

BVGer C-2780/2023 vom 5. März 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-03-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2780_2023

FR: TAF C-2780/2023 du 5 mars 2026

IT: TAF C-2780/2023 del 5 marzo 2026

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1, Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 12. April 2023, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Nachdem das erste frühere Leistungsgesuch des Beschwerdeführers bereits mit Verfügung vom 30. Januar 2018 abgewiesen worden war, ist vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). 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; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

E. 3.2

Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BB1 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 27. September 2022 erfolgten Neuanmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 31. Dezember 2021 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) beurteilt sich die Streitigkeit demnach nach der ab 1. Januar 2022 geltenden Rechtslage.

E. 3.3

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

E. 3.4

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. April 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 4

Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (vgl. IVSTA-act. 89 S. 18), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Es bleibt zu prüfen, ob er invalid im Sinne des Gesetzes ist.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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).

E. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss Art. 28 Abs. 1bis IVG wird eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1bis und 1ter IVG nicht ausgeschöpft sind.

E. 5.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuansmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Ist die Verwaltung, wie hier, auf die Neuansmeldung eingetreten und hat sie eine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs vorgenommen, unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 5.4

Bei einer Neuansmeldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevision (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) analog Anwendung (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; BGE 133 V 108 E. 5.2; 130 V 71). Daher ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob das Erfordernis einer anspruchrelevanten Veränderung des Sachverhalts erfüllt ist; erst in einem zweiten Schritt ist der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9; Urteil des BGer 8C_40/2024 vom 21. November 2024 E. 3.2.1 m.w.H.). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2 und 5.4).

E. 5.5

Die Zusprache einer Rente aufgrund einer Neuansmeldung setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche etwa in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verringerter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine neuansmeldebzw. revisionsrechtlich relevante Änderung dar (BGE 147 V 161 E. 4.2 m.H.; Urteil des BGer 9C_46/2023 vom 23. April 2024 E. 3.3). Hat der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren, so ist das neue Gesuch abzuweisen. Liegt hingegen eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, ist in einem zweiten Schritt der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des BGer 8C_40/2024 E. 3.2.1 9C_603/2023 vom

14. März 2024 E. 2.3.1). Im Rahmen einer solchen umfassenden Neuprüfung ist praxismässig nicht erforderlich, dass gerade die geänderte Tatsache zu einer Neufestsetzung der Invalidenrente führt; vielmehr kann sich bei der allseitigen Prüfung des Rentenanspruchs ergeben, dass ein anderes Anspruchselement zu einer Rentenzusprache führt (Urteil des BGer 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 5.2; vgl. auch BGE 143 V 91 E. 4.2). Dabei steht das Erfordernis einer Änderung des Invaliditätsgrades um mindestens fünf Prozentpunkte gemäss Art. 17 Abs. 1 Bst. a ATSG der Entstehung eines Rentenanspruchs bei einer Neuanschuldung nicht entgegen (vgl. BBl 2017 2535, 2681).

E. 5.6

In der Invalidenversicherung ist für die Bestimmung des Rentenanspruchs letztlich grundsätzlich unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und unbeschadet der Ätiologie ausschlaggebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2; 143 V 409 E. 4.2.1 f.; Urteil des BGer 8C_674/2022 vom 15. Mai 2023 E. 5.3.1). Für die Annahme einer anspruchserheblichen Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG genügt unter medizinischen Aspekten weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens; massgeblich ist vielmehr eine (erheblich) veränderte Befundlage (Urteil des BGer 9C_367/2024 vom 31. Juli 2024 E. 2.3.2 m.w.H.).

E. 5.7

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 5.8

Geht es um psychische Erkrankungen sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich 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).

E. 6.1

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 27. September 2022 eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2023 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgeblichen Vergleichszeitraum zwischen der leistungsverneinenden Verfügung vom 30. Januar 2018 und der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2023 eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sacherhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 6.2

Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, dass die Vorinstanz den Sachverhalt unrichtig und unvollständig festgestellt habe. Insbesondere seien die vom Beschwerdeführer vorgelegten medizinischen Unterlagen nicht im erforderlichen Umfang berücksichtigt worden. So bescheinige das ärztliche Gesamtgutachten von Dr. B. _____ vom 20. September 2022 dem Beschwerdeführer aufgrund dessen beidseitiger Schwerhörigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dies hätte die Vorinstanz dazu veranlassen müssen, ihrerseits zusätzliche Untersuchungen hinsichtlich der Hörprobleme vorzunehmen. Dies sei jedoch unterblieben, habe die Vorinstanz die Einschränkung der Gesundheit des Beschwerdeführers doch lediglich mit wiederkehrenden Bauchspeicheldrüsenentzündungen im Rahmen einer Cholangitis begründet. Darüber hinaus bestünden beim Beschwerdeführer psychische Diagnosen, wie insbesondere eine rezidivierende Depression. Die Vorinstanz habe es ebenso unterlassen, die psychische Situation des Beschwerdeführers miteinzubeziehen. In Anbetracht der zahlreichen Diagnosen sei eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers angezeigt gewesen. Überdies sei die von der Vorinstanz berechnete Erwerbseinbusse von 8 % unrichtig und es sei dem Beschwerdeführer ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren. Schliesslich sei die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht mehr verwertbar (BVGer-act. 1 S. 1, 7 ff.; 8 S. 2 ff.).

E. 6.3

Die Vorinstanz weist unter Verweis auf die Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 29. Juni 2023 darauf hin, dass die zusätzlich eingereichten Unterlagen nichts an der bisherigen Beurteilung des vorliegenden Falles ändern würden. Sie führt überdies aus, dass aufgrund der für Verweisungstätigkeiten festgestellten Leistungsfähigkeit von 100 % vorliegend kein Leidensabzug zu gewähren sei und verweist diesbezüglich auf die Stellungnahme des Fachdienstes für wirtschaftliche Invaliditätsbemessung vom 3. Juli 2023. Was die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit anbetreffe, so stehe deren Bejahung im Einklang mit der einschlägigen Rechtsprechung (BVGer-act. 6 sowie Beilagen).

E. 7

Die rentenablehnende Verfügung vom 30. Januar 2018 stützt sich im Wesentlichen auf das Gesamtgutachten des Internisten Dr. C. _____ vom 23. August 2017 (IVSTA-act. 16; 53). In dem besagten Gutachten werden die Diagnosen koronare Eingefässerkrankung (ICD-10: I25.9), Hypertonie (ICD-10: I10), Adipositas (ICD-10: E66) sowie eine Hörbeeinträchtigung beidseits gestellt. Körperlich mittelschwere Arbeiten und damit auch die angestammte Tätigkeit des Küchenchefs seien für den Beschwerdeführer trotzdem weiterhin zumutbar (IVSTA-act. 16; 53).

E. 8

Die relevante medizinische Aktenlage seit dem 30. Januar 2018 präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 8.1

Das internistische Fachgutachten vom Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie Dr. D. _____ vom 14. März 2018 hält insbesondere die Diagnosen Koronare Herzkrankheit, Zustand nach (nachfolgend: Z. n.) Stentimplantation 2012, Z. n. Magenblutung im Dezember 2017 mit noch bestehender leichter Blutarmut, sonographisch Fettleber, Gallensteine (nicht symptomatisch), labile arterielle Hypertonie (medikamentös behandelt) fest. Subjektiv im Vordergrund seien beim Beschwerdeführer die Ohrbeschwerden sowie jene im Zusammenhang mit dem Stütz- und Bewegungsapparat. Eine Einschränkung der Tages- oder Wochenarbeitszeit bestehe nicht (IVSTA-act. 75 S. 10).

E. 8.2

Im neuro-psychiatrischen Gesamtgutachten von Dr. E. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie vom 24. März 2018 werden insbesondere die fachbezogenen Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0) sowie Spannungskopfschmerzen festgehalten. An der unteren Extremität bestehe zudem der Verdacht auf eine Morton'sche Metatarsalgie beidseits. Die immer wieder auftretenden depressiven Episoden seien auf die Hörminderung des Beschwerdeführers zurückzuführen. Bezüglich der Spannungskopfschmerzen hätten neurologischerseits keine Auffälligkeiten festgestellt werden können. Im Gesamtleistungskalkül wird festgehalten, dass Einschränkungen in der Tages- und Wochenarbeitszeit bestehen würden und der Beschwerdeführer sechs Stunden pro Arbeitstag arbeiten könne (IVSTA-act. 76 S. 10 ff.).

E. 8.3

Der Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Dr. F. _____, hält in seinem Gutachten vom 25. April 2018 fest, dass beim Beschwerdeführer eine hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit und Radikalhöhle bei Z. n. 5-maliger Ohroperation rechts sowie eine Taubheit links nach Hörsturz und liegendes Cochlea Implantat links vorliege. Der Beschwerdeführer sei auf dem rechten Ohr praktisch ertaubt, aufgrund des 2017 eingesetzten Cochlea Implantates sei zumindest das Sprachverständnis funktionstüchtig. Das linke Ohr sei das bessere, wenngleich auch dieses hochgradig schwerhörig und mit einem Hörgerät versorgt sei. Das Ausmass der Schwerhörigkeit sei wahrscheinlich etwas geringer als bei der gutachterlichen Untersuchung festgestellt, wenngleich eine Kommunikation nur mit Hörgerät und bei ruhigen äusseren Bedingungen mit einem einzelnen Gesprächspartner möglich sei. Eine verlässliche Krankenstandsprognose sei zum Untersuchungszeitpunkt aufgrund der Gefahr eines neuerlichen Cholesteatomrezidivs nur

schwierig zu wagen. Der Beschwerdeführer sei körperlich nicht eingeschränkt, jedoch könne das Auffassungsvermögen bei akustischer Wahrnehmung sowie die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit bei Lärmexposition beeinträchtigt bzw. gar unmöglich sein. Überdies seien Arbeiten nicht möglich bei Lärmexposition, wenn die Schwerhörigkeit ein Sicherheitsrisiko darstelle (IVSTA-act. 77 S. 5 ff.).

E. 8.4

Der Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Dr. G._____, hält in seinem orthopädischen Befundbericht vom 22. Mai 2018 insbesondere folgende Diagnosen fest: - Chronische, belastungsabhängige Schmerzen und Gefühlsstörungen (Pampstigkeit) an beiden Vorfüssen bei klinisch unauffälliger Füllform; seitengleichem unauffälligem plantarem Beschwellungsmuster und Hinweisen für Morton-Neurom rechts III/IV und links II/III, - Rezidivierendes, kopfhaltungs- und belastungsabhängiges, degenerativbedingtes Cervicalsyndrom bei radiologisch verifiziert mittelgradiger Osteochondrose C5/C6 und höhergradiger Osteochondrose C6/C7, klinisch um 1/3 eingeschränkter Beweglichkeit, jedoch derzeit ohne akute oder chronische Wurzelreizeichen, - Rezidivierende, belastungs- und haltungsabhängige, degenerativ / funktionell bedingte Lumbalgie (Kreuzschmerzen) bei klinisch und endlagig eingeschränkter Beweglichkeit und derzeit ohne akute oder chronische Wurzelreizeichen, - Armhaltungs- und belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, bedingt durch Periomarthrose (Abnützung des Schulterweichteilmantels) mit Kalkeinlagerung in die Obergratmuskelsehne, dadurch bedingt Impingementsyndrom (schmerzhaftem Bogen) und endlagiger Bewegungseinschränkung. Im ärztlichen Bericht wird überdies ausgeführt, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht leichte und mittelschwere, fallweise schwere Arbeiten zumutbar seien. Eine vollschichtige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zumutbar und es bestünden keine Einschränkungen bezüglich der Tages- und Wochenarbeitszeit (IVSTA-act. 78 S. 14 ff.).

E. 8.5

Im Ergänzungsgutachten vom 10. August 2018 hält Dr. G._____, überdies im Wesentlichen fest, dass sich keinerlei Hinweise für eine beim Beschwerdeführer bestehende Osteopenie/Osteoporose finden würden (IVSTA-act. 79).

E. 8.6

Der Allgemeinmediziner des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. H._____, hält in seiner Stellungnahme vom 28. September 2018 unter Bezugnahme auf die hievordargelegten medizinischen Unterlagen fest, dass dem Beschwerdeführer leichte und mittelschwere Arbeiten vollzeitig ohne Leistungsminderung zumutbar seien (IVSTA-act. 82).

E. 8.7

Mit Beschwerdeeinreichung wurde seitens des Beschwerdeführers das Gutachten des Orthopäden Dr. G._____, vom 13. Dezember 2019 ins Recht gelegt. In diesem wird zusätzlich zu den im Gutachten vom 22. Mai 2018 gestellten Diagnosen von den folgenden Leiden berichtet: - Belastungsabhängige Schmerzen und Auslassungsphänomen linkes Kniegelenk nach Verletzung vor mehreren Monaten mit radiologisch Hinweisen für beginnende Knorpelschäden am Kniegelenk und Kniescheibengelenk sowie klinisch Hinweisen für hintere Instabilität bei nicht mehr frischem Kreuzbandriss und möglicherweise Meniskusschaden innenseitig, derzeit ohne akute oder chronische

Entzündungszeichen - Schnappender Finger IV rechts und III links - Beginnende Dupuytren'sche Veränderungen im Bereich der Hohlhand rechts ohne Beeinträchtigung der Fein- oder Grobmotorik - Auswärts diagnostiziertes, leichtes Carpaltunnelsyndrom rechts ohne Beeinträchtigung der Fein- oder Grobmotorik im Bereich der rechten Hand - Beträchtliches Übergewicht Das Gutachten hält fest, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht weiterhin eine vollschichtige Tätigkeit zumutbar sei (BVGer-act. 1 Beilage 6 S. 10 ff.).

E. 8.8

Mit Einreichung der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer überdies das neuro-psychiatrische Gesamtgutachten der Psychiaterin, Neurologin und Allgemeinmedizinerin Dr. E. _____ vom 18. Januar 2020 ein. Darin werden beim Beschwerdeführer die Diagnosen Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) und rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig leicht- bis mittelgradig depressive Episode [ICD-10: F33.0/F33.1]) gestellt. Zusätzlich werden Spannungskopfschmerzen, teilweise berichtete Schwindelzustände, ein leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom rechts sowie einen Verdacht auf Polyneuropathie beider unteren Extremitäten festgehalten. Mittelschwere geistige Arbeiten unter einem durchschnittlichen Zeitdruck werden als weiterhin möglich bezeichnet. Jedoch wird festgehalten, dass Einschränkungen in der Tages- und Wochenarbeitszeit bestehen würden und der Beschwerdeführer 4 Stunden pro Tag arbeiten könne und nach zwei Stunden Tätigkeit eine zusätzliche Pause von 10 Minuten benötige (BVGer-act. 1 Beilage 9 S. 19 ff.).

E. 8.9

Im vorläufigen stationären Arztbrief des I. _____ Klinikums vom 28. Juli 2020 werden die folgenden Diagnosen gestellt: - Pankreaskopffankreatitis; - Ulcus ventriculi Forrest III Antrum; - Chronische Pangastritis; - Intestinale Metaplasie Antrum; - Symptomatische Cholezystolithiasis; - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD); - Arterielle Hypertonie; - Diabetes mellitus Typ II; - steatosis hepatis; - Z. n. Appendektomie; - Kurzstreckige subtotale Thrombose Vena porte; - Verruca seborrhoeica Mamille rechts; - Pityriasis versicolor am Rücken, Oberkörper, Leiste beidseits; - Mehrfaches Krampfgeschehen (am ehesten psychisch bedingt); - Reaktive, agitierte Depression. Hinsichtlich der empfohlenen Medikation wird ausgeführt, dass die Verabreichung von Duloxetin sowie Seroquel indiziert sei (BVGer-act. 1 Beilage 13).

E. 8.10

Im Vorläufigen Arztbrief vom 27. August 2020, welcher anlässlich eines fortbestehenden Fiebers des Beschwerdeführers und dessen Übernahme seitens der Chirurgie des I. _____ Klinikums erstellt worden ist, werden die folgenden Diagnosen festgehalten (BVGer-act. 1 Beilage 12): - Pfortaderthrombose mit 4-Quadranten-Aszites; - Symptomatische Cholezystolithiasis; - Choledocholithiasis; - Z. n. Pankreaskopf; - Pankreatitis im Juli 2020; - Ulcus ventriculi Forrest III; - Bekannte COPD; - Arterielle Hypertonie; - Diabetes mellitus Typ II; - Steatosis hepatis; - Bekannte koronare Herzkrankheit (nachfolgend: KHK) mit Z. n. 2-fach Stenting 2012; - Reaktive Depression; - SARS-COVID Abstrich vom 17.08.2020: negativ. Hinsichtlich der Medikation wird in Form eines Therapievorschlages insbesondere die Verabreichung von Duloxetin, Seroquel sowie Zolpidem festgehalten (BVGer-act. 1 Beilage 12 S. 2).

E. 8.11

Im vorläufigen Arztbrief vom 11. November 2020 des I. _____ Klinikums werden die folgenden Diagnosen gestellt: - Cholangitischer Leberabszess im linken Leberlappen; - CT-gezielter Abszess, Drainage am 15.10.2020; - Distale entzündliche Choledochostenose bei chron. Pankreatitis mit Pseudozyste im Caput pancreatis; - Pfortaderthrombose; - Z. n. endoskopischer retrograder Cholangiopankreatikographie (ERCP) mit Impl. eines Metallgitterstents im DHC; - Arterielle Hypertonie; - Bek. koronare Herzkrankheit (KHK) mit Z. n. 2-fach Stenting; - Diabetes mellitus Typ 2; - COPD. Es wird darüber hinaus berichtet, dass der Beschwerdeführer auf der chirurgischen Abteilung im Rahmen der Fokussanierung der Cholangiosepsis sowie eines Leberabszesses am linken Leberlappen erfolgreich habe drainiert werden können. Der Beschwerdeführer sei nach einem weiteren unauffälligen Beobachtungszeitraum schließlich afebril, bei klinisch deutlich gebessertem Zustand und weiter rückläufigen Entzündungsparametern aus der stationären Behandlung entlassen werden (BVGer-act. 1 Beilage 12).

E. 8.12

Im Ambulanzbrief vom 10. Dezember 2020 des I. _____ Klinikums werden die folgenden Diagnosen gestellt: - Z. n. cholangitischem Leberabszess im linken Leberlappen; - Z. n. CT gezielter Abszessdrainage am 15.10.2020; - Z. n. entzündlicher distaler Choledochusstenose bei chron. Pankreatitis mit Pseudozyste im Caput pancreatis; - Pfortaderthrombose - kavernöse Transformation; - Z. n. ERCP mit Implantation eines Metallgitterstents im Ductus choledochus 19.10.2020; - Arterielle Hypertonie; - Bekannte KHK mit Z. n. 2-fach-Stentung; - Typ 2 Diabetes; - COPD; - Akute Cholezystitis. Es wird darüber hinaus davon berichtet, dass der Beschwerdeführer seit Wochen rezidivierende Schmerzen im rechten Thorakalbereich bzw. im rechten Ober- und Mittelbauch verspüre (BVGer-act. 1 Beilage 13).

E. 8.13

Im Vorläufigen stationären Arztbrief vom 23. Dezember 2020 werden die folgenden Diagnosen gestellt: - Akut exazerbierte chronische Cholezystitis bei Choledocholithiasis; - Z. n. Kopfpankreatitis mit vermutlich entzündlich bedingter Pfortaderthrombose 07/2020; - Z. n. Ulcus ventriculi Forrest III im Antrum 07/2020; - Z. n. Papillotomie bei Choledocholithiasis 08/2020; - Z. n. septischem Zustandsbild mit einem cholangitischem Leberabszess im linken Leberlappen mit nachfolgender Punktion (LKH Salzburg) 10/2020 sowie Implantation eines selbst explantierenden Metallgitterstents bei distaler entzündlicher Choledochusstenose; - Bekannte KHK mit Z. n. Stent PTCA; - Arterielle Hypertonie; - Diabetes mellitus; - Aktuell postoperatives Delir. Es wird im Bericht überdies festgehalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund von anhaltenden, bereits seit einigen Tagen aggravierten rechtsseitigen Oberbauchschmerzen vorstellig geworden sei. Es habe sich bildgebend das Bild einer akuten Cholezystitis ergeben (BVGer-act. 1 Beilage 13).

E. 8.14

Im Sachverständigengutachten des Allgemeinmediziners Dr. J. _____ vom 26. Februar 2021 wird zunächst die starke Hörminderung des Beschwerdeführers thematisiert. 2018 sei ein Cochleaimplantat eingebaut worden. Links höre der Beschwerdeführer noch einige Prozent und müsse von den Lippen ablesen. Er fühle sich kraftlos und am linken Knie sei eine deutliche Abnützung bekannt. Der Beschwerdeführer berichte von psychischen Problemen und Ängsten, etwa bei Menschenansammlungen. Die langen Krankenhausaufenthalte hätten sich diesbezüglich negativ ausgewirkt. Er sei psychologisch

begleitet. Es wird unter anderem die medikamentöse Behandlung mit Seroquel festgehalten. Der Gutachter stellt fest, dass der Behinderungsgrad des Beschwerdeführers 70 von Hundert betrage und im Vergleich zum Vorgutachten höher einzustufen sei. Dies sei insbesondere der vermehrten Schmerzen am Bewegungsapparat geschuldet und eventuell auch psychisch bedingt (IVSTA-act. 91 und 103).

E. 8.15

Im Entlassungsbrief des Uniklinikums (...) vom 6. März 2021 wird von einer geplanten Aufnahme aufgrund einer durchzuführenden diagnostischen Untersuchung des Beschwerdeführers berichtet. Es wird unter anderem eine im Vergleich zum Vorjahr rückläufige Schwellung des Pankreaskopfes beschrieben (IVSTA-act. 90 und 104 S. 2).

E. 8.16

Im Arztbrief vom 23. April 2021 des I. _____ Klinikums der Abteilung Innere Medizin werden die Diagnosen Rezidiv eines Klebsiellen-Leberabszess-Syndroms (ICD-10: K75.0), septische Cholangitis (ICD-10: K83.0), KHK (ICD-10: I25.1), Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10: E11.9), arterielle Hypertonie (ICD-10: I10), Z. n. Cholezystektomie, Z. n. cholangitischem Leberabszess, Z. n. Pfortaderthrombose sowie rezidivierende Pankreatitis festgehalten. Es wird berichtet, dass eine stationäre Aufnahme des Beschwerdeführers auf neuerliche starke rechtsseitige Oberbauchschmerzen sowie hohes Fieber zurückzuführen sei (IVSTA-act. 92 S. 1; vgl. zum Ganzen die jeweiligen stationären Arztbriefe des I. _____ Klinikums).

E. 8.17

Im stationären Arztbrief des I. _____ Klinikums vom 22. Juni 2021 wird von einem geplanten Stentwechsel beim Beschwerdeführer berichtet (IVSTA-act. 93).

E. 8.18

Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 12. Juli 2021 des Rehasentrums (...) wird von einem komplikationslosen Verlauf der durchgeführten Rehabilitation des Beschwerdeführers berichtet. Es sei zu einer Verbesserung der allgemeinen Kraft und Ausdauer sowie einer psychischen Entspannung gekommen. Die Entlassung sei im sehr guten Allgemeinzustand bei gutem Erfolg des Rehaberlaufs erfolgt (IVSTA-act. 94).

E. 8.19

Im Arztbericht vom 5. August 2021 des Allgemeinmediziners Dr. K. _____ wird festgehalten, dass auf eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Beschwerdeführers im letzten Sommer bis April 2021 eine Verbesserung gefolgt sei. Jedoch habe der Beschwerdeführer daraufhin eine posttraumatische Belastungsstörung erlitten, wodurch rezidivierende Interventionen in der Psychiatrie L. _____ erforderlich gewesen seien. Des Weiteren habe im April 2021 ein Abszessrezidiv der Leberabszesse eine erneute Behandlung notwendig gemacht. Die mittlerweile chronifizierte Pankreatitis erfordere eine regelmässige Kontrolle und der Beschwerdeführer sei ständig in psychotherapeutischer Behandlung. Der Allgemeinmediziner hält weiter fest, dass aus seiner Sicht keine Sinnhaftigkeit eines Wiedereingliederungsversuches bestehe. Der eingeschränkte Allgemeinzustand und die psychische Symptomatik verhinderten einen erfolgreichen Arbeitsversuch (IVSTA-act. 95).

E. 8.20

Im ärztliches Gesamtgutachten vom 20. September 2022 hält der Allgemeinmediziner Dr. B. _____ als Hauptdiagnose fest, dass der Beschwerdeführer an einer an Taubheit angrenzende kombinierte Schwerhörigkeit und Radikalhöhle bei St. n. fünfmaliger Ohren-OP linksseitig, Taubheit rechts nach Hörsturz mit liegendem Cochlea-Implantat rechts (ICD-10: H91.9) leide. Als Nebendiagnosen werden eine rezidivierende Pankreatitis (ICD-10: K86.9) sowie eine Krankheit der Gallenwege (ICD-10: K83.9) aufgeführt. Als weitere Diagnosen festgehalten werden Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie, Osteopenie, Depression, COPD, St. n. Pfortaderventhrombose, St. n. Cholezystektomie, Thrombozytopenie und Übergewicht (BMI 33.8). Dr. B. _____ hält fest, dass das klinische Erscheinungsbild keine Besserung zur Voruntersuchung zeige. Der Beschwerdeführer sei allenfalls für leichte körperliche Tätigkeiten einsetzbar (IVSTA-act. 106 und 117 S. 5 f.).

E. 8.21

Der Allgemeinmediziner des internen medizinischen Dienstes der Vor-Instanz, Dr. M. _____, führt in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2022 unter anderem aus, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der Gallenblasen- und Pankreasbeschwerden eine gewisse Verschlechterung seines Gesundheitszustandes attestiert werden müsse. Aufgrund der vielfältigen Begleiterkrankungen des Beschwerdeführers müsse bei diesem eine Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit als Küchenchef von 70 % festgestellt werden. In einer angepassten Tätigkeit bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Bezugnehmend auf den medizinischen Bericht des Allgemeinmediziners Dr. J. _____ vom 26. Februar 2021 wird überdies ausgeführt, dass der Zustand im Zusammenhang mit einer depressiven Störung als stabilisiert beschrieben werde (IVSTA-act. 122 S. 3).

E. 8.22

In seiner Stellungnahme vom 29. Juni 2023 führt der Allgemeinmediziner des internen medizinischen Dienstes der Vorinstanz, Dr. M. _____, nach Einsicht in die mit Beschwerdeerhebung eingereichten zusätzlichen medizinischen Unterlagen aus, dass das Hauptproblem des Beschwerdeführers nach wie vor dessen Ohrenerkrankung darstelle. Diese Beschwerden hätten sich nicht wesentlich verändert. Was die degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates, die depressive Störung, das metabolische Syndrom sowie die koronare Herzkrankheit des Beschwerdeführers betreffe, so seien keine Anzeichen für eine wesentliche Änderung dieser Beschwerden seit der letzten Anmeldung des Beschwerdeführers erkennbar (BVGer-act. 6 Beilage 2).

E. 9

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht in rentenbeeinflussendem Mass verändert habe.

E. 9.1

Die Vorinstanz stützt ihre Auffassung auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes.

E. 9.1.1

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge

Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 145 V 97 E. 8.5; 139 V 225 E. 5.2). Die Stellungnahmen des RAD und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 9.1.2

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_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 9.1.3

Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem medizinischen Dienst der IVSTA erlaubten, sich ein Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu machen und ob ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind. Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass es bei der Beurteilung einer invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung in erster Linie nicht auf die Diagnoseeinstellung ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Denn zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend ist der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2 mit Hinweisen; so bereits BGE 127 V 294 E. 4c).

E. 9.2

Die IV-Ärzte des medizinischen Dienstes gehen in somatischer Hinsicht davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Küchenchef aufgrund seiner vielfältigen Beschwerden zu 70 % arbeitsunfähig sei. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit geht der medizinische Dienst nach wie vor von einer Arbeitsunfähigkeit im

Umfang von 0 % aus. In psychiatrischer Hinsicht wird ausgeführt, dass anlässlich des österreichischen Verfahrens eine psychiatrische Begutachtung stattgefunden habe und im ärztlichen Bericht von Dr. J. _____ vom 26. Februar 2021 eine Stabilisierung der depressiven Beschwerden beschrieben sei (IVSTA-act. 122). Unter anderem aus psychiatrischer Sicht seien keine Anzeichen für eine wesentliche Änderung der Beschwerden seit der letzten Anmeldung des Beschwerdeführers erkennbar.

E. 9.3.1

In psychiatrischer Hinsicht ist festzuhalten, dass anlässlich des Erlasses der Verfügung vom 30. Januar 2018 noch keinerlei psychiatrische Beschwerden im Raum standen. Weder in den medizinischen Unterlagen vor dem 30. Januar 2018 noch in der Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Vorinstanz vom 20. Dezember 2017 (IVSTA-act. 53) ergeben sich Hinweise darauf, dass zu diesem Zeitpunkt beim Beschwerdeführer psychische Beschwerden dokumentiert gewesen wären. Die Feststellung des Allgemeinmediziners des internen medizinischen Dienstes der Vorinstanz, dass unter anderem in psychiatrischer Hinsicht keinerlei Anzeichen für eine wesentliche Änderung der Beschwerden seit der letzten Anmeldung des Beschwerdeführers zu erkennen seien, ist vor dem Hintergrund der nach dem 30. Januar 2018 dokumentierten psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar (vgl. E. 9.3.2 hiernach).

E. 9.3.2

Ab dem Jahr 2018 ergeben sich Hinweise auf psychiatrische Beschwerden beim Beschwerdeführer. So wird im Jahre 2018 stellenweise die Diagnose reaktive Depression gestellt (vgl. E. 8.9 und 8.10 vorstehend), andernorts wird von einer rezidivierenden depressiven Störung gesprochen, wobei der Schweregrad der Erkrankung im Verlaufe der Jahre unterschiedlich beurteilt wird. Während Dr. E. _____ in ihrem Gutachten vom 24. März 2018 noch eine gegenwärtig leichte Episode annimmt (vgl. E. 8.2 vorstehend), wird im Gesamtgutachten derselben Neurologin und Psychiaterin vom 18. Januar 2020 von einer gegenwärtig leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode gesprochen (E. 8.8 vorstehend). Im Übrigen ergeben sich aus anderen medizinischen Unterlagen und abweichend von der hievordargelegten ärztlichen Beurteilung die Diagnosen Anpassungsstörung und posttraumatische Belastungsstörung (vgl. E. 8.8 und E. 8.19 vorstehend). In anderen medizinischen Unterlagen werden psychische Beschwerden des Beschwerdeführers lediglich beschrieben, ohne dass explizite Diagnosen gestellt würden (vgl. E. 8.14, 8.18, 8.19, 8.20 vorstehend). Schliesslich sind die verschiedentlich erwähnten psychopharmakologischen Behandlungen des Beschwerdeführers ein Hinweis auf ein eventuell bestehendes psychiatrisches Leiden (vgl. E. 8.9, 8.10, 8.14 vorstehend).

E. 9.3.3

Bereits die Diagnosestellung ist nach dem Gesagten uneinheitlich und damit ungenügend erfolgt. Soweit überdies die Auswirkungen der jeweils gestellten Diagnosen auf die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers überhaupt genügend detailliert dokumentiert sind, ergeben sich aus den aktenkundigen Einschätzungen eher Anhaltspunkte für eine diesbezügliche Einschränkung beim Beschwerdeführer (vgl. etwa die in den neuro-psychiatrischen Gesamtgutachten von Dr. E. _____ vom 24. März 2018 und 18. Januar 2020 festgehaltenen Einschränkungen in der Tages- und Wochenarbeitszeit [E. 8.2 und 8.8 vorstehend]). Ohnehin genügen die entsprechenden psychiatrischen Berichte und Gutachten den beweisrechtlichen Anforderungen nicht. Namentlich sind sie entweder

hinsichtlich der durchzuführenden Indikatorenprüfung unvollständig bzw. mangelhaft oder die Untersuchung erfolgte nicht durch eine Medizinalperson mit entsprechendem Fachtitel (im Falle der beiden Gutachten des Facharztes für Innere Medizin, Dr. B._____, vom 20. September 2022 [vgl. E. 8.20] und des Allgemeinmediziners Dr. J._____ vom 26. Februar 2021 [vgl. E. 8.14]).

E. 9.3.4

Schliesslich ist fraglich, ob die Akten im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Beschwerdebild des Beschwerdeführers vollständig sind. So erwähnt Dr. K._____ in seinem Arztbericht vom 5. August 2021 eine posttraumatische Belastungsstörung, welche rezidivierende Interventionen der Psychiatrie L._____ notwendig machten (vgl. E. 8.19 vorstehend). Aus den vorinstanzlichen Akten ergibt sich in diesem Zusammenhang weder, zu welchem Zeitpunkt und aus welchem Grund ein entsprechendes Leiden entstanden sein soll, noch wurde der erwähnte damit verbundene Klinikaufenthalt überhaupt dokumentiert. Jedenfalls erwähnen die zahlreichen Arztbriefe der psychiatrischen Abteilung des I._____ Klinikums vom April 2021 ein entsprechendes Leiden bzw. damit verbundene Interventionen in keiner Weise.

E. 9.4

Mit Blick auf die somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers ist des Weiteren das Folgende festzuhalten:

E. 9.4.1

Die Vorinstanz hat ihre Einschätzung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insbesondere mit dem Zustand von wiederkehrenden Bauchspeicheldrüsenentzündungen im Rahmen einer Cholangitis begründet und sieht den Beschwerdeführer aufgrund dessen zu 70 % in seiner angestammten Tätigkeit arbeitsunfähig (IVSTA-act. 122 S. 3; 131). Es ist augenfällig, dass die gastroenterologischen bzw. hepatologischen Beschwerden des Beschwerdeführers ungenügend dokumentiert sind. Aktenkundig sind lediglich mehrere Entlassungsberichte, welche zwar die entsprechenden Beschwerden und den Verlauf aufführen, jedoch äusserst knapp gehalten sind und sich nicht detailliert zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussern. Das Fachgutachten des Internisten und Kardiologen Dr. D._____, welches anlässlich des österreichischen Invaliditätsverfahrens eingeholt worden ist, datiert vom 14. März 2018 und äussert sich nicht zu entsprechenden Beschwerden bzw. hält lediglich fest, dass die beim Beschwerdeführer vorliegenden Gallensteine keine Symptome verursachen würden (vgl. E. 8.1 vorstehend). Das im Rahmen des österreichischen Invaliditätsverfahrens in Auftrag gegebene Gesamtgutachten und das in diesem Zusammenhang erstellten Gutachten des Facharztes für innere Medizin, Dr. B._____, vom 20. September 2022 äussert sich zwar zu den gastroenterologischen und hepatologischen Beschwerden des Beschwerdeführers. Jedoch erfolgen sowohl die Würdigung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers als auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur summarisch, was den Anforderungen hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes (vgl. E. 5.7 vorstehend) nicht gerecht wird.

E. 9.4.2

Auf die Beeinträchtigung des Gehörs des Beschwerdeführers hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2023 nicht explizit Bezug genommen. Der versicherungsinterne Mediziner, Dr. M._____, führt in seiner Stellungnahme vom 15.

Dezember 2022 aus, dass keine signifikante Veränderung des Hörvermögens vorliege (Cochlea-Implantat rechts, Hörgerät links). Es ist festzuhalten, dass das Hörvermögen bereits zum Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 30. Januar 2018 massiv eingeschränkt war. Namentlich ist - auch wenn die Aktenlage diesbezüglich nicht einheitlich ist - davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer das Cochlea-Implantat vor dem relevanten Vergleichszeitpunkt am 30. Januar 2018 hat einsetzen lassen müssen (vgl. IVSTA-act. 77 S. 6; 48 S. 1 sowie die Ausführungen des Beschwerdeführers [BVGer-act. 1 S. 4]). Ob seither eine Veränderung des Hörvermögens stattgefunden hat, ist jedoch nicht verlässlich feststellbar. So existiert mit dem im Rahmen des österreichischen Invaliditätsverfahrens in Auftrag gegebene Gesamtgutachten und dem in diesem Zusammenhang erstellten Gutachten des Facharztes für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Dr. F._____, vom 25. April 2018 seit dem Vergleichszeitpunkt nur ein fachärztliches Gutachten. Dieses genügt den Anforderungen hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes nicht. Es kann diesbezüglich auf die hievorgemachten Feststellungen im Zusammenhang mit den gastroenterologischen bzw. hepatologischen Beschwerden des Beschwerdeführers verwiesen werden. Damit ist es gesamthaft nicht möglich, zu beurteilen, ob und wie sich die Ohrbeschwerden des Beschwerdeführers seit dem letzten zeitlichen Referenzpunkt verändert haben und in welchem Umfang mittels einer Hörgeräteversorgung eine Beeinträchtigung des Hörvermögens ausgeglichen werden kann. Inwieweit sich daraus Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergeben, ist vor diesem Hintergrund umso weniger zu beurteilen.

E. 9.4.3

Mit den übrigen somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers hat sich die Vorinstanz schliesslich nicht detailliert auseinandergesetzt. Den Akten sind insbesondere Beeinträchtigungen koronarer und orthopädischer Natur zu entnehmen. Soweit überhaupt medizinische Unterlagen im Zusammenhang mit diesen Fachbereichen existieren, so äussern sich diese wiederum bloss oberflächlich und summarisch bzw. erwähnen namentlich in Bezug auf die orthopädischen Beschwerden des Beschwerdeführers gar eine mögliche Verschlechterung des Zustandes (vgl. E. 8.14 hievorgemacht). Eine detaillierte und abschliessende Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist auf Grund der Aktenlage jedenfalls nicht möglich.

E. 9.5

Zusammenfassend legen die hievorgemachten Punkte nahe, dass weiterer Abklärungsbedarf besteht und sich aus den medizinischen Unterlagen im Mindesten geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung des versicherungsinternen medizinischen Dienstes, wonach der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sein soll, ergeben. Weder der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bzw. dessen momentane Leistungsfähigkeit noch eine etwaige Veränderung derselben lassen sich anhand der Aktenlage abschliessend beurteilen. Die verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers wurden nicht umfassend abgeklärt. Die auf einem unvollständig abgeklärten (medizinischen) Sachverhalt beruhenden Stellungnahmen der versicherungsinternen Mediziner vermögen somit den beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.

E. 9.6

Die angefochtene Verfügung ist folglich gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 9.6.1

Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 9.6.2

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Gastroenterologie oder Hepatologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Kardiologie, Orthopädie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten (z.B. im Fachbereich Innere Medizin) beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

E. 9.6.3

Die Gutachter werden dabei insbesondere zu beurteilen haben, inwiefern sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers in der Zeit seit der ersten abweisenden Verfügung vom 30. Januar 2018 verändert hat bzw. welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestehen.

E. 9.6.4

Die interdisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m ATSV [SR 830.11]; vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

E. 10

Mit Blick auf die noch bevorstehenden medizinischen und erwerblichen Abklärungen durch die Vorinstanz kann die Beschwerdeinstanz zum Antrag auf Gewährung eines

leidensbedingten Abzugs und berufskundlicher Abklärungen zum heutigen Zeitpunkt nicht Stellung nehmen und überweist die entsprechenden Anträge an die Vorinstanz zur Prüfung im Rahmen der weiteren Abklärungen.

E. 11

Soweit der Beschwerdeführer überdies beanstandet, dass die Stellungnahme des versicherungsinternen medizinischen Dienstes vom 29. Juni 2023 in französischer Sprache abgefasst ist und darin einen Verfahrensmangel erkennen will (BVGer-act. 8 S. 6), so ist ihm entgegenzuhalten, dass Akten in einer anderen Amtssprache als der Verfahrenssprache grundsätzlich nicht zu übersetzen sind und sich auch aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör kein genereller Anspruch auf Übersetzung von Akten von einer Amtssprache in eine andere Amtssprache ableiten lässt (vgl. BGE 131 V 35 E. 3.3; Urteil des BGer 2C_201/2013 vom 24. Januar 2014 E. 4.2 [nicht publiziert in BGE 140 II 194]; vgl. auch Urteile des BVGer C-7391/2024 vom 12. September 2025 E. 9 und A-2674/2024 vom 23. August 2024 E. 6.2.3.). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers handelt es sich demnach hierbei nicht um einen Verfahrensmangel, welcher durch die Vorinstanz anlässlich der medizinischen Abklärung des Sachverhaltes zu korrigieren wäre.

E. 12

Die Beschwerde ist nach dem Gesagten insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 12. April 2023 aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 13.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen.

E. 13.2.1

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. 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.

E. 13.2.2

Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Hat die zu entschädigende Partei ihren Wohnsitz im Ausland, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der

Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE).

E. 13.2.3

Dem Gericht steht bei der Festsetzung der Parteientschädigung ein weites Ermessen zu (Urteile des BGer 9C_637/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2; 8C_928/2012 vom 26. April 2013 E. 6). Das Abstellen auf die den jeweiligen Zeitaufwand detailliert ausweisende Honorarnote eines Rechtsvertreters erscheint grundsätzlich als sachgerecht (Urteil des BGer 9C_162/2013 vom 8. August 2013 E. 4.3.2). Dabei ist jedoch zu beachten, dass nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des BGer 8C_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3). Parteikosten sind dann als notwendig zu betrachten, wenn sie zur sachgerechten und wirksamen Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung unerlässlich erscheinen (Moser et al., *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3. Aufl. 2022, S. 304 Rz. 4.68). Für den Fall, dass einzelne Posten der Honorarnote akzeptiert, andere hingegen herabgesetzt werden, ist jede Reduktion zumindest kurz zu begründen (BGE 141 I 70 E. 5.2 m.H.; Urteil des BGer 8C_833/2015 vom 10. März 2016 E. 4.2). Der Schwierigkeitsgrad der Sache ist im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen ebenso beachtlich (Urteile des BGer 8C_717/2014 vom 30. November 2015 E. 6.5; 9C_637/2013 E. 5.3) wie Synergieeffekte aus der Vertretung durch denselben Anwalt bereits im Verwaltungsverfahren (Urteil 9C_637/2013 E. 5.3; Urteil des BGer 8C_723/2009 vom 14. Januar 2010 E. 4.3; einschränkend aber: Urteil des BGer 9C_138/2010 vom 12. Mai 2010 E. 4.3.2.1.1).

E. 13.3

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat seine detaillierte Honorarnote vom 17. November 2025 eingereicht. Es wird für einen Aufwand von 30 Stunden und 15 Minuten eine Entschädigung von Fr. 6'645.59 geltend gemacht. Der Berechnung der eingereichten Honorarnote werden verschiedene Stundenansätze zugrundegelegt.

E. 13.3.1

Es werden im Zusammenhang mit der Honorarnote grösstenteils Aufwände für diverse Mails, Korrespondenzen sowie Telefonate an den bzw. mit dem Beschwerdeführer oder an das Bundesverwaltungsgericht geltend gemacht. Bei dem entsprechenden Aufwand handelt es sich um reine Kürzestaufwände, welche nicht zu entschädigen sind (vgl. bezüglich Kürzestaufwände von 5-10 Minuten Urteil des BGer I 819/05 vom 6. April 2006 E. 5.2). Was der für den 20. Juni 2023 geltend gemachte Aufwand «PE Bundesverwaltungsgericht» von 15 Minuten anbetrifft, so kann dieser nur im Zusammenhang mit der Instruktionsverfügung vom 16. Juni 2023 (BVGer-act. 5) angefallen sein. Mit dieser wurde der Vorinstanz die Beschwerdeschrift zur Vernehmlassung zugestellt. Ein Aufwand in dieser Höhe für die Entgegennahme einer Kenntniskopie der nämlichen Instruktionsverfügung ist nicht begründet und damit nicht zu entschädigen.

E. 13.3.2

Sodann wird im Rahmen der Ausarbeitung der Beschwerdeschrift ein Aufwand von 14 Stunden und 50 Minuten geltend gemacht, wobei geltend gemacht wird, dass auf die Recherche 4 Stunden und auf die eigentliche Beschwerdeschrift 10 Stunden und 50 Minuten angefallen seien. Der geltend gemachte Aufwand erweist sich unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, des Umfangs der Akten und der Schwierigkeit des vorliegenden Verfahrens,

mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsgesetz geltende Untersuchungsmaxime aus den nachstehenden Gründen als zu hoch.

E. 13.3.2.1

Zunächst umfasst die Beschwerdeschrift 10 Seiten (Seite 1 Deckblatt; Seite 2 Anträge und Formelles; Seite 3-6 Beschwerdepunkte und Sachverhalt; Seite 7-10 Begründung). Insbesondere die Sachverhaltsdarstellung erweist sich vorliegend und vor allem angesichts des geltenden Untersuchungsgrundsatzes als unnötig lange, weshalb der Aufwand angemessen zu kürzen ist (vgl. E. 3.3 vorstehend; betreffend die Kürzung von Honorarnoten aufgrund einer zu ausführlichen Sachverhaltsdarstellung: Urteil des BGer H 63/06 vom 26. Januar 2007 E. 6.1.2).

E. 13.3.2.2

Des Weiteren vertrat der Rechtsanwalt den Beschwerdeführer bereits im Verwaltungsverfahren, weshalb Kenntnis der Sach- und Rechtslage im Beschwerdeverfahren grösstenteils vorausgesetzt werden darf. Angesichts dessen ist fraglich, inwieweit ein zusätzlicher Rechercheaufwand im Allgemeinen und in dieser Höhe im Besonderen überhaupt gerechtfertigt gewesen sein sollte. Dem Synergieeffekt ist mit einer weiteren Kürzung des geltend gemachten Aufwands im Beschwerdeverfahren Rechnung zu tragen.

E. 13.3.2.3

Im Ergebnis erscheint ein Aufwand von 8 Stunden inklusive Recherche im Zusammenhang mit der Ausarbeitung der Beschwerdeschrift vorliegend als angemessen. Es ist der für den entsprechenden Kostenposten verwendete Stundenansatz von gerundet Fr. 237.60 zu verwenden (Fr. 2'573.33 : 10.83 Stunden).

E. 13.3.3

Im Zusammenhang mit der Ausarbeitung der Replik macht der Rechtsvertreter einen Aufwand von 9 Stunden und 20 Minuten geltend. Die Replik umfasst 6 Seiten (Seite 1 Deckblatt; Seite 2 Rechtsbegehren, Formelles und Rechtliches; Seite 3-6 Rechtliches). Der Inhalt der Replik erschöpft sich im Wesentlichen in der Wiederholung der bereits anlässlich der Beschwerde dargelegten Standpunkte des Beschwerdeführers. Der geltend gemachte Aufwand erweist sich vor diesem Hintergrund und angesichts des bereits beschriebenen Umstandes der geltenden Untersuchungsmaxime als deutlich überhöht und damit nicht notwendig. Ein Aufwand von 4 Stunden im Zusammenhang mit der Einreichung der Replik erscheint infolgedessen angemessen. Es ist der für den entsprechenden Kostenposten verwendete Stundenansatz von gerundet Fr. 227.60 zu verwenden (Fr. 2'123.33 : 9.33 Stunden).

E. 13.3.4

Schliesslich ist der vom Rechtsvertreter geltend gemachte Aufwand von 1 Stunde und 20 Minuten für die Übersetzung der Stellungnahme des ärztlichen Dienstes bloss administrativer Natur und damit für die Vertretung nicht erforderlich. Er ist infolgedessen nicht zu entschädigen.

E. 13.3.5

Nach dem Dargelegten ist der geltend gemachte Zeitaufwand von 30 Stunden und 15 Minuten auf 12 Stunden (8 Stunden + 4 Stunden [vgl. die E. 13.3.2.3 und 13.3.3

vorstehend] zu reduzieren. Es resultiert entsprechend eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'811.20 (8 x Fr. 237.60 + 4 x Fr. 227.60).

E. 13.3.6

Die Spesen werden aufgrund der tatsächlichen Kosten ausbezahlt (Art. 11 Abs. 1 Satz 1 VGKE). Für Kopien können 50 Rappen pro Seite berechnet werden (Art. 11 Abs. 4 VGKE). Da keine besonderen Verhältnisse im Sinne von Art. 11 Abs. 3 VGKE vorliegen, kann die geltend gemachte Spesenpauschale von 4 % nicht vergütet werden (vgl. Urteile des BVGer C 4013/2020 vom 5. März 2024 E. 10.2.2; C-445/2021 vom 14. November 2023 E. 12.2 m.w.H.). Die geltend gemachten, aber nicht tatsächlich ausgewiesenen Auslagen sind aufgrund der Akten schätzungsweise auf Fr. 120.- festzulegen. Demnach beläuft sich die Parteientschädigung inkl. Spesen auf insgesamt Fr. 2'931.20 (Fr. 2'811.20 [Anwaltshonorar] + Fr. 120.- [Auslagen]). Aufgrund des Wohnsitzes des Beschwerdeführers im Ausland, ist die Parteientschädigung ohne Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. hierzu bspw. Urteile des BVGer C-4982/2022 vom 2. Mai 2024 E. 8.2 m.H.; C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 m.H.; C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H.). Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

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