

BVGer C-2430/2021 vom 5. Juni 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-06-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2430_2021

FR: TAF C-2430/2021 du 5 juin 2026

IT: TAF C-2430/2021 del 5 giugno 2026

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

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) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a - 26bis und Art. 28 - 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung vom 26. April 2021 (act. 224) berührt. Er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Verfahrenskostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist (B-act. 4), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) einzutreten.

E. 1.4

Die örtliche Zuständigkeit der IV-Stelle richtet sich in der Regel nach dem Wohnsitz des Versicherten im Zeitpunkt der Anmeldung (Art. 55 IVG). Zuständig zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen (Art. 40 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Gemäss Art. 40 Abs. 3 IVV bleibt die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle im Verlaufe des Verfahrens erhalten. Frühestens nach einer gerichtlichen Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung und neuer Verfügung an die Verwaltung kann sich ein Wechsel der IV-Stelle rechtfertigen (Urteil des BGer I 232/03 vom 22. Januar 2004, publiziert in SVR 2005 IV Nr. 39 S. 145 ff. E. 3.3.1 f.; vgl. auch Urteil des BGer I 190/06 vom 16. Mai 2007 E. 3.2).

E. 1.5

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 26. April 2021, mit welcher die Vorinstanz dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 64 % mit Wirkung ab 1. April 2018 eine Dreiviertelsrente zugesprochen hat. Aufgrund des beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehrens ist streitig und zu prüfen, ob er ab dem 1. Dezember 2017 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt insbesondere in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend gewürdigt hat.

E. 1.6

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. 1.7

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b und 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 2

Im Folgenden sind die weiteren, im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Der in Deutschland wohnhafte Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Luxemburg und Deutschland (vgl. Bst. A. hiervor). 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 BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 26. April 2021 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision], nicht jedoch die seit 1. Januar 2022 in Kraft stehenden Änderungen des IVG vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV, AS 2021 705; BBl 2017 2535]); weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 2.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.4 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (act. 8), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

E. 2.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die

Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

E. 2.5

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

E. 2.6

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht

Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend gegeben (vgl. Art. 7 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (bis Ende Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.7

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG). Geht es um psychische Erkrankungen, sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.).

Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können - insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente - Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestische Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1), haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2). 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

E. 3

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer aus dem - mit Bescheid vom 4. Juli 2019 anerkannten (act. 180.21) - Anspruch auf eine Rente aus der deutschen Rentenversicherung ab dem 1. Februar 2019 nichts zu seinen Gunsten ableiten kann, da sich sein vorliegend zu beurteilender Rentenanspruch alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsgrundlagen bestimmt. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2), und aus dem Ausland stammende Beweismittel unterliegen der freien Beweiswürdigung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Urteil des BVGer C-3377/2016 vom 28. März 2017 E. 4 mit Hinweisen; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4

Im Zusammenhang mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. April 2021 stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht in erster Linie auf die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juni 2019 (act. 159), 23. September 2019 (act. 169), 23. Januar 2020 (act. 187), 5. Februar 2020 (act. 188) und 16. Dezember 2020 (act. 214). Der Beschwerdeführer hingegen vertrat die Auffassung, dass das internistische Teilgutachten von Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 5. April 2019 (act. 154.3), das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, vom 25. April 2019 (act. 154.2) und die bidisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 29. April 2019 (act. 154.1) zusammen mit der Gutachtensergänzung des Experten Dr. med. G._____ vom 13. Januar 2020 (act. 184) die massgebliche und rechtsgenügende Entscheidungsbasis bilden. Diese medizinischen Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen. Diese medizinischen Akten bilden Ausgangspunkt für die Prüfung der Frage, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist und ob und in welcher Höhe der Beschwerdeführer einen Rentenanspruch hat resp. ob die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG (vgl. zum kumulativen Charakter von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG bspw. Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1) und Art. 28 Abs. 2 IVG erfüllt sind (vgl. E. 2.6 hiervor). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Rentenanspruch gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Aufgrund der Neuanmeldung vom 23. Juni 2017 (act. 57) könnte dem Beschwerdeführer demnach - wie von ihm beschwerdeweise geltend gemacht - frühestens ab dem 1. Dezember 2017 unter der Bedingung, dass die materiellen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG erfüllt sind (vgl. E. 2.6 hiervor), eine IV-Rente ausgerichtet werden.

E. 4.1.1

In seinem internistischen Teilgutachten vom 5. April 2019 (act. 154.3) diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Zweigefäss-erkrankung (RIVA/RCA), eine Lumboischialgie, Cluster-Kopfschmerzen sowie ein Asthma bronchiale. Weiter berichtete Dr. med. F._____, aufgrund der vielen Erkrankungen, insbesondere im Herz-Kreislauf-Lungenbereich sowie durch die Cluster-Kopfschmerzen und die

LWS-Symptomatik sei das Belastungsprofil deutlich eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer optimal angepassten Tätigkeit bezogen auf ein 100%iges Pensum betrage 70 %. Aufgrund der vielen Erkrankungen, die sich überlagerten und gegenseitig beeinflussten, sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht zu erwarten. Zur Erhaltung der gegenwärtigen Arbeitsfähigkeit sei die Weiterführung der therapeutischen Massnahmen Voraussetzung. Weitere kardiale Ereignisse müssten trotzdem befürchtet werden. Das Pankreasleiden könne sich im weiteren Verlauf sehr einschneidend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

E. 4.1.2

In seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 25. April 2019 (act. 154.2) stellte Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F62). Weiter führte Dr. med. G._____ aus, zu einer endgültigen Dekompensation sei es gekommen, als der Versicherte zwei Herzinfarkte erlitten habe. Seine Kompensationsmechanismen seien spätestens dann nicht mehr dazu geeignet gewesen, den innerpsychischen Problemen ausreichende Valenzen entgegenzusetzen. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Versicherte so schwer psychisch krank sei, dass lediglich eine Begleitung und Stützung möglich sei. Eine Therapie, die auf eine Heilung ausgerichtet sei, könne hier nicht mehr verwirklicht werden. Da das Problem tief verwurzelt auf der Persönlichkeitsebene liege, mache eine medikamentöse Behandlung, die aufgrund der kardialen Vorgeschichte ohnehin problematisch wäre, keinen Sinn. Zusammenfassend könne aus psychiatrischer Sicht festgehalten werden, dass ein komplexes psychiatrisches Krankheitsgeschehen vorliege, das seinen Ursprung bereits in der Kindheit des Versicherten gehabt habe. Dessen Persönlichkeitsentwicklung sei massiv defizitär verlaufen, so dass es zu einer schweren kombinierten Persönlichkeitsstörung gekommen sei. Gegen die hiermit verbundenen Defizite habe der Versicherte Zeit seines Lebens angekämpft, was ihm lange Zeit auch gelungen sei, wobei es bereits intermittierend zu depressiven Einbrüchen gekommen sei. Endgültig aufgehoben sei das Kompensationsvermögen des Versicherten gewesen, als er den zweiten Herzinfarkt erlitten habe. Seither stehe er dem Arbeitsmarkt nachvollziehbar nicht mehr zur Verfügung. Sowohl in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als auch in einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe keine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit mehr. Die Einschränkungen würden seit dem 23. April 2015 gelten. Wenngleich der Versicherte im Jahre 2015 davon ausgegangen sei, perspektivisch zu 70 % am Arbeitsleben teilnehmen zu können, habe sich diese Einschätzung nicht bestätigt. Ab dem 1. Juli 2016 habe der Versicherte die Arbeit dann wiederaufgenommen. Im Januar 2018 sei die Kündigung ausgesprochen worden. Rückblickend sei darauf hinzuweisen, dass der Versicherte während des zweistündigen Arbeitsversuchs ebenfalls keine messbare Leistung habe erbringen können.

E. 4.1.3

In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung vom 29. April 2019 (act. 154.1) wurde zusammengefasst berichtet, die beim Versicherten vorliegenden Diagnosen hätten leitliniengerecht erhoben werden können. Zweifel an der Richtigkeit der genannten Diagnosen seien nicht aufgekommen. Die Diagnosen seien hinreichend geeignet, die Symptomatik des Versicherten zu erklären. Eine bessere Erklärung als die erhobenen

Diagnosen für die Beschwerden des Versicherten gebe es nicht. Im psychiatrischen Fachgebiet habe eine Exploration stattgefunden. Die dezidierte Herleitung der psychiatrischen Diagnosen fände sich im entsprechenden Teilgutachten, auf das, um Wiederholungen zu vermeiden, verwiesen werde. Im internistischen Fachgebiet habe ebenfalls eine Exploration stattgefunden. Die dezidierte Herleitung der internistischen Diagnosen finde sich ebenfalls im entsprechenden Teilgutachten, auf das verwiesen werde. Im Rahmen der Exploration seien deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung gefunden worden, wobei selbstunsichere und zwanghaft perfektionistische Züge zu Tage getreten seien. Eine Persönlichkeitsakzentuierung allein reiche als Erklärung nicht aus. Der Versicherte habe einen einfühlbaren Leidensdruck hinterlassen. Die Einschränkungen im Aktivitätenniveau seien nachvollziehbar und würden zu den genannten Diagnosen passen. Sowohl die Symptome als auch die Funktionseinbussen seien konsistent und plausibel. Die Untersuchungsergebnisse seien valide und nachvollziehbar. Sowohl in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als auch in einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe seit dem 23. April 2015 keine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit mehr.

E. 4.1.4

Im Rahmen der konsiliarischen Aktenbeurteilung führte Dr. med. H._____ am 6. Juni 2019 zusammengefasst aus, beim Versicherten sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ein chronifiziertes mittelschweres depressives Syndrom vorliege. Diesbezüglich weise zum einen der erhobene Psychostatus durch den Gutachter Dr. med. G._____ hin. Ferner sei das Aktivitätsniveau nicht vollumfänglich beeinträchtigt. Schwer depressiv Betroffene würden eine dermassen ausgeprägte Anhedonie mit schwerer Antriebs-, Motivations-, Interessen- und Freudlosigkeit aufweisen, die eine solche Alltagsaktivität, wie im Gutachten wiedergegeben, verunmöglichten. Auch die anderen Aspekte, die im Rahmen des Psychostatus erhoben worden seien, würden nicht auf eine schwere depressive Symptomatik hinweisen. Aus Sicht des RAD scheine die Persönlichkeitsstörung nicht hinreichend und differenziert genug hergeleitet worden zu sein, zumal diese Diagnose auch durch andere Ärzte nicht bestätigt werde. Auch lasse der bisherige Lebensverlauf nicht auf eine Persönlichkeitsstörung schliessen, die sich ja bereits in der Adoleszenz und/oder im Jugendalter auf eine Weise bemerkbar mache, dass bestimmte Bereiche des Lebens darunter leiden würden. In der Regel sei im Fall einer schweren depressiven Symptomatik eine antidepressive Medikation dringend indiziert. Ausnahmen würden jedoch im Fall von bestimmten Kontraindikationen vorliegen, welche jedoch in keinem der vorliegenden medizinischen Berichte aufgeführt seien. Aus Sicht des RAD sei aber im Fall von Herz-Rhythmus-Störungen und anderen gewissen somatischen Erkrankung in der Einnahme von bestimmten Antidepressiva Vorsicht geboten. Der RAD sehe im Fall des Versicherten eine stationäre Behandlung, im Rahmen derer auch eine antidepressive Medikation erfolge, als indiziert an. Zugleich sei erwähnt, dass es Studien darüber gebe, die auf eine signifikante Korrelation zwischen der regelmässigen und langen Einnahme von gewissen somatisch indizierten Medikamenten und depressiven Symptomen hinweisen würden. Der RAD schätze die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus rein psychiatrischer Sicht betrachtet in der angestammten Tätigkeit auf 40 % und in einer angepassten Tätigkeit auf 50 % bis 60 % (act. 159).

E. 4.1.5

In seiner Stellungnahme vom 23. September 2019 berichtete Dr. med. H. _____ zusammengefasst, aufgrund der wiedergegebenen Alltagsaktivitäten und den Funktionsfähigkeiten lasse sich kein schwer depressives Syndrom ableiten. Auch im Abschnitt Psychostatus liessen sich keine so schweren Aspekte lesen, um einen schwer depressiven Zustand bzw. eine schwere depressive Erkrankung abzuleiten. Ein schwer depressiv Betroffener sei nicht in der Lage, eine dermassen akribische Dokumentation, wie dies der Beschwerdeführer gemacht habe, vorzunehmen. Dies setze eine dermassen geistige Präsenz und Durchhaltevermögen voraus, was im Fall eines schwer depressiven Zustands nicht erbracht werden könne. Für den RAD lasse die äussere Erscheinungsform ebenfalls nicht an einen schwer depressiven Menschen erinnern, da diese in der Regel mangels Antriebs, Motivation und Interesses ihre (äussere) Pflege sehr vernachlässigten. Hinsichtlich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung komme auch der RAD zur Schlussfolgerung, dass der Versicherte in der Kindheit und Jugendzeit dramatische und belastende Erlebnisse gehabt resp. Erfahrungen gemacht habe, doch seine bisherige Lebensführung weise nicht auf eine dermassen tiefgreifende charakterliche Erkrankung hin, die die Erbringung einer Arbeitsfähigkeit verunmöglichen würde (act. 169).

E. 4.1.6

Als Reaktion auf die seitens der IV-Stelle C. _____ unter Mithilfe des RAD-Arztes Dr. med. H. _____ (vgl. Berichte vom 23. August 2019 [act. 166], 23. September 2019 [act. 169] und 10. Oktober 2019 [act. 173]) am 22. November 2019 gestellten Ergänzungsfragen (act. 177) teilte der Experte Dr. med. G. _____ in seiner Gutachtensergänzung vom 13. Januar 2020 (act. 184) mit, es leuchte ihm ein, dass die von ihm erhobenen Diagnosen nicht ohne weiteres nachvollziehbar seien. Hierfür verantwortlich sei sicherlich in erster Linie der Eindruck, den der Versicherte bei der Begutachtung hinterlassen und den er offenbar nicht so gut beschrieben habe, dass er sich aus dem Gutachten erkennen und vor allem ableiten liesse. Festzuhalten bleibe, dass der Versicherte zum Zeitpunkt der gutachterlichen Exploration tatsächlich an einer schweren depressiven Episode gelitten habe. Dies habe dem Eindruck entsprochen, den der Versicherte hinterlassen habe, aber auch den Erkenntnissen aus dem Beck'schen Depressions-Inventar. Das wesentliche Problem, das er beim Versicherten sehe, sei eine Persönlichkeitsstörung. Das Bild, das der Versicherte hinterlassen habe, lasse sich mit einer nur akzentuierten Persönlichkeit nicht in Übereinstimmung bringen, sodass es tatsächlich aus seiner Sicht bei der genannten Diagnose bleibe. Die Kriterien, die Hinweise für die Schwere einer Persönlichkeitsstörung geben könnten, seien gegeben, weshalb man die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nach wie vor als aufgehoben ansehe. Dass die Therapeutin keine Persönlichkeitsstörung sehe, könne an dieser Einschätzung nichts ändern.

E. 4.1.7

In seiner Stellungnahme vom 23. Januar 2020 (act. 187) war Dr. med. H. _____ der Auffassung, das Antwortschreiben von Dr. med. G. _____ sei zu kurz geraten. Eine differenzierte sowie schlüssige Begründung der von ihm gestellten Diagnosen und deren genaue Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werde leider nicht gemacht, so dass er bei seiner Einschätzung vom 6. Juni 2019 bleibe, dass beim Versicherten von einer aktuell mittelschwer ausgeprägten depressiven Episode auszugehen sei und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Persönlichkeitsstörung bestehe bzw. eine solche nicht gesichert sei. Dies solle jedoch nicht unbedingt heissen, dass die (aus Sicht des RAD eher vorliegenden) akzentuierten Persönlichkeitszüge auch keinen Einfluss auf die

Gesamtleistungsfähigkeit im Kontext einer Arbeitstätigkeit hätten. Da Übergänge von einer akzentuierten Persönlichkeit zu einer Persönlichkeitsstörung nicht eindeutig und klar ausgeprägt sein könnten, sei in diesem Punkt natürlich im konkreten Fall Vorsicht geboten. Beim RAD entstehe nach dem Studium der vorliegenden medizinischen Berichte das Bild eines psychisch erkrankten Versicherten, bei dem in psychischer Hinsicht von einer erheblichen, jedoch nicht von einer vollumfänglichen Einbusse bzw. Minderung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei.

E. 4.1.8

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 5. Februar 2020 (act. 188) erwähnte Dr. med. H. _____, gestützt auf die vorliegenden medizinischen Berichte sei retrospektiv seit April/Mai 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit von 40 % in der angestammten Tätigkeit auszugehen; seit Mai 2015 betrage die durchschnittliche Arbeitsfähigkeit 50 % bis 60 % in einer angepassten Tätigkeit.

E. 4.1.9

Schliesslich berichtete Dr. med. H. _____ am 16. Dezember 2020 (act. 214) zusammengefasst, zunächst einmal sei festzuhalten, dass die in die Behandlung des Versicherten involvierten anderen Ärzte keine Persönlichkeitsstörung diagnostizierten. Zudem könne vom Vorliegen einer solchen nicht automatisch von deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Dies gelte insbesondere im konkreten Fall, bei dem eine unauffällige und solide Berufslaufbahn mit Verbleib beim gleichen Arbeitgeber im gleichen Beruf über 15 Jahre ohne pathologische Vorkommnisse vorliege. Im Privatleben liessen sich ebenfalls keine extremen und/oder krassen Vorkommnisse bzw. Ereignisse lesen. Folglich sei in der Quintessenz nicht vom Vorliegen einer persönlichkeitsstrukturellen Pathologie im Ausmass einer tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung auszugehen, und falls eine solche vorliegen sollte, so dürfte diese keine dermassen grosse Auswirkung oder keinen dermassen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Deswegen werde immer wieder im eingereichten Arztzeugnis aus Deutschland von einer mittelschweren depressiven Symptomatik ausgegangen bzw. die Depression mit ICD-10: F33.1 kodiert, was eine mittelschwere depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung beschreibe. In der Regel verursachten mittelschwere depressive Symptome keine volle Arbeitsunfähigkeit. Darüber hinaus seien es häufig Dinge am Rand, die ein Betroffener "mit in die Untersuchung bringe", die auf einen Widerspruch zu einer vermeintlich schwer eingeschränkten Leistungsfähigkeit hinweisen würden. Auch unbewusste Aussagen zu den Alltagsaktivitäten, die einen objektiveren Hinweis auf die Funktionsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit eines Betroffenen lieferten, könnten im Gegensatz zu den erhobenen psychopathologischen Aspekten, welche auch stark von der subjektiven Präsentation des Betroffenen und/oder dem, was er berichte, abhängen, einen solchen Hinweis liefern. So gelte dies auch für das Beck'sche Depressions-Inventar, dessen Resultat nur von den eigenen Angaben des Exploranden abhängen und somit das Punkteresultat auch das Ergebnis oder die Folge einer bewussten Absicht/Intention sein könne. Es sei anzunehmen, dass sich der Gutachter hiervon in seiner Einschätzung der Schwere der depressiven Symptomatik zum Teil habe leiten lassen. Der RAD verzichte an dieser Stelle auf eine ausführliche Argumentation, die ihn sowohl an der diagnostischen Einschätzung des Gutachters als auch an seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zweifeln liessen. Der RAD bleibe bei seinen bisherigen Beurteilungen.

E. 4.2.1

Im Rahmen der Beweiswürdigung gelangt das Bundesverwaltungsgericht zum Schluss, dass das bidisziplinäre Gutachten vom 29. April 2019 grundsätzlich die an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien erfüllt und darauf abgestellt werden kann (vgl. hierzu BGE 132 V 93 E. 7.2.2). Insbesondere ist es für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem ist es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation für die hier interessierenden Fragen einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet. Ebenso steht es mit den entsprechenden Teilgutachten von Dr. med. F. _____ vom 5. April 2019 und Dr. med. G. _____ vom 25. April 2019 in Übereinstimmung. Diese beiden Experten nahmen eine objektive Prüfung der medizinischen Situation des Beschwerdeführers vor und berichten auf neutrale und gründliche Art über ihre Feststellungen. Zudem stützen sich deren Schlussfolgerungen auf medizinische Erwägungen und nicht auf Werturteile. Ihre einem logischen Aufbau folgenden Teilgutachten sind in sachlicher Art verfasst worden und frei von abwertenden Bezeichnungen oder von Formulierungen mit subjektivem Anstrich (vgl. hierzu SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.3). Obwohl retrospektive Beurteilungen der Arbeits(un)fähigkeit - wie vorliegend - schwierig sind und deshalb entsprechende Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen müssen (vgl. Urteil des BVGer C-8902/2010 vom 14. März 2013 E. 5.2.1 mit Hinweisen), erweisen sich der medizinische Sachverhalt und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im vorliegenden Fall auch unter dem Aspekt, dass zufolge der hauptsächlichen gesundheitlichen Probleme keine Begutachtung in weiteren medizinischen Disziplinen notwendig waren (act. 143; zur Ermessensentscheidung des Bezugs weiterer fachärztlicher Disziplinen vgl. Entscheid des BGer vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2), als rechtsgenügend abgeklärt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.7 hiervor). Einen Vorbehalt ergibt sich lediglich hinsichtlich des Beginns der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit und in einer optimal angepassten Tätigkeit (vgl. E. 5. hiernach).

E. 4.2.2

Bei dieser Sachlage resp. mit Blick auf den Umstand, dass der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ keine wichtigen Aspekte benannt hat (vgl. E. 4.3 hiernach), die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären und aufgrund welcher sich eine abweichende Beurteilung aufdrängen würde (vgl. hierzu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1), kann auf weitere diesbezügliche Abklärungen verzichtet werden (vgl. zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1; vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass die Abweichung der Auffassung des RAD-Arztes Dr. med. H. _____ gegenüber der Beurteilung der Expertise nicht auf der Verwendung unterschiedlicher krankheitsbegrifflicher Prämissen - das in der Medizin verbreitete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell ist weiter gefasst als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 127 V 294 E. 5a) - beruht, weshalb grundsätzlich von einander widersprechenden Einschätzungen auszugehen ist (vgl. hierzu SVR 2007 IV Nr. 33 S. 118 E. 5.2; BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.3

Bezüglich der Stellungnahmen im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG von Dr. med. H. _____ vom 6. Juni 2019, 23. Januar 2020, 5. Februar 2020 und 16. Dezember 2020 ist im Rahmen der Beweiswürdigung weiter festzuhalten, dass diese die Objektivität der SMAB-Experten, welche sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinandergesetzt und eine eigenständige Beurteilung abgegeben haben, nicht in Frage zu stellen vermögen (vgl. hierzu BGE 132 V 93 E. 7.2.2). Aufgrund der nachfolgenden Gründe kann auf diese deshalb resp. mangels Schlüssigkeit und Beweiskraft nicht abgestellt werden.

E. 4.3.1

Zwar können - wie bereits dargelegt (vgl. E. 2.7 hiavor) - nicht auf eigenen Untersuchungen beruhende Stellungnahmen des RAD beweiskräftig sein. Bedingung dafür ist allerdings, dass ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Zwar verfügt Dr. med. H. _____ als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie über die erforderlichen ärztlichen Qualifikationen (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1), und ihm lag aufgrund der zahlreichen medizinischen Akten zweifelsfrei ein lückenloser Befund vor. Jedoch handelt es sich bei seinen Beurteilungen in Bezug auf die Diagnosestellung und deren Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht bloss um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts. Vielmehr bleibt die direkte ärztliche Befassung mit dem Beschwerdeführer nicht im Hintergrund, sondern rückt durch die - der bidisziplinären Gutachten widersprechenden - Ausführungen vielmehr in den Vordergrund (vgl. E. 2.7 hiavor). Bereits aus diesem Grund kann den Stellungnahmen von Dr. med. H. _____ keine Beweiskraft zukommen.

E. 4.3.2.1

Die Beurteilung von Dr. med. H. _____ ist auch im Hinblick auf die von ihm erhobenen Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Zweifel zu ziehen. Zwar räumte der Experte Dr. med. G. _____ in seiner Gutachtensergänzung vom 13. Januar 2020 ein, dass die von ihm erhobenen Diagnosen nicht ohne weiteres nachvollziehbar seien. Jedoch ist seine diesbezügliche Erklärung, wonach er den vom Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung hinterlassene Eindruck offenbar nicht "so gut beschrieben" habe, durchaus nachvollziehbar, im Rahmen seiner zusätzlichen Erläuterungen, welche seine gutachtlichen Ausführungen zudem verdeutlichen. Mit Blick auf die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten vom 25. April 2019 bzw. die damit übereinstimmende bidisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 29. April 2019 und die Gutachtensergänzung vom 13. Januar 2020 besteht deshalb für das Bundesverwaltungsgericht kein hinreichender Anlass, an der von Dr. med. G. _____ aufgrund des persönlichen Eindrucks sowie der Erkenntnisse aus dem Beck'schen Depressions-Inventar diagnostizierten schweren depressiven Episode zum Zeitpunkt der gutachterlichen Exploration zu zweifeln, zumal keine relevanten Hinweise den Schluss zulassen, dass er sich bei seiner Einschätzung der Schwere der depressiven Symptomatik zum Teil von den Resultaten des Beck'schen Depressions-Inventars hat leiten bzw. vom Beschwerdeführer hat täuschen lassen.

E. 4.3.2.2

Zu keinem anderen Ergebnis führt unter diesen Umständen der von Dr. med. H. _____ ins Feld geführte Umstand, dass in immer wieder eingereichten Arztzeugnissen aus Deutschland von einer mittelschweren depressiven Symptomatik ausgegangen bzw. die Depression mit ICD-10: F33.1 kodiert worden sei, was eine mittelschwere depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung beschreibe. Der Grund dafür liegt einerseits darin, dass Diagnosen für sich alleine genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulassen (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen). Andererseits gelangt auch Dr. med. D. _____ in ihrem ausführlichen Bericht vom 8. Juni 2018 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer gemäss ihrer Diagnosestellung (rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, vor dem Hintergrund einer Persönlichkeit mit selbstunsicheren und zwanghaft-perfektionistischen Zügen bei Selbstwert- und Autonomie-Abhängigkeitskonflikt [ICD-10: F33.1] und Anpassungsstörung bei problematischer Krankheitsbewältigung [ICD-10: F43.2]) vollständig arbeits- und leistungsunfähig ist (act. 101; vgl. auch Berichte vom 3. Dezember 2018 [act. 127] und 1. Oktober 2019 [act. 172 S. 7 und 8]).

E. 4.3.2.3

In diesem Kontext ist schliesslich auch darauf hinzuweisen, dass die vom Beschwerdeführer am 23. April 2015 und 5. April 2017 erlittenen Herzinfarkte als auslösende Ereignisse für die von Dr. med. D. _____ in ihren Berichten vom 10. Juli 2017 (act. 64), 8. Juni 2018 (act. 101), 3. Dezember 2018 (act. 127) und 1. Oktober 2019 (act. 172) diagnostizierte Anpassungsstörung bei problematischer Krankheitsbewältigung (ICD-10: F43.2) zu qualifizieren sind und solche Störungen als (depressive) Reaktion auf eine klar nachvollziehbare Lebensveränderung definitionsgemäss nicht länger als sechs Monate andauern (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C-436/2022 vom 26. Januar 2023) und in andere psychische Störungen wie die - ebenfalls von Dr. med. D. _____ diagnostizierte - rezidivierende depressive Störung übergehen können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C-436/2022 vom 26. Januar 2023).

E. 4.3.3.1

Weiter leuchten dem Bundesverwaltungsgericht auch die weiteren Ausführungen von Dr. med. G. _____ ein, wonach sich das Bild, welches der Versicherte hinterlassen habe, nicht mit einer nur akzentuierten Persönlichkeit in Übereinstimmung bringen lasse, weshalb es bei der Diagnose einer schweren Persönlichkeitsstörung resp. der damit verbundenen Arbeitsfähigkeit bleibe, insbesondere auch unter dem Aspekt, dass Dr. med. G. _____ anlässlich der Exploration persönliche Eindrücke des Beschwerdeführers hat gewinnen können und es sich bei seiner Ausführungen nicht bloss um eine reine Aktenbeurteilung handelt. Deshalb und mit Blick auf die persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch den Experten Dr. med. G. _____ und dessen nachvollziehbar begründeten Ausführungen ist die theoretische Auffassung von Dr. med. H. _____, dass die Übergänge von einer akzentuierten Persönlichkeit zu einer Persönlichkeitsstörung nicht eindeutig und klar ausgeprägt sein könnten und im konkreten Fall Vorsicht geboten sei, beweisrechtlich von untergeordneter Relevanz. Da die von Dr. med. G. _____ erwähnten deutlichen Hinweise auf das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung resp. seine Beurteilung, wonach beim Beschwerdeführer selbstunsichere und zwanghaft perfektionistische Züge zu Tage getreten seien und eine Persönlichkeitsakzentuierung als Erklärung alleine nicht als ausreiche, nachvollziehbar und schlüssig sind, ist auch dem Umstand, dass die (von einer vollständigen Arbeits- und Leistungsunfähigkeit ausgehende)

Therapeutin keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert hat, keine Beweiskraft beizumessen.

E. 4.3.3.2

Auch kann der von Dr. med. H._____ in seinem Bericht vom 16. Dezember 2020 (vgl. E. 4.1.9 hiervor) vertretenen Auffassung, dass vom Vorliegen einer (von den anderen in die Behandlung des Versicherten involvierten Ärzten nicht diagnostizierten) Persönlichkeitsstörung insbesondere im vorliegenden Fall, bei dem eine unauffällige und solide Berufslaufbahn mit Verbleib beim gleichen Arbeitgeber im gleichen Beruf über 15 Jahre ohne pathologischen Vorkommnisse vorliege und sich im Privatleben ebenfalls keine extremen Vorkommnisse bzw. Ereignisse lesen liessen, nicht automatisch von deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen werden könne, nicht gefolgt werden. Zum einen liegt in diesen Ausführungen ein Widerspruch zur Auffassung von Dr. med. H._____ in dessen Bericht vom 23. September 2019 (vgl. E. 4.1.5 hiervor), wonach der Versicherte in der Kindheit und Jugendzeit dramatische und belastende Erlebnisse gehabt resp. Erfahrungen gemacht habe. Zum andern trifft es zwar zu, dass der Beschwerdeführer langjährig beim gleichen Arbeitgeber tätig gewesen war (vgl. Bst. A. hiervor). Jedoch traten im Anschluss an die erste psychische Dekompensation im Jahre 1999 immer wieder depressive Phasen auf, und der Beschwerdeführer war schon früh sehr wohl mit extremen Vorkommnissen und Ereignissen konfrontiert. Er fand im Alter von 13 den suizidierten Vater, unternahm mit 18 selbst einen Suizidversuch wurde später im Alter von 24 Jahren ein halbes Jahr stationär psychiatrisch behandelt (act. 154.2 S. 4, S. 11 und S. 12, 180.58).

E. 4.3.3.3

Vor diesem Hintergrund resp. der vom Gutachter Dr. med. G._____ beschriebenen psychischen Problematik ist es nachvollziehbar, dass es dem Beschwerdeführer, welcher sich selbst als «Meister im Ausblenden von Symptomen und Gefühlen» beschreibt (act. 154.2 S. 3), zwar möglich war, seine gesundheitlichen Defizite über einen längeren Zeitraum vorerst zu kompensieren, wobei sein zentrales Erleben - nur wenn er funktioniere, erhalte er Anerkennung - die hohe Selbstüberforderungstendenz mit fehlender Wahrnehmung eigener körperlicher Belastungsgrenzen verstärkte, was ihm auch das rechtzeitige Ernstnehmen der körperlichen Erkrankungen erschwerte (vgl. act. 180.58). Im Zusammenhang mit dem im Frühling 2017 erlittenen zweiten Herzinfarkt war jedoch eine endgültige Dekompensation eingetreten resp. waren die Kompensationsmechanismen dann nicht mehr dazu geeignet, den innerpsychischen Problemen ausreichende Valenzen entgegenzusetzen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Unter diesen Umständen lässt sich die Quintessenz von Dr. med. H._____, es sei nicht vom Vorliegen einer persönlichkeitsstrukturellen Pathologie im Ausmass einer tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung auszugehen, und falls eine solche vorliegen sollte, dürfte diese keine dermassen grosse Auswirkung oder keinen dermassen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, nicht stützen.

E. 4.3.4

Hinzu kommt weiter, dass auch der Gutachter Dr. med. G._____ in Übereinstimmung mit der Auffassung von Dr. med. D._____, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, in deren fachärztlichem Attest vom 3. Dezember 2018 (act. 127 S. 3 und 4) davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer in einem so hohen Masse psychisch krank ist, dass sich die Behandlung seit langem auf die Begleitung und Stützung beschränkt. Aufgrund der weiteren diesbezüglichen Schilderungen der Dres. med. D._____ und

G._____ ist für das Bundesverwaltungsgericht plausibel, dass eine auf Heilung ausgerichtete Therapie nicht mehr verwirklicht werden resp. die Behandlung bloss nur noch vorwiegend ressourcenorientiert stützend und nicht aufdeckend erfolgen kann. Unter diesen Umständen besteht - zumindest im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung - entgegen der Auffassung des RAD-Arztes Dr. med. H._____ keine Indikation zu einer stationären Behandlung mit antidepressiver Medikation, zumal darüber hinaus eine solche aufgrund der kardialen Vorgeschichte problematisch wäre und Dr. med. H._____ selbst darauf hingewiesen hat, dass im Fall von Herz-Rhythmus-Störungen und anderen gewissen somatischen Erkrankung Vorsicht in der Einnahme von bestimmten Antidepressiva geboten sei.

E. 4.3.5

Schliesslich ist mit Blick auf die von Dr. med. H._____ im Bericht vom 23. September 2019 (vgl. E. 4.1.5 hiervor) in Bezug auf das Aktivitätsniveau festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss schlüssiger und überzeugender Berichterstattung der Dres. med. G._____ und F._____ bei der Bewältigung seines Alltags sehr stark eingeschränkt ist (act. 154.2 S. 7 und act. 154.3 S. 8). Unter diesen Umständen ist die Schlussfolgerung von Dr. med. H._____, ein schwer depressiv Betroffener sei nicht in der Lage, eine dermassen akribische Dokumentation, wie dies der Beschwerdeführer gemacht habe, vorzunehmen, nicht begründet, zumal - wie vom Rechtsvertreter in korrekter Weise dargelegt - dem gelegentlichen Zusenden von E-Mails und der Eintragung von Arztbesuchen und Medikamenten in eine Excel-Tabelle kein wirtschaftlich verwertbarer Wert beizumessen ist. Ohnehin liegt mit Blick auf den Umstand, dass es dem Beschwerdeführer nicht möglich ist, einen Fragebogen auszufüllen, da er deswegen unter Stress gerät (act. 154.2 S. 8), der Schluss nahe, dass er bei dieser von Dr. med. H._____ erwähnten Dokumentation auch von seiner Lebenspartnerin unterstützt worden ist. Im Weiteren sind die Ausführungen von Dr. med. H._____, die äussere Erscheinungsform lasse ebenfalls nicht an einen schwer depressiven Menschen erinnern, da diese in der Regel mangels Antriebs, Motivation und Interesses ihre (äussere) Pflege sehr vernachlässigten, bloss theoretischer Natur. Es mag sicherlich zutreffen, dass gewisse Menschen, die an einer schweren psychischen Krankheit leiden, vom äusseren Erscheinungsbild her in einem gewissen Masse verwahrlost erscheinen. Beim Beschwerdeführer aufgrund seines guten Pflegezustands und seiner Sauberkeit ein schweres depressives Geschehen in Abrede zu stellen, geht jedoch nicht an. Hinzu kommt, dass er auch von seiner ebenfalls erkrankten Partnerin nach deren Möglichkeiten unterstützt wird (act. 154.2 S. 5 und S. 7 und act. 154.3 S. 7 bis 9 und S. 15).

E. 4.4

Nach dem Dargelegten ergibt sich zusammengefasst, dass der Beschwerdeführer gemäss dem grundsätzlich schlüssigen und überzeugenden SMAB-Gutachten sowohl in seiner angestammten Erwerbstätigkeit als auch in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit vollständig arbeits- bzw. leistungsunfähig ist. Bei diesem Ergebnis ergibt bereits ein Prozentvergleich einen rentenbegründenden IV-Grad von 100 % (zur Zulässigkeit des Prozentvergleichs vgl. Urteil des BGer 9C_785/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 2.2 mit Hinweisen auf BGE114 V 310E. 3a; BGE 104 V 135 E. 2b). Mit Blick auf die am 21. Mai 2021 beschwerdeweise beantragte ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Dezember 2017 ist nachfolgend in einem weiteren Schritt der Rentenbeginn zu prüfen.

E. 5

Die SMAB-Experten gehen in ihrer bidisziplinären Gesamtbeurteilung vom 29. April 2019 davon aus, dass sowohl in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als auch in einer optimal angepassten Tätigkeit bereits seit dem 23. April 2015 keine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit mehr besteht (vgl. E. 4.1.3 hiervor). Auch Dr. med. H. _____ ging am 5. Februar 2020 davon aus, dass die von ihm erwähnte Reduktion der Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit April/Mai 2015 bestehe (vgl. E. 4.1.8 hiervor). Diese Beurteilung stimmt jedoch nicht mit der Aktenlage überein, weshalb aufgrund der nachfolgenden Erwägungen auf das Gutachten in diesem Punkt nicht abgestellt werden kann (vgl. E. 4.2.1 hiervor).

E. 5.1.1

Nach seinem ersten Herzinfarkt am 23. April 2015 war der Beschwerdeführer bis Ende November 2015 vollständig arbeitsunfähig. Ärztlicherseits wurde ein therapeutischer Arbeitsversuch von zwei Stunden pro Arbeitstag während der 100%igen Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum vom 16. November bis einschliesslich 30. November 2015 genehmigt (act. 9, 17.2, 21, 22 S. 2, 25 S. 7). In der Folge dauerte die Arbeitsunfähigkeit weiterhin bis zum 15. Januar 2016 an (act. 27, 28, 31 S. 1, 35), wobei bis zum 15. Januar 2016 der therapeutische Arbeitsversuch von zwei Stunden pro Arbeitstag während der 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis zum 15. Januar 2016 genehmigt wurde. In der Folge wurde dem Beschwerdeführer vom 15. Januar bis 31. Januar 2016 eine 25%ige, ab dem 1. Februar 2016 eine 37.5%ige, ab dem 1. April eine 62.5%ige und ab dem 1. Mai 2016 eine 75%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (act. 35 S. 1, act. 39 S. 1, act. 40 S. 1, act. 43 S. 1, act. 46 S. 2), wobei er bis Ende Februar 2016 während drei, ab dem 1. März 2016 während vier, ab dem 14. März 2016 während fünf und ab dem 1. Mai 2016 während sechs Stunden täglich arbeitete (act. 40 S. 2, 43 S. 2). Nachdem ab dem 1. Juli 2016 keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden hatte (act. 49), wurde am 30. November 2016 betreffend die Wiedereingliederung des Beschwerdeführers der Abschlussbericht Integration erstellt (act. 50) und erliess die IV-Stelle C. _____ am 16. Februar 2017 die in der Folge unangefochten in Rechtskraft erwachsene, rentenabweisende Verfügung (act. 55).

E. 5.1.2

Diesbezüglich ist festzustellen, dass die Begründung, wonach nicht während mindestens einem Jahr eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, mit Blick auf die oben dargelegten, ärztlicherseits attestierten Arbeitsunfähigkeiten zweifellos falsch gewesen war, denn die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit ab dem 23. April 2015 betrug während eines Jahres durchschnittlich über 80 % (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG in Verbindung mit Art. 6 ATSG). Da ihm ab dem 1. Mai 2016 und somit nach Ablauf des Wartejahres wieder eine 75%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, ändert dies jedoch nichts am Ergebnis der mit Verfügung vom 16. Februar 2017 erfolgten Rentenabweisung (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. c IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG).

E. 5.1.3

In diesem Zusammenhang ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass auch im Falle eines Rentenanspruchs für die fragliche Zeitperiode entsprechend der Verfügung vom 16. Februar 2017 dieser nicht (mehr) gerichtlich durchgesetzt werden könnte, da der Entscheid darüber, ob eine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG vorgenommen wird oder nicht, bei Fehlen von Revisionsgründen im alleinigen Ermessen der Verwaltung ("kann")

liegen würde; es bestünde kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung (vgl. BGE 133 V 50 E. 4.1; Urteil des BGer 9C_432/2018 vom 3. September 2018 E. 3.1). Auf eine Beschwerde, die sich gegen eine Verfügung richten würde, mit welcher der Versicherungsträger auf ein entsprechendes Wiedererwägungsgesuch nicht eingetreten ist, könnte nicht eingetreten werden (vgl. BGE 133 V 50 E. 4.2.1; Urteile des BGer 8C_588/2017 vom 22. Dezember 2017 E. 2.1 und 8C_210/2017 vom 22. August 2017 E. 8.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Fleischanderl/Lendfers, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2. Aufl., 2025, N. 31 zu Art. 56 ATSG mit Hinweisen).

E. 5.2.1

Seit seinem am 5. April 2017 erlittenen zweiten Herzinfarkt weist der Beschwerdeführer gemäss den zahlreichen medizinischen Dokumenten eine volle Arbeitsunfähigkeit auf (act. 57, 64 bis 67, 70, 77, 78, 84, 87, 89, 90, 91, 96, 102, 103, 105, 106, 110, 115, 119, 124, 131, 136, 148, 150, 152, 157, 161, 164, 165, 167, 172, 178, 183, 186, 189, 191 bis 201, 206, 207, 209, 211, 216, 218 bis 220, 222, 223, 226, 228, 230, 231, 233). Hinweise darauf, dass er bereits vor April 2017 resp. in der Zeit vom 1. Juli 2016 bis zu diesem Infarkt wesentlich in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen wäre, ergeben sich aufgrund der nachfolgenden Erwägung aus den Akten nicht.

E. 5.2.2

Dem Beschwerdeführer wurde mit dem als "Vergütungsübersicht 2017" betitelten Schreiben mitgeteilt, dass der Lohn ab dem Stichtag 1. April 2017 jährlich Fr. 107'383.- betrage (act. 62 S. 9 und 10). Diese Lohnsumme wurde von der Arbeitgeberin im Fragebogen für Arbeitgebende bestätigt (act. 68.1 S. 5 Ziffer 5.1 und 5.2). Gleichzeitig wies diese in diesem Dokument darauf hin, dass der angegebene Lohn der Arbeitsleistung entspreche. Die Zusatzfrage, welcher Lohn der Arbeitsleistung entspreche, wurde folglich nicht beantwortet, weshalb auch eine Begründung über die Art und das Ausmass der Leistungseinbusse unter Angabe der Daten, seit wann die reduzierte Leistung besteht, obsolet war (act. 68.1 S. 6 Ziffer 5.2).

E. 5.2.3

Hinzu kommt weiter, dass der Beschwerdeführer in der Zeit zwischen dem 1. Juli 2016 - dem Zeitpunkt, ab dem ihm ärztlicherseits keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert worden war (vgl. E. 5.1 hiervor) - und dem am 5. April 2017 erlittenen zweiten Herzinfarkt nur während dreissig Tagen krank gewesen war (act. 68.3). Unter diesen Umständen kann nicht davon ausgegangen werden, dass der während dieser Zeit generierte Lohn eine massgebliche Soziallohnkomponente beinhaltet hatte (vgl. hierzu Art. 25 Abs. 1 lit. b IVV; zu den strengen Anforderungen an den Nachweis von Soziallohn vgl. auch Urteil des BGer 9C_26/2008 vom 26. Mai 2008 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 117 V 18), weshalb auch diesbezüglich aufgrund der eindeutigen Beweislage in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.3) auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann.

E. 5.3

Da der Beschwerdeführer nach dem vorstehend Dargelegten in der Zeit vom 1. Juli 2016 bis 5. April 2017 - abgesehen von dreissig, im Zusammenhang mit dem Rentenanspruch irrelevanten Krankheitstagen - voll arbeitsfähig gewesen und entsprechend entlohnt worden war, wurde der zeitliche Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit, welche aus dem am 23. April 2015 erlittenen Herzinfarkt resultierte, und derjenigen zufolge des zweiten

Infarkts am 5. April 2017 unterbrochen (vgl. hierzu BGE 142 V 547 E. 3.1). Zuzufolge dieser Umstände hat eine neue Eröffnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ab dem Zeitpunkt des vom 5. April 2017 datierenden Herzinfarktes zu erfolgen. Die vorliegend per E-Mail am 23. Juni 2017 bei der IV-Stelle C. _____ erfolgte Neuanmeldung (act. 57) war daher entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Ziffer 22 der Beschwerde) nicht verspätet, und in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG in Verbindung mit der in Art. 29 Abs. 1 IVG normierten formellen Karenzfrist (vgl. hierzu BGE 142 V 547 E. 3.2) ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers in Übereinstimmung mit der vorinstanzlichen Auffassung am 1. April 2018 entstanden. Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die rückwirkend auszurichtenden Rentenbetreffnisse der Verzugszinspflicht gemäss Art 26 Abs. 2 ATSG unterliegen.

E. 6

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2018 - anstatt der verfügten Dreiviertelsrente - Anspruch auf eine ganze Invalidenrente samt Verzinsung hat. Die Beschwerde ist demnach insofern gutzuheissen, als die vorliegend angefochtene Verfügung der IVSTA vom 26. April 2021 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zum Erlass einer entsprechenden, neuen Verfügung zurückzuweisen sind. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 7

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

E. 7.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Mit Blick auf den Antrag des Beschwerdeführers, es sei ihm eine ganze Rente ab 1. Dezember 2017 zuzusprechen, ergibt sich nach dem vorstehend Dargelegten zwar nur ein teilweises Obsiegen, wobei das Unterliegen jedoch gering ist. Praxisgemäss hat der Beschwerdeführer bei diesem Verfahrensausgang die Verfahrenskosten anteilmässig zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG; BVGE 2022 V/1 E. 7.2.1), wobei sein Anteil auf Fr. 50.- festzusetzen und dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- zu entnehmen ist. Die Restanz von Fr. 750.- ist der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

E. 7.2

Der Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173. 320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht worden ist, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer [vgl. Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE {Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-}]) gerechtfertigt. Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat keinen Anspruch auf eine

Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 2 VGKE).

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