniken vom 12. Juli 2022 (IVSTA-act. 123), zum Laborbefund R. _____ vom 15. September 2022 (IVSTA-act. 111 ff.) und zum ausführlichen ärztlichen Bericht (E213) von Dr. med. E. _____ vom 26. September 2022 (IVSTA-act. 116). Der Bericht von Dr. med. E. _____ bestätige eine mässige Alkoholabhängigkeit mit Konsum ab dem frühen Abend sowie eine remittierende und gesamthaft allenfalls milde depressive Symptomatik. Der Laborbefund sei sodann ohne klinischen Befund nicht aussagekräftig. Insgesamt ergäben sich aus psychiatrischer Sicht keine Veränderungen. Zuzufolge umfangreicher körperlicher Untersuchungen werde um eine allgemeinmedizinische Beurteilung gebeten. Diese fand am 6. Dezember 2022 durch den RAD-Arzt Dr. med. S. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, statt. In seiner Stellungnahme legte er dar, die somatischen Beeinträchtigungen

seien bekannt. Es bestehe der Verdacht auf eine alkoholbedingte periphere Polyneuropathie, die klinische Untersuchung habe aber keine wesentlichen Auffälligkeiten gezeigt. Der Laborbefund vom 15. September 2022 (IVSTA-act. 111) begründe sodann keine Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt bestünden keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands aus somatischer Sicht (IVSTA-act. 132).

E. 11.4

Zu prüfen ist nachfolgend, ob der Beschwerdeführer aufgrund der eingereichten medizinischen Berichte eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse zwischen dem 8. Juni 2021 und dem 14. Dezember 2022 glaubhaft machen konnte (vgl. E. 11.1 und 11.2 hiervor).

E. 11.4.1

Im Zeitpunkt der Rentenablehnung (Verfügung vom 8. Juni 2021) waren zahlreiche Diagnosen aktenkundig (vgl. E. 11.1 hiervor). Als leistungsmindernd wurde die koronare Herzerkrankung qualifiziert. In Bezug auf die depressive Symptomatik befanden die Ärzte, dass diese nur leicht ausgeprägt sei, vor der Entzugsbehandlung bestand und im weiteren Verlauf nicht mehr in Erscheinung trat. Betreffend Alkoholabhängigkeit wurde durch den beurteilenden Psychiater des ärztlichen Diensts eine (knapp gehaltene) Indikatorenprüfung vorgenommen: Die Alkoholabhängigkeit bestehe seit mindestens 2015 und trotz wiederholter Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen (Behandlungsresistenz). «Hinsichtlich Persönlichkeit sind keine auffälligen Befunde dokumentiert, geschweige denn ist eine entsprechende Diagnose gestellt worden. Ein ausgeprägter Leidendruck ist nicht dokumentiert, geht auch nicht aus den Angaben des Versicherten hervor. Hinsichtlich der Funktionseinschränkungen sind solche nicht wirklich erkennbar. Der Versicherte hat mit seinem übermässigen, feierabendlichen Alkoholkonsum in seinem angestammten Beruf die letzten Jahre arbeiten können. Kündigungen erfolgten nicht aufgrund des Alkoholkonsums. Die äussere soziale Funktionsfähigkeit ist erhalten (keine Gesetzeskonflikte, keine Entwicklung zur Verwahrlosung oder Randständigkeit), wenn auch der Alkoholkonsum zu familiären Konflikten geführt hat. Der Versicherte war wiederholt in der Lage, Entzugsbehandlungen geordnet wahrzunehmen, die elektiv erfolgen konnten. Man kann aber der Einschätzung der Behandler folgen, dass eine Anfälligkeit bei Exposition gegenüber gewissen Triggersubstanzen in Form einer erhöhten Rückfallgefahr besteht. Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen wurden nach der ersten Entzugsbehandlung in Form einer Umschulung erfolgreich durchgeführt. Inkonsistenzen sind nicht aufgetreten» (IVSTA-act. 32 S. 3 f.). Im Hinblick auf den ursprünglichen Beruf als Chemiefacharbeiter bestehe aufgrund der gefährdenden Expositionen seit dem 13. Februar 2017 eine dauerhafte vollständige Arbeitsunfähigkeit. «Hinsichtlich der letzten angestammten Tätigkeit als Elektroniker ergeben sich jedoch aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen. Weder liegt eine invalidisierende affektive Störung vor, noch ist die Alkoholabhängigkeit derart schwer ausgeprägt, als dass der Versicherte seiner letzten Tätigkeit nicht hätte nachgehen können und dies auch in Zukunft nicht könnte» (IVSTA-act. 32 S. 3). Die als «Hauptdiagnose» aufgeführte Alkoholabhängigkeit (F10.2) veranlasste die Vorinstanz somit, eine Indikatorenprüfung vorzunehmen und die entsprechende funktionelle Einschränkung (Anfälligkeit gegenüber Triggersubstanzen) zu definieren. Insgesamt erachtete die Vorinstanz den Beschwerdeführer aber in einer angepassten Tätigkeit - wozu auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Elektriker gehöre - ab dem 13. Februar 2017 als voll arbeitsfähig (IVSTA-act. 25, 32 und 46 f.).

E. 11.4.2

Im Hinblick auf die Phase zwischen dem 8. Juni 2021 und dem 14. Dezember 2022 gelangten die Ärzte des RAD und des medizinischen Diensts zum Schluss, dass sowohl aus somatischer wie auch psychiatrischer Sicht eine gesundheitlich unveränderte Situation vorliege. Gemäss den im Verwaltungsverfahren eingereichten Berichten liege weiterhin eine nur mässige Alkoholabhängigkeit vor. Die depressive Symptomatik sei mild und werde nicht medikamentös behandelt. Die Herzerkrankung sei bereits bei der letzten Rentenanmeldung bekannt gewesen und die Covid-Infektion habe keine relevanten medizinischen Folgen hinterlassen. Zudem begründe weder eine Dupuytren-Operation noch ein Strumaknoten der Schilddrüse eine (langfristige) Arbeitsunfähigkeit. Unverändert bestünden weiter eine Adipositas, ein Tinnitus und eine allergische Erkrankung (IVSTA-act. 67, 69, 99, 102, 125 und 132).

E. 11.5

Diese Einschätzung ist wie nachfolgend aufgezeigt wird auch mit Blick auf die relativ kurze Zeitspanne zwischen der letzten materiellen Prüfung (Leistungsbegehren abweisende Verfügung vom 8. Juni 2021) und der Neuanmeldung vom 25. Dezember 2021 sowie der damit verbundenen etwas höheren Anforderungen an das Glaubhaftmachen einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts nicht zu beanstanden (vgl. E. 9.1 hiervor).

E. 11.5.1

Ausgangspunkt für die Prüfung einer Invalidität ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann - potenziell - anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Unbeachtlich ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist eine veränderte Befundlage (vgl. Urteil des BGer 9C_212/2021 vom 22. Oktober 2021 E. 4.4.1; vgl. auch E. 9.1 hiervor).

E. 11.5.2

Mit Blick auf die oben dargelegte medizinische Einschätzung ist festzustellen, dass die koronare Herzerkrankung, die depressive Symptomatik (mit psychiatrischen Konsultationen alle zwei Monate) und auch das Alkoholabhängigkeitssyndrom seit mehreren Jahren bekannt sind (IVSTA-act. 32, 57 und 116 S. 11). Aus rein diagnostischer Sicht ergibt sich aus den Akten keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands. Im somatischen Bereich sind zwar seit der Ablehnung des Leistungsbegehrens zusätzliche Diagnosen hinzugetreten (nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten [E04.1] sowie Dupuytren'sche Kontraktur der Hand/Fibromatose der Palmarfaszie [M72.0]; vgl. E. 11.1 f. hiervor). Diese wurden aber durch den RAD nachvollziehbar als nicht invalidisierend eingestuft (IVSTA-act. 67).

E. 11.5.3

Im Weiteren sind die Ausführungen des RAD und des medizinischen Diensts zum ärztlichen Entlassungsbericht der D. _____ Kliniken vom 11. Mai 2022 (IVSTA-act. 57)

nachvollziehbar (IVSTA-act. 67 und 69). Dem Bericht ist aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen das bereits bekannte Alkoholabhängigkeitssyndrom und die leichte depressive Störung zu entnehmen. Das Konsumverhalten mit Beginn des Trinkens am frühen Abend hat sich seit dem Zeitpunkt der Rentenablehnung am 8. Juni 2021 nicht wesentlich verändert (IVSTA-act. 25, 32, 116 S. 7 und 125). Zur Rehabilitation sei er nicht alkoholisiert erschienen und es seien keine Rückfälle aufgetreten. Der Schlaf sei - abgesehen von vereinzelt Einschlafstörungen im Rahmen von Belastungen mit Grübelneigung - ungestört. Ferner wird im Entlassungsbericht eine komplikationslose Abstinenz sowie generell ein sehr positiver Verlauf der Rehabilitation beschrieben und zudem ausgeführt, dass die Alkoholabhängigkeit - unter der Voraussetzung einer weiterhin stabilen Abstinenz - die Erwerbsfähigkeit nicht mehr wesentlich beeinträchtigt. Nachvollziehbar ist sodann die Aussage des medizinischen Dienstes, dass die beschriebenen neurokognitiven Defizite eher leicht ausgeprägt seien, im Zusammenhang mit dem Alkoholentzug stünden und damit als potenziell rückläufig einzustufen seien (IVSTA-act. 69 S. 2; vgl. zudem die Ausführungen von Dr. med. E. _____ vom 26. September 2022, wo ein unauffälliger psychopathologischer Befund beschrieben wird [IVSTA-act. 116 S. 14]). Griffnähe zu Alkohol am Arbeitsplatz sei aber strikt zu vermeiden (IVSTA-act. 57 S. 5). Mit dem ärztlichen Dienst ist sodann festzustellen, dass die Beurteilung der D. _____ Kliniken, wonach die psychische Belastbarkeit bei bekannter Depression (rezidivierend, gegenwärtig leichte Episode) erheblich eingeschränkt sein soll, nicht nachvollziehbar ist. Denn es ist den Ausführungen im Entlassungsbericht vom 11. Mai 2022 ebenfalls zu entnehmen, dass die depressive Verstimmung unter psychotherapeutischer Unterstützung und ohne die Einnahme von antidepressiven Medikamenten abgefangen worden sei (IVSTA-act. 57 S. 4 f.). Zudem widerspricht diese Einschätzung dem am 26. September 2022 durch Dr. med. E. _____ beschriebenen unauffälligen psychopathologischen Untersuchungsbefund (IVSTA-act. 116 S. 14). Insgesamt ist die im Entlassungsbericht attestierte völlige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar und es geht daraus aus psychiatrischer Sicht keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands hervor. Aus somatischer Sicht sind im Besonderen die erwähnten kardiologischen Konsile zu nennen. So sei am 2. März 2022 eine akute myokardiale Ischämie bzw. eine akute/subakute Myokarditis ausgeschlossen worden. Echokardiographisch habe sich eine mittelgradig reduzierte systolische linksventrikuläre Funktion mit einer Akinesie des Apex und den angrenzenden Wandabschnitten gezeigt. Eine Erhöhung des BNP als Marker der Herzinsuffizienz habe nicht vorgelegen. Zur definitiven Abklärung der Progression der bekannten KHK sei eine Wiederholung der Linksherzkatheteruntersuchung angezeigt. Am 14. März 2022 erfolgte die Koronarangiographie, wobei der Herzkatheterbericht ein gutes LZ-Resultat zeige und als Therapieempfehlung eine konservative Sekundärprophylaxe festhalte (IVSTA-act. 57 S. 3 und S. 4). Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands liegen somit in Übereinstimmung mit den Einschätzungen des RAD bzw. des medizinischen Dienstes nicht vor. Schliesslich kann der Beschwerdeführer aus der unterschiedlich attestierten Arbeitsunfähigkeit nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn eine veränderte Befundlage ist nicht hinreichend nachgewiesen (vgl. Urteil 8C_557/2022 E. 4.2 m.w.H.; E. 9.2 hiervor).

E. 11.5.4

Was die durch den Beschwerdeführer eingebrachten medizinischen Bescheinigungen vom 24. Juni 2022 (IVSTA-act. 85) und 22. Juli 2022 (IVSTA-act. 86) betrifft, ist den Einschätzung des RAD und des medizinischen Dienstes beizupflichten, dass sich daraus

keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ableiten lässt (IVSTA-act. 99 und 102). So wird im kardiologischen Bericht lediglich ausgeführt, dass er in Behandlung sei. Zudem wird ihm «eine ischämische Kardiomyopathie mit mittelgradig reduzierter systolischer LVEF nach Vorderwandinfarkt 09/2020» bescheinigt. Befunde oder anamnestische Angaben sind nicht ersichtlich (IVSTA-act. 85). Auch der psychiatrische Bericht bestätigt lediglich, dass der Patient seit dem 14. Juli 2015 in Behandlung sei und erwähnt die Diagnosen Abhängigkeitssyndrom bei Alkoholgebrauch (F10.2G) und eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradig Episode, F33.1G). Weder enthält die Kurzbescheinigung veränderte Befunde noch anamnestische Angaben. Zudem ist festzustellen, dass soweit der behandelnde Psychiater ausführt, es bestünden bei Zustand nach Herzinfarkt weiterhin erhebliche Einschränkungen der psychischen und körperlichen Belastbarkeit bzw. der Leistungsfähigkeit, er die Auswirkungen einer ausserhalb seines Fachgebiets liegenden (somatischen) Diagnose beurteilt, was unzulässig ist (IVSTA-act. 86).

E. 11.5.5

Nichts zu seinen Gunsten kann der Beschwerdeführer schliesslich aus den Ausführungen des Psychiaters E. _____ vom 26. September 2022 ableiten. Dieser beschreibt einen unauffälligen psychopathologischen Untersuchungsbefund mit regelrechtem Antrieb ohne Konzentrationseinbussen und Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen sowie eine euthyme Stimmungslage (gegenwärtig keine depressive Symptomatik; IVSTA-act. 116 S. 13 ff.). Wenn er von einem insbesondere aus somatischer Sicht aufgehobenen Leistungsvermögen ausgeht, ist das nicht nachvollziehbar und es handelt sich um eine fachfremde Einschätzung. Seine Ausführungen sind nicht beweiskräftig und es kann nicht darauf abgestellt werden (vgl. Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 mit weiteren Hinweisen; IVSTA-act. 116 S. 13; vgl. auch E. 11.2 hiavor). Übereinstimmend mit den nachvollziehbaren Beurteilungen des RAD und des medizinischen Diensts und entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist insgesamt weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft gemacht (IVSTA-act. 67, 69, 99, 102, 125 und 132).

E. 12

Zusammengefasst hat der Beschwerdeführer im massgeblichen Zeitraum vom 8. Juni 2021 bis zum 14. Dezember 2022 keine namhafte Veränderung des Invaliditätsgrads glaubhaft gemacht (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Die Vorinstanz ist zu Recht auf die Neuanschuldung vom 25. Dezember 2021 nicht eingetreten. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 13

Es bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden.

E. 13.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung mit Instruktionsverfügung vom 9. März 2023 stattgegeben wurde (BVGer-act. 10).

E. 13.2

Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

E. 13.3

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat als amtlich bestellter Anwalt (Art. 65 Abs. 2 VwVG) Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Die Bemessung richtet sich nach den für die Parteientschädigung geltenden Grundsätzen (Art. 12 i.V.m. Art. 8 ff. VGKE). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) angemessen. Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so ist er verpflichtet, der Gerichtskasse Ersatz zu leisten (Art. 65 Abs. 4 VwVG). (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

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