

BVGer C-5835/2013 vom 21. Mai 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-05-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5835_2013

FR: TAF C-5835/2013 du 21 mai 2015

IT: TAF C-5835/2013 del 21 maggio 2015

Regeste

Invalidenversicherung (Übriges)

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (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.

E. 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. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung der IVSTA vom 9. September 2013 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

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

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, so dass vorliegend das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Verordnung Nr. 1408/71, SR 0.831.109.268.1) haben die in den persönlichen

Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Ebenso zu beachten sind vorliegend die am 1. April 2012 für die Schweiz anwendbar gewordenen neuen EU-Verordnungen (insb. Verordnung [EG] Nr. 883/2004 und Verordnung [EG] Nr. 987/2009).

E. 2.2

Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens - unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität - sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG, der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201), dem ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11).

E. 2.3

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: 9. September 2013) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 3.1

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).

E. 3.2

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

E. 3.3

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

E. 3.4

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 BGE 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 BGE I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGE 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 3.5

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).

E. 4.1

Vorliegend liegt eine Verfügung im Streit, mit der die Vorinstanz auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 15. November 2012 nicht eingetreten ist. Dr. E. _____ des IV-ärztlichen medizinischen Dienstes hat auf einem Formular gegenüber der Vorinstanz bestätigt, dass der Beschwerdeführer nicht glaubhaft machen konnte, dass sich sein Gesundheitszustand wesentlich geändert hat (doc. 52). Auf dem Formular befindet sich ein ausdrücklicher Hinweis auf (alt)Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV. Somit hat die Vorinstanz vorliegend keine materielle Beurteilung der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorgenommen, sondern ist auf das neue Gesuch nicht eingetreten. Das Bundesverwaltungsgericht hat daher hier einzig zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf die Neuanmeldung vom 15. November 2012 eingetreten ist.

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

E. 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_844/2012E. 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).

E. 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).

E. 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 E. 3).

E. 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).

E. 5.1

Die letzte materielle Würdigung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes erfolgte vorliegend mit der in Rechtskraft erwachsenen ersten Verfügung der Vorinstanz vom 28. März 2011. Deshalb ist hier zu prüfen, ob zwischen dem 28. März 2011 und dem 9. September 2013 eine durch die medizinische Situation bedingte, für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades glaubhaft dargetan ist. Da zwischen diesen beiden Zeitpunkten bereits rund 30 Monate verstrichen sind, dürfen an die Glaubhaftmachung einer rentenrelevanten Gesundheitsverschlechterung nicht allzu hohe Anforderungen gestellt werden (vgl. vorne E. 4.4).

E. 5.2

Grundlage für die medizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers anlässlich der ersten Verfügung bildeten folgende medizinische Unterlagen: - Das Gutachten von Dr. F._____, Arzt für Arbeitsmedizin, vom 2. April 2009, nach einer Untersuchung zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit (doc. 6 p. 2 f.). Darin wurde Methadonsubstitution, Alkoholkrankheit, Hepatitis C, HIV positiv (ohne schriftlichen Befund) sowie eine Depressio festgehalten. Aufgrund der Untersuchung und der Anamnese bestehe keine Arbeitsfähigkeit. - Der ausführliche ärztliche Bericht vom 29. Mai 2009 der Ärztin des österreichischen Versicherungsträgers, Dr. G._____, nach erfolgter Untersuchung vom 12. Mai 2009 (doc. 5): Darin werden eine Mehrfachsüchterkrankung (Methadon-Substitution, Alkoholkrankheit), ein Hepatitis C-Infekt, eingeschränkte Sprunggelenksbelastbarkeit links sowie chronische Rückenschmerzen diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit auch für leichte geregelte

Tätigkeiten sei derzeit nicht gegeben und die Prognose für eine Reintegration sei ihrer Meinung nach ungünstig. - Der Bericht von Dr. D._____ (behandelnder Psychiater) vom 26. Mai 2009 (doc. 6 p. 1): Er stellte eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig konsumierend, fest. Der Patient sei ein chronischer Suchtpatient mit deutlichen Einbußen seiner Belastbarkeit und seines Durchhaltevermögens, weshalb eine beruflich Eingliederung nicht möglich und auch in Zukunft nicht mehr zu erwarten sei. - Dr. H._____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) hielt in seinem Teilgutachten vom 4. August 2010 zum MEDAS Gutachten vom 2. September 2010 psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch fest, sowie gegenwärtigen Substanzgebrauch (F17.25), mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; daneben eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (F32.00) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (doc. 28 p. 23). Er erachtete den Versicherten in Verweistätigkeiten d.h. in einer Tätigkeit, die nicht mit einer Alkohol- oder Drogenexposition, zum Beispiel als Wirt, oder mit erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit oder mit regelmässigem Kontakt mit laufenden Maschinen verbunden ist, als zu 100 Prozent arbeitsfähig (doc. 28 p. 26). - Dr. I._____ (Facharzt FMH Rheumatologie) diagnostizierte in seinem MEDAS-Teilgutachten (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit): chronisch rezidivierendes lumbo-vertebragenes Syndrom; chronisches Impingement-Syndrom der rechten Schulter vom Supraspinatustyp; residuelle, chronische belastungsabhängige Fusschmerzen links (doc. 28 p. 31). Er hielt den Versicherten ebenfalls für 100% arbeitsfähig in jeglichen körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Verweistätigkeiten in wechselnder Körperposition unter Beachtung gewisser Einschränkungen (doc. 28 p. 33). - Dr. K._____ (Neurologin FMH) stellte in ihrem MEDAS-Teilgutachten Polytoxikomanie, anamnestische epileptische Anfälle, ein klinisch sensibel betontes polyneuropathisches Syndrom, anamnestische Hepatitis C positiv sowie einen Status nach Schädelbasisfraktur im Jahre 1971 fest. Sie betrachtete den Versicherten in Verweistätigkeiten zu 100 Prozent arbeitsfähig, ebenfalls mit gewissen Einschränkungen (doc. 28 p. 37). - Dr. L._____ (Innere Medizin & Endokrinologie) schloss sich im Anschluss an eigene Untersuchungen und nach der Schlussbesprechung mit Dr. M._____ (Rheumatologie FMH, Chefarzt der MEDAS) vom 30. Juli 2010 zusammenfassend den von den einzelnen Teilgutachtern gestellten Diagnosen an. Die Einschätzung gelte ab dem 16. Juni 2010, also dem Datum der Untersuchungen. Vorher könnte die Arbeitsfähigkeit für eine Verweistätigkeit etwas mehr eingeschränkt gewesen sein (doc. 28 p. 13-15). - Der RAD-Psychiater Dr. N._____ erachtete in seiner Stellungnahme vom 27. Oktober 2010 das MEDAS-Gutachten in psychiatrischer Sicht als sorgfältig abgefasst; es beleuchte die Probleme allseitig, es gebe keinen Grund, ihm nicht zu folgen. Er diagnostizierte (invalidisierend) eine leichte hirnanorganische toxisch bedingte Wesensveränderung (F19.71) und hielt den Versicherten in einer die psychiatrischen funktionellen Einschränkungen respektierenden Tätigkeit als zu 100 Prozent arbeitsfähig. Vom 6. Oktober 2008 bis zum 16. Juni 2010 sei er aus psychiatrischer Sicht auch in Verweistätigkeiten zu 30% arbeitsunfähig gewesen (doc. 36 p. 13). - Die RAD-Ärztin Dr. B._____ stellte in ihrem Schlussbericht - hauptsächlich gestützt auf die vorstehenden Gutachten - als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch rezidivierendes LWS-Syndrom fest sowie als Nebendiagnosen eine leichte, hirnanorganische toxisch bedingte Wesensveränderung (F 19.71), ein chronisches Impingement an der rechten Schulter, residuelle belastungsabhängige Fusschmerzen rechts und epileptische Anfälle seit 1972. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit qualifizierte sie eine

Politoxikomanie, eine leichte depressive Episode, eine leichte Trichterbrust, einen Verdacht auf diastolische Hypertonie, einen Status nach Schädelbasisfraktur im Jahre 1971, einen Status nach Frakturen linke Hand und linkes Bein, einen wahrscheinlichen Status nach Umbilicalhernien-Operation im Jahre 1973, einen Status nach Unterschenkelfraktur rechts im Jahre 1975, einen Status nach Schnittverletzung des Fussrückens links vor Jahren sowie im Jahre 1990 einen Ikterus und die Diagnose Hepatitis C. Ab dem 16. Juni 2010 sei der Versicherte in einer angepassten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit, ohne Zwangshaltung, keine Nacht- oder Spätschichten, zu 100 % arbeitsfähig, vorher 30% arbeitsunfähig, wahrscheinlich ab Anfang 2009 (doc. 36 p. 9).

E. 5.3

Zum aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers liegt folgende medizinische Bestätigung vor: - Der nachgereichte Arztbericht des behandelnden Psychiaters Dr. D._____ vom 21. Februar 2013 (doc. 50). Darin wird ausgeführt, als Folge der langzeitigen kombinierten Suchtkrankheit des Versicherten habe sich eine spezifische Wesensveränderung ergeben, die durch verminderte Belastbarkeit und zunehmendem Verlust der Strukturierungsfähigkeit in Alltagsbelangen charakterisiert sei. Sein Durchhaltevermögen sei massiv beeinträchtigt. Eine berufliche Eingliederung sei aufgrund des fortschreitenden Abbauprozesses nicht mehr zu erwarten.

E. 5.4

In seiner Stellungnahme vom 28. März 2013 hielt Dr. E._____ des medizinischen Dienstes der IV-Stelle unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. B._____ vom 2. November 2010 fest, dass im Bericht von Dr. D._____ vom 21. Februar 2013 keine neuen Fakten bekannt gemacht würden (doc. 52).

E. 5.5

Das Gericht teilt die Beurteilung von Dr. E._____ (doc. 52), wonach im Arztbericht des behandelnden Psychiaters, Dr. D._____, vom 21. Februar 2013, auf welchen sich der Beschwerdeführer bei seinem neuen Gesuch hauptsächlich stützt, keine neuen Fakten zu dessen Gesundheitszustand bekannt gemacht werden. Denn die darin festgestellte kombinierte Suchtkrankheit mit spezifischer Wesensveränderung und die dadurch verursachte verminderte Belastbarkeit, das massiv beeinträchtigte Durchstehvermögen sowie der zunehmende Verlust der Strukturierungsfähigkeit hatte der behandelnde Psychiater Dr. D._____ bereits in seinem Bericht vom 26. Mai 2009 (doc. 33) festgestellt; ebenso, dass die vielfachen psychosozialen Belastungen des Beschwerdeführers im Rahmen der sozialarbeiterischen Betreuung in der Beratungsstelle C._____ bearbeitet würden und dass eine berufliche Wiedereingliederung des Versicherten infolge des fortschreitenden Abbauprozesses nicht mehr möglich sei. Diesen psychiatrischen Bericht von Dr. D._____ vom 26. Mai 2009 hatte die MEDAS in ihrem ausführlichen Gutachten vom 2. September 2010 mitgewürdigt (doc. 28 p. 3) und war damals - entgegen den Schlussfolgerungen des behandelnden Psychiaters - zum Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführer ab dem 16. Juni 2010 in einer ausgewählten, gewisse Einschränkungen beachtenden Verweistätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei. Die beiden Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Rhone (Dr. B._____, Dr. N._____ [Psychiater]) hatten diese Beurteilung der MEDAS geteilt. An der damaligen Beurteilung in psychiatrischer Hinsicht durch die MEDAS Z._____ und die RAD-Ärzte ist auch aus heutiger Sicht nichts auszusetzen. Die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und plausibel. Die drei

teilweise anderslautenden Berichte von Dr. D._____, Dr. G._____ und Dr. F._____ (doc. 33, doc. 5, doc. 6 p. 2 f.) sind bereits im ersten Halbjahr 2009 verfasst worden; laut Beurteilung des MEDAS-Psychiaters sei bis zum 16. Juni 2010 von einer Besserung des Gesundheitszustandes auszugehen und ab diesem Zeitpunkt habe in psychiatrischer Hinsicht keine Einschränkung mehr bestanden (doc. 28 p. 26). Diese Beurteilung zur Entwicklung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht wird vom RAD-Psychiater (Dr. N._____) bestätigt (doc. 36 p. 13). Die drei erwähnten medizinischen Unterlagen sind und waren nicht geeignet, die Schlussfolgerungen der MEDAS-Gutachter, insbesondere von Dr. H._____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und des RAD-Psychiaters, Dr. N._____, in Zweifel zu ziehen Auch ist hier zur Beweiswürdigung darauf hinzuweisen, dass einem Gutachten eines Facharztes im Vergleich zu einem Bericht des behandelnden Arztes ein erhöhter Beweiswert zukommt (vgl. vorne 3.3.-3.5). Insgesamt lassen sich dem Bericht von Dr. D._____ vom 21. Februar 2013 keine konkreten Hinweise für eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht seit der Verfügung vom 28. März 2011 entnehmen.

E. 6

Weiter sind die übrigen Vorbringen des Beschwerdeführers zu prüfen.

E. 6.1

Der Beschwerdeführer macht im neuen Gesuch vom 15. November 2013 geltend, die Krankheit habe sich verschlechtert und er alleine "kriege nichts mehr auf die Reihe". Diese Aussage des Beschwerdeführers kann nicht als konkreter Anhaltspunkt für eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes betrachtet werden, da sie nicht substantiiert ist. Weiter wird die - vom Beschwerdeführer mit seinen eigenen obigen Worten sinnbildlich dargestellt - notwendige sozialarbeiterische Betreuung durch die Beratungsstelle C._____ schon im ersten Bericht von Dr. D._____ vom 26. Mai 2009 (doc. 6 p. 1) erwähnt.

E. 6.2

In seiner Neuanmeldung und in der Beschwerde macht er weiter geltend, die Medikamente seien um fast das Doppelte erhöht worden. Dies lässt sich aufgrund der Berichte von Dr. D._____ nicht erhärten; sowohl im ursprünglichen Bericht vom 26. Mai 2009 (doc. 6 p. 1) als auch im Bericht vom 21. Februar 2013 (doc. 50) wird die Medikation mit 80 mg Methadon täglich sowie mit Somnubene (1x abends) angegeben. Es fand somit keine Erhöhung der Medikation statt.

E. 6.3

Ferner führt der Beschwerdeführer in seiner Neuanmeldung aus, seine Invalidität werde sich noch erhöhen und es werde zur Zeit über eine Pflege verhandelt, da er nichts mehr auf die Reihe kriege. In den Akten befinden sich dafür keine Hinweise. Im Gegenteil befindet sich in den Akten ein Bescheid der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt vom 20. Dezember 2012 (doc. 48), aus welchem hervorgeht, dass der vom Beschwerdeführer eingereichte Antrag auf Gewährung eines Pflegegeldes abgelehnt wurde mit der Begründung, zur Pflege sei lediglich ein Aufwand von 10 Stunden monatlich für Motivationsgespräche notwendig. Dies lässt ebenfalls nicht den Schluss zu, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erheblich verschlechtert hat.

E. 6.4

Zu ergänzen ist schliesslich, dass im ursprünglichen Bericht von Dr. D. _____ vom 26. Mai 2009 - wie übrigens auch im Bericht von Dr. F. _____ vom 2. April 2009 (doc. 6 p. 2 f.) und von Dr. G. _____ vom 29. Mai 2009 (doc. 5) - die Einnahme von Antidepressiva festgestellt wird. Im neuen Bericht von Dr. D. _____ (doc. 50) wird die Einnahme von Antidepressiva nicht mehr erwähnt, was eher auf eine Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in psychiatrischer Sicht hindeutet.

E. 6.5

Die Rügen des Beschwerdeführers sind damit unberechtigt. Die Vorinstanz hat insgesamt zu Recht festgestellt, dass den gesamten neuen Unterlagen keine konkreten Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers entnommen werden können. Zu ergänzen ist, dass die MEDAS-Gutachter auch gesundheitliche Einschränkungen auf somatischer Seite festgestellt hatten (vgl. rheumatologisches MEDAS-Teilgutachten [doc. 28 p. 33] sowie Gesamtgutachten [doc. 28 p. 15, Ziff. 5.4]). In seinem neuen Gesuch hat der Beschwerdeführer keine Verschlechterung in somatische oder rheumatologischer Hinsicht geltend gemacht.

E. 6.6

Da der Beschwerdeführer nicht glaubhaft machen konnte, dass sein Gesundheitszustand sich in erheblicher Weise verändert hat, und zudem keine konkreten Hinweise für eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes bestehen, hat die Vorinstanz zu Recht keine neuen Erhebungen veranlasst (vgl. vorne E. 4.4) und ist zu Recht nicht auf das neue Gesuch eingetreten.

E. 7.1

Am 6. November 2013 hat der Beschwerdeführer dem Gericht einen weiteren Arztbericht von Dr. D. _____ vom 3. Oktober 2013 nachgereicht (B-act. 5 Beilage 2). Der Bericht datiert also zeitlich nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung. 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 Neuanmeldung hätte eintreten müssen - von wenigen Ausnahmen abgesehen - nicht zu berücksichtigen (vgl. vorne E. 4.3). Der nachgereichte Arztbericht wiederholt im Wesentlichen die bereits in den beiden früheren Berichten des behandelnden Psychiaters enthaltenen Aussagen und Bestätigungen. Somit ist der Bericht von Dr. D. _____ vom 3. Oktober 2013 nicht geeignet, die Beurteilung zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung zu beeinflussen und deshalb aus dem Recht zu weisen.

E. 8

Die Beschwerde ist nach dem Gesagten abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 9. September 2013 zu bestätigen.

E. 9

Abschliessend ist über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung zu befinden.

E. 9.1

Die Verfahrenskosten sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache und insbesondere der Art der Prozessführung auf Fr. 400.-

festgesetzt (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG in Verbindung mit Art. 1, Art. 2 Abs. 1 und 2 des Reglements über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Sie sind durch die Bezahlung des Kostenvorschusses in der gleichen Höhe bereits beglichen.

E. 9.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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