

BVGer C-5466/2020 vom 7. März 2023

Bundesverwaltungsgericht, 2023-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5466_2020

FR: TAF C-5466/2020 du 7 mars 2023

IT: TAF C-5466/2020 del 7 marzo 2023

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung der Vorinstanz 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]; Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. 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 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; zum Ganzen: Urteil des BVGer C-3253/2019, C-4421/2019 vom 15. Dezember 2022 E. 1.2).

E. 2.2

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. 2.3

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 sein Korrelat in den

Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je m.H.). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, überdies nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе 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 m.H.; Urteil des BVGer C-3253/2019, C-4421/2019 vom 15. Dezember 2022 E. 1.6).

E. 2.4

Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (vgl. Sachverhalt E.a). Da es sich hierbei um eine formelle Rüge handelt, ist zunächst darauf einzugehen:

E. 2.4.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör (vgl. auch Art. 26 ff. VwVG). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 136 V 351 E. 4.4, 132 V 368 E. 3.1). Der Akteneinsicht unterliegen grundsätzlich alle Akten, sofern sie geeignet sind, Grundlage für einen späteren Entscheid zu bilden (Urteile des BGer 8C_570/2014 vom 9. März 2014 E. 3, 8C_37/2014 vom 22. Mai 2014 E. 2.1; Urteil des BVGer 2539/2020 vom 16. Juni 2022 E. 4.1).

E. 2.4.2

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur und die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1). Nach der Rechtsprechung kann jedoch eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die daran interessierte Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Von einer Rückweisung der Sache ist zudem selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2; Urteil des BGer 9C_1/2013 vom 20. Juni 2013; Urteil des BVGer 4751/2020 vom 11. Oktober 2022 E. 4.3).

E. 2.4.3

Im hier zu beurteilenden Fall ist zu prüfen, ob die Vorinstanz das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat, indem sie nach Erlass des zweiten Vorbescheids vom 30. April 2020 einerseits die beiden nachträglich eingeholten Stellungnahmen der RAD-Ärzte vom 16. Juli 2020 (Dr. C. _____, FMH Allgemeine Medizin, IVSTA-act. 164) und vom 16. September 2020 (Dr. D. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, IVSTA-act.

166) dem Beschwerdeführer vor Erlass der angefochtenen Verfügung nicht zur Kenntnis gebracht hat und andererseits dem wiederholten Antrag des Beschwerdeführers auf Begutachtung seiner Person nicht gefolgt ist.

E. 2.4.3.1

Die Vorinstanz hat nach der Neuanschuldung (vgl. dazu nachfolgend E. 4.6 und 6.1) des Beschwerdeführers zweimal einen Vorbescheid erlassen und im Anschluss jeweils die vom Beschwerdeführer erhobenen Einwände geprüft. Nach dem zweiten Vorbescheid hat sie zwei RAD-Berichte (vgl. vorne E. 2.4.3) eingeholt. Die Erkenntnisse der beiden RAD-Ärzte zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers dienten in der Folge der Vorinstanz zur Ermittlung des für die Neuentscheidung des Rentenanspruchs massgeblichen Sachverhalts und sind somit im hier zu beurteilenden Fall als sog. Beweisergebnis zu betrachten. Unter diesen Umständen wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, den Beschwerdeführer vor Erlass der vor Bundesverwaltungsgericht anfechtbaren Verfügung dazu Stellung nehmen zu lassen (vorne E. 2.4.1), was sie jedoch unstreitig unterlassen hat. Allerdings konnte der Beschwerdeführer sich vor Bundesverwaltungsgericht zu den beiden fraglichen RAD-Berichten äussern; da dem Bundesverwaltungsgericht mit Bezug auf die Prüfung der Beweistauglichkeit dieser beiden RAD-Berichte volle Kognition zukommt, wurde die Verletzung geheilt (vorne E. 2.4.2).

E. 2.4.3.2

Im angefochtenen Entscheid vom 1. Oktober 2020 führt die Vorinstanz unter anderem aus, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien genügend dokumentiert, weshalb sich neue medizinische Untersuchungen erübrigen würden. Die Vorinstanz hat damit in sog. antizipierter Beweiswürdigung auf die vom Beschwerdeführer beantragte persönliche Begutachtung verzichtet. Rechtsprechungsgemäss ist darin keine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken, sofern die Schlussfolgerung willkürfrei erfolgte (BGE 144 V 361 E. 6.5, 143 III 297 E. 9.3.2, 122 V 157 E. 1d ff.; Urteil des BGer 2C_106/2021 vom 25. Juni 2021 E. 2.2). Dass die von der Vorinstanz gezogenen Schlüsse nicht mit der eigenen Darstellung der rechtssuchenden Partei übereinstimmen, belegt keine Willkür (BGE 142 II 433 E. 4.4). Zu prüfen ist nachfolgend, ob der Sachverhalt rechtsgenügend erstellt ist, so dass die Vorinstanz willkürfrei auf die Begutachtung des Beschwerdeführers verzichten konnte (vgl. dazu nachfolgend insbesondere E. 8.1 ff.).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist portugiesischer Staatsangehöriger, hat von 1987 bis 1994 in der Schweiz gearbeitet und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (nachfolgend VO [EG] 883/2004, SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung (BGE 138 V 533 E. 2.1; Urteil des BVerfG C-5738/2016 vom 12. März 2019 E. 3.1). 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 VO [EG] 883/2004). Gemäss Art. 46 Abs. 3 VO (EG) 883/2004 ist eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist (vgl. auch Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 2.1, C-1905/2020 vom 6. Juli 2021 E. 3.3).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 1. Oktober 2020 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 (Urteil des BVGer C-3253/2019, C-4421/2019 vom 15. Dezember 2022 E. 3.2).

E. 3.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 1. Oktober 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 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. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390; Urteil des BVGer C-88/2022 vom 17. November 2022 E. 4.1). Beträgt allerdings die Beitragszeit in der Schweiz weniger als ein Jahr, so besteht kein Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 36 N. 4; Art. 6 VO [EG] 883/04; vgl. auch Rz. 3003 ff. des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV [KSBIL; gültig ab 4. April 2016; Stand: 1. Januar 2020]; Urteil des BVGer C-870/2020 vom 21. September 2022 E. 4.2). Der Beschwerdeführer hat von 1987 bis 1994 in der Schweiz gearbeitet (vgl. IVSTA-act. 138 S. 2). Es ist kein Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers aktenkundig (zur ausländischen Beitragszeit siehe IVSTA-act. 139 S. 3 f.). Die Vorinstanz geht jedoch implizit davon aus, dass die Beitragszeit erfüllt ist, was

aufgrund der von der Vorinstanz vermerkten Tätigkeit in der Schweiz und des Umstandes, dass vorliegend eine Neuanmeldung (vgl. nachfolgend E. 4.6 und 6.1) im Streit liegt, nicht weiter nachgeprüft zu werden braucht.

E. 4.2

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). 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. 4.3

Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2, 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 m.H.; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C_236/2009] E. 4.1 und 4.3; Urteil des BVer C-3102/2020 vom 30. November 2022 E. 4.11)

E. 4.4

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 4.5

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, 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 gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.6

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; Urteil des BVGer C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 E. 3.3). Im Falle einer Neuanschuldung nach einem mangels rentenbegründender Invalidität ablehnenden Entscheid sind die einjährige Wartezeit gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG und die sechsmonatige Wartezeit erneut zu bestehen (BGE 142 V 547 E. 3.1. m.H. auf Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.3.3).

E. 4.7

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Nach Art. 88a Abs. 2 IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (vgl. BGE 133 V 67 E. 4.3.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3, 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 5.1

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 so- wie 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; Urteil des BVGer C-3253/2019, C-4421/2019 vom 15. Dezember 2022 E. 3.5).

E. 5.2

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es vorab, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2). 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).

E. 5.3

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 Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a m.H.).

E. 5.4

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 5.5

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, 135 V 465 E. 4.4).

E. 5.6

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision bzw. Neuanmeldung erstellten Gutachtens hängt sodann wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten bzw. verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.).

E. 5.7

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und 4.7; Urteile des BGer 9C_743/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1, 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2; Urteil des BVGer C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 E. 3.7).

E. 5.8

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag

wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

E. 6.1

Die Einleitung des zwischenstaatlichen Rentenverfahrens vom 6. August 2019 (vgl. Sachverhalt Bst. D.a) ist als sog. Neuanmeldung im Sinne der vorstehenden E. 4.6 zu betrachten.

E. 6.2

Die Vorinstanz ist auf diese Neuanmeldung eingetreten und verweigerte dem Beschwerdeführer nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 1. Oktober 2020 eine Rente. Die Frage, ob die Vorinstanz zur Recht auf das Rentenersuchen vom 6. August 2019 eingetreten ist, braucht damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht beurteilt zu werden (BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 6.3

Die Vorinstanz hielt im Begründungsteil der angefochtenen Verfügung vom 1. Oktober 2020 fest, ihr ärztlicher Dienst habe festgestellt, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten bis zum 21. Oktober 2010 nicht verändert habe. Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Koch) betrage 20% seit dem 22. Oktober 2010, 30% seit dem 1. Januar 2013 und seit dem 20. Dezember 2018 100%. Aus den Akten gehe hervor, dass eine Gesundheitsbeeinträchtigung mit folgenden funktionellen Einschränkungen bestehe: keine langdauernde sitzende oder stehende Arbeitshaltung, keine Rumpfrotation, keine Überkopfarbeit, keine gebückte Arbeitshaltung, kein Heben von Gewichten von mehr als 7 kg, kein Klettern auf Leiter oder Gerüst, kein Gehen auf unebenem Gelände, keine Belastung durch Kälte, Feuchtigkeit, Schlechtwetter und durch lebertoxische Substanzen. Die Arbeitsunfähigkeit in einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit betrage 30% ab dem 20. Dezember 2018. Dies mit einer Erwerbseinbusse von 34%. Da die Gesundheitsbeeinträchtigungen genügend dokumentiert seien, würden sich neue medizinische Untersuchungen erübrigen. Nur in Ausnahmefällen würden persönliche Untersuchungen durchgeführt. Weiter erwog die Vorinstanz, das Nennen von psychischen Problemen bedeute nicht automatisch, dass ein eigenständiges psychiatrisches Leiden vorliege, das die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränke. Der psychiatrische Dienst habe [in seiner Stellungnahme vom 16. September 2020] festgestellt, dass der Versicherte seit einem Jahr nicht mehr in Therapie sei. Die Medikation wie auch die Diagnostik seien all die Jahre nicht verändert worden. Es sei also nicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Der Versicherte habe mit denselben Diagnosen und derselben Medikation arbeiten können. Es sei nie eine psychiatrische Hospitalisation erwogen worden. Bei der Psychotherapie handle es sich um eine stützende Therapie. Aus psychiatrischer Sicht gebe es keine Arbeitsunfähigkeit. Die Einschätzung, dass der

Versicherte ein 70%-Pensum in einer angepassten Tätigkeit bewältigen könne, sei im Übrigen auch vom Hausarzt Dr. med. E. _____ am 24. Juni 2020 bestätigt worden. Sprachprobleme seien kein versicherungsmedizinisches Argument. Faktoren wie das Alter seien keine zusätzlichen Umstände, welche das Ausmass der Invalidität beeinflussen würden.

E. 6.4

Der Beschwerdeführer macht beschwerdeweise geltend, dass die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. C. _____ vom 16. Juli 2020 in aktenwidriger Weise festhalte, Dr. E. _____ habe ihm (dem Versicherten) eine Arbeitsfähigkeit von 70% in einer angepassten Tätigkeit attestiert. Dr. E. _____ habe ihm nämlich eine maximale Arbeitsfähigkeit von 30%, also eine Arbeitsunfähigkeit von 70% in einer angepassten Tätigkeit insbesondere wegen der Leberzirrhose und der psychischen Beschwerden attestiert. Dr. B. _____ habe festgehalten, dass er bereits infolge seiner rezidivierenden depressiven Störung, der Konzentrations- und Antriebsstörungen und der reduzierten psychischen Belastbarkeit nicht zu 50% arbeitsfähig sei. Er nehme nach wie vor wegen seiner Depressionen und Panikattacken täglich Amitriptylin ein; eine weitergehende Behandlung habe nicht zu einer Verbesserung seines psychischen Zustands geführt. Auch der RAD-Arzt Dr. D. _____ bestätige, dass er zweifelsohne psychisch belastet sei. Dass die psychischen Beschwerden keinen eigenständigen Gesundheitsschaden darstellen würden, werde ausdrücklich bestritten. Schliesslich widersprüchen die Feststellungen von Dr. B. _____ vom 16. Juni 2020 nicht deren Feststellungen vom 18. Februar 2019. Selbst wenn damals keine akuten Gefährdungspunkte bestanden hätten, sei damit nicht widerlegt, dass er in einem Umfang von 100% aus psychiatrischer Sicht arbeitsunfähig sei. Auch könne aus der Tatsache, dass er im April 2018 noch gearbeitet habe, nicht ohne Weiteres darauf geschlossen werden, dass er seit dem 20. Dezember 2018 in psychiatrischer Hinsicht zu 100% arbeitsfähig sei, zumal sich sein Gesundheitszustand aktenkundig sowohl in körperlicher als auch psychischer Hinsicht seither nochmals stark verschlechtert habe. Insbesondere seien starke Konzentrations- und Antriebsstörungen sowie eine reduzierte psychische Belastbarkeit hinzugekommen. Dass insbesondere die Stellungnahmen von Dr. C. _____ nicht zuverlässig seien, zeige einerseits die Tatsache, dass dieser die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers im ersten Bericht vom 28. März 2020 nicht erwähnt habe. Im Bericht vom 16. Juli 2020 halte der RAD-Arzt ferner fest, dass die von ihm festgestellte Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 30% nicht seiner effektiven Beurteilung entspreche, sondern dem Ausgang des Einkommensvergleichs. Schliesslich seien die Ausführungen von Dr. C. _____ zur Sprachbarriere geeignet, dessen Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit ernsthaft in Frage stellen, zumal der RAD-Arzt nicht gehalten sei, den Fall juristisch, sondern lediglich medizinisch zu beurteilen. Weiter führte der Beschwerdeführer aus, Dr. C. _____ - und schliesslich auch Dr. D. _____ - hätten die von ihm (dem Beschwerdeführer) beantragte persönliche Exploration ohne nachvollziehbaren Grund verweigert. Der Gesundheitszustand verhindere mittlerweile eine angepasste Tätigkeit von mehr als 30%. Er sei sowohl körperlich als auch psychisch stark eingeschränkt und beantrage daher nochmals explizit eine persönliche Begutachtung, insbesondere von Fachärzten für innere Medizin und Neurologie.

E. 6.5

Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsverweigernden Verfügung vom 20. September 2005 und der angefochtenen

Verfügung vom 1. Oktober 2020 eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 7.1

Die rentenablehnende Verfügung vom 20. September 2005 (IVSTA-act. 49) beruhte auf der Feststellung, dass weder eine bleibende Erwerbsunfähigkeit noch eine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Sie stützt sich im Wesentlichen auf die folgenden medizinischen Unterlagen ab: Bescheinigung des Krankenhaus F._____ vom 11. Oktober 2002 betreffend den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 19. September 2002 bis zum 11. Oktober 2002 (IVSTA-act. 1); Operationsbericht von Dr. med. G._____, Thoraxchirurg, vom 24. Oktober 2002 betreffend eine am 23. Oktober 2002 beim Versicherten durchgeführte Thorakoskopie, Keilresektionen S4 und S5, Drainage, aufgrund der Diagnose eines unklaren Infiltrats im Bereich des Lungenmittelklappens rechts (IVSTA-act. 2); Bescheinigung des Krankenhaus F._____ vom 8. November 2002 betreffend einen weiteren stationären Aufenthalt des Versicherten vom 30. Oktober 2002 bis zum 8. November 2002 (IVSTA-act. 3); Bericht von Dr. med. H._____, Oberarzt, Prof. Dr. I._____, Chefarzt, und Stationsärztin J._____ vom 19. November 2002 betreffend eine am 11. November 2002 beim Versicherten durchgeführte offene Appendektomie im Klinikum K._____, Chirurgische Klinik für Allgemein-, Thorax- und Gefäßchirurgie, aufgrund der Diagnose einer chronischen rezidivierenden Appendizitis (ICD-10: K36, K50), dem Verdacht auf Ileitis terminalis mit Verwachsungen; Krebsgewebe oder Granulome waren laut Bericht nicht nachweisbar (IVSTA-act. 5); Bericht von Dres. med. L._____, Chefarzt, M._____, Oberarzt, und N._____, Stationsärztin des Krankenhaus F._____ vom 22. November 2002, in dem nach der stationären Behandlung des Versicherten vom 30. Oktober bis zum 8. November 2002 die folgenden Diagnosen gestellt wurden: Chronische Bronchitis: Bronchiektasen Segment 4, Segment 5, Thorakoskopie rechts vom 23. Oktober 2002 mit Keilresektion S4 und S5 bei unklarer Raumforderung des Mittellappens, Rezidivierende Sinubronchitiden; Chronische Gastritis, HP-positiv: Eradikation vom 10. bis 20. Oktober 2002, Ulcus ventriculi 9/2002, in Abheilung befindlich; Nikotinabusus; LWS-Syndrom; Transaminasen-Erhöhung unklare Genese: Sonographisch Steatosis hepatis. Im Bericht wurde ferner ausgeführt, dass im Labor vereinzelt Aspergillus fumigatus im Abstrich von eitrigem Lungensekret nachgewiesen worden sei, wobei lediglich eine Organbesiedelung vermutet und eine systemische antimykotische Therapie derzeit nicht für indiziert erachtet werde, aber weitere Verlaufskontrollen der Entzündungsparameter empfohlen wurden (IVSTA-act. 6); Bescheinigung des Krankenhaus F._____ vom 24. Januar 2003 betreffend den erneuten stationären Aufenthalt des Versicherten vom 14. bis 24. Januar 2003 (IVSTA-act. 7) sowie diesbezüglicher ärztlicher Bericht von Dres. med. L._____, Chefarzt, M._____, Oberarzt, und O._____, Stationsärztin, welche folgende Diagnosen stellten: Z. n. S1- und S5-Keilresektion wegen postpneumonischer Bronchiektasen (ICD-10: J47); Kein Anhalt für allergische bronchopulmonale Aspergillose (ICD-10: B44.1); Kein Anhalt für interstitielle Lungenerkrankung (ICD-10: J84.9); Ausschluss bronchiale Hyperreagibilität (ICD-10: J39.8); Ausschluss gastroösophagealer Reflux (ICD-10: K21.9); Leichtgradige schlafbezogene Atmungsstörung, kontrollbedürftig (ICD-10: G47.3); Hepatopathie, vermutlich äthylisch bedingt (ICD-10: K71.9); Inkomplettes metabolisches Syndrom (ICD-10: E88.9); Stammadipositas (ICD-10: E65); Hyperurikämie (ICD-10: E79); Hyperlipidämie (ICD-10: E78); Z. n. Helicobacter

pylori-Eradikation wegen HP (+)-Gastritis Januar 2002 (ICD-10: K29.7); Z. n. Appendektomie am 11. November 2002; Obstruktive Rhinopathie mit Neigung zu Sinusitiden (ICD-10: J34.8; IVSTA-act. 8 und 9); Bericht von Dres. med. P._____, Chefarzt, Q._____, Oberarzt, und R._____, Stationsarzt, vom 9. März 2004 betreffend die stationäre Behandlung des Versicherten vom 16. bis 19. Januar 2004 in der Medizinischen Klinik für Atemwegserkrankungen und Allergien der Kliniken S._____, in dem die folgenden Diagnosen gestellt wurden: Obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10: G47.3); Rezidivierende Sinusbronchitis (ICD-10: J40); Z. n. chronisch rezidivierender Pneumonie, Z. n. VATS 10/2002; Z. n. Keilresektion rechter Unterlappen wegen Bronchiektasen 10/2002; Gastroösophagealer Reflux (ICD-10: K21.9); Z. n. HNO-Eradikation 9/2002; Äthyltoxische Hepatitis (ICD-10: K71.6); Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Adipositas (ICD-10: E66.0) und Hyperurikämie (ICD-10: E79.0). Im Bericht wurde ferner ausgeführt, dass der Schlaf makrostrukturell mit 3 Zyklen, erhaltenem REM- und Deltaschlaf nicht verändert sei; es bestehe aber eine Mikrofraktionierung durch obstruktive Apnoen und Hypopnoen, betont in Rücken-, auch in Seitenlage, noch diskret Atmung gegen erhöhten Widerstand (IVSTA-act. 19); handschriftlicher Bericht von Prof. Dr. T._____, Chefarzt der Klinik K._____, II. Medizinische Klinik, welcher anlässlich einer ambulanten Behandlung des Versicherten vom 21. Februar 2004 in besagter Klinik erstellt wurde und aus dem die folgenden Diagnosen hervorgehen: Diffuses Schmerzsyndrom, Differentialdiagnose im Rahmen einer Depression (Rest unleserlich; IVSTA-act. 12); Auflistung folgender von Dr. med. U._____, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, gestellter Dauerdiagnosen: Reflux-Oesophagitis Stadium I, 08/03 (ICD-10: K21.0); Ausschluss von: Hiatus-Hernie oder -Insuffizienz, 08/03 (ICD-10: K44.9); Reflux-assoziierte Pharyngo-Laryngitis (ICD-10: J37.0); Rhino-Sinusitis maxillaris et frontalis catarrhalis (ICD-10: J32.9); Hyperreagibles Bronchialsystem (ICD-10: J44.8); Erosionen im Antrum ventrikuli, 08/03 (ICD-10: K25.9); Chronische Helikobakter-pylori-assoziierte Gastritis im Antrum und Korpus, HKS 02, 08/03 (ICD-10: K29.7); Helikobakter-pylori-Infektion, Eradikation: Omeprazol/Clarithromycin/Amoxicillin, 08/03 (ICD-10: B96.81); Z. n.: Appendektomie, HKS 02 (ICD-10: K35.9); V. a.: Ileitis terminalis, HBKS 02, nicht 09/03 (ICD-10: K52.9); V. a.: Reizdarm Syndrom, 09/03 (ICD-10: K58.9); Sigma-Divertikel, vereinzelt, bland, 09/03 (ICD-10: K57.3); Hypertrophe Analpapillen, 09/03 (ICD-10: K62.8); Hyperurikaemie (ICD-10: E79.0); V. a.: Psychoorganisches Syndrom, 09/03 (ICD-10: F45.9; IVSTA-act. 14=93); Ärztlicher Bericht von Dr. med. V._____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, vom 1. März 2004, in dem dieser infolge eines diffusen Thorax-schmerzes, wiederholten Schwindels und allgemeinen Unwohlseins neben den Dauerdiagnosen einer Myostatischen Insuffizienz (ICD-10: M62.59), einer WS Spondylose (ICD-10: M47.80), einer Osteopenie (ICD-10: M81.99) und eines Abszesses der Lunge rechts 2001 (ICD-10: J85.2), die Diagnose Brustwirbelsäulen (BWS)-Syndrom (ICD-10: M54.14) stellte (IVSTA-act. 15); Bericht von Dr. med. W._____, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie, vom 4. März 2004, in dem dieser eine Gastritis, chronische Erosiva (ICD-10: K29.7), den Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit (ICD-10: I25.9) und eine Steatosis hepatis diagnostizierte und dem weiter zu entnehmen ist, dass der gastrokopische Befund das diffuse Beschwerdebild nicht zu erklären vermöge und sich hier die Frage eines sog. «Stresstypes» stelle; die vorbeschriebene Splenomegalie sei nicht existent, die Grössenverhältnisse seien noch im oberen Normbereich; die Ursache der Steatosis hepatis sei nicht klar, hier werde erstmals

ein allgemeiner Laborcheck empfohlen; gegebenenfalls sei ein Belastungs-EKG durchzuführen (IVSTA-act. 18); Bericht von Dr. med. G._____, Arzt für Chirurgie, Thoraxchirurgie, Phlebologie, Koloproktologie, vom 11. März 2004, in dem dieser einen Z. n. thorakoskopischer Keilresektion, persistierende Schmerzen, diagnostizierte und des Weiteren festhielt, dass die derzeitigen Beschwerden des Versicherten durch einen postoperativen Schmerzzustand nicht zu erklären seien und ihm die Beschwerden typisch für eine Hiatushernie erscheinen würden, wobei diesbezüglich eine weitere Abklärung durch eine Gastroskopie vorgesehen sei (IVSTA-act. 21); Bericht von Dr. med. X._____, Pneumologische Gemeinschaftspraxis, vom 8. April 2004, in dem der genannte Arzt nach der lungenfachärztlichen Untersuchung des Versicherten die folgenden Dauerdiagnosen stellte: rezidivierende Sinubronchitis (ICD-10: J32.9), Nikotinkonsum bis 08/02 (ICD-10: F17.1), Reflexbronchitis bei Reflux? (ICD-10: K21.0), obstruktive Schlafapnoe: CPAP seit 01/04 6mbar (ICD-10: G47.3), chronisch rezidivierende Pneumonie (ICD-10: J18.9), V. a. Aspergillose (?), ausw. Z. n. VATS 10/02 (ICD-10: B44.9), anamnestisch gastroösophagealer Reflux (ICD-10: K21.9), Z. n. Keilresektion rechter Unterlappen wegen Bronchiektasen 10/02 (ICD-10: J47), V. a. Fettleber: Tox? GGT 77 (ICD-10: K76), V. a. gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum: GGT 77 (ICD-10: F10.2), Gastritisneigung, Z. n. Eradikation 09/02 (ICD-10: K29.7), Z. n. Appendektomie 11/02 (ICD-10: K35.9), Übergewicht (ICD-10: E66.9), V. a. Intercostalneuralgie (G58.0); ferner stellte er die Diagnosen Standardisierte Therapiekontrolle bei Schlafapnoe (ICD-10: G47.3) und Rhinitisschub: Reaktiv? (ICD-10: J20.9) und hielt fest, dass der bei der ambulanten Schlafüberwachung und CPAP-Kontrolle erhobene Befund für eine günstige CPAP-Einstellung spreche (IVSTA-act. 22); Bericht von Dr. med. Y._____, Fachärztin für spezielle Schmerztherapie und Notfallmedizin, welche am 28. April 2004 zusätzlich zu den zuvor genannten Diagnosen Folgendes diagnostizierte: chronisches Schmerzsyndrom im Stadium III nach Gerbershagen, dringender V. a. Somatisierungsstörung, Hepatosplenomegalie und dringender V. a. ein Fibromyalgiesyndrom; dem Bericht ist weiter zu entnehmen, dass die Beschwerden des Versicherten lediglich einige Minuten dauerten und dann sofort die Lokalisation wechselten, weshalb eine invasive Therapie nicht geboten scheine und zunächst eine dosierte Abgabe von Amitriptylin, mit späterer Erhöhung der antidepressive Therapie erfolge (IVSTA-act. 24); Ausführlicher ärztlicher Bericht (Formular E 213) von Dr. med. Z._____, Ärztin für Allgemeinmedizin und Sozialmedizin, vom 16. Juni 2004, dem die folgenden Diagnosen entnommen werden können: Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom; Nutritiv-toxische Hepatopathie; Somatoforme Schmerzstörung; Z. n. Helicobacter-Infektion; Z. n. Lungenteilresektion wegen Bronchiektasen; die Ärztin führte weiter aus, bei gutem Allgemein- und Kräftezustand und Fehlen wesentlicher Organpathologien sei das berufliche Leistungsvermögen des Versicherten zwar nicht gemindert, es sei aber in hohem Masse gefährdet durch seine verhaltensabhängigen Risiken (Annahme einer Abhängigkeitserkrankung mit nachgewiesener Leberschädigung, aber ohne Zeichnung des Versicherten durch diese Abhängigkeit); der Versicherte sei in der Lage, eine körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeit, gelegentlich auch eine schwere Tätigkeit vollschichtig zu leisten (IVSTA-act. 28); Bericht von Dr. Aa._____, Facharzt für Urologie, vom 26. Juli 2004, dem die Diagnosen Dysurische Beschwerden - Ausschluss einer Prostatitis und Hyper-urikämie und die Nebendiagnosen Depression, Status nach Appendektomie und Status nach Lungenabszess rechts entnommen werden können und in dem der genannte Arzt - bei unauffälligen Befunden - ausführte, dass beim Versicherten ein

psychosomatisches Leiden im Vordergrund stehe (IVSTA-act. 31); Bericht vom 30. September 2004 von Dr. med. Bb._____, Facharzt für Innere Medizin - Gastroenterologie, in dem dieser eine milde Fettleberhepatitis (ICD-10: K76.0) und eine Hyperurikämie (ICD-10: E79.0) diagnostizierte und des Weiteren ausführte, eine chronische Virushepatitis B und C sei bereits ausgeschlossen worden; die ergänzenden Laborwerte würden auch eine PBC (Primär biliäre Cholangitis) und eine Hämochromatose bei negativen Markern ausschliessen; das sonographische/morphologische Bild passe gut zu einer Fettleber(-hepatitis); es bestehe überdies ein geringfügiges Übergewicht; therapeutische Massnahmen seien abgesehen von einem weiteren Meiden von Alkoholkonsum nicht notwendig; differentialdiagnostisch bleibe eine milde medikamentös-toxische Reaktion auf die laufende Therapie mit Antidepressiva zu überlegen; inzwischen sei es aber zu einer relativen Besserung der Laborwerte gekommen; es werde eine gelegentliche Überprüfung der GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) und G-GT (Gamma-Glutamyltransferase) empfohlen (IVSTA-act. 34); In seiner Stellungnahme vom 29. August 2005 stellte der RAD-Arzt Dr. med. Cc.____ (Spezialisierung unbekannt) auf die nachfolgenden Diagnosen ab: Z. n. Lungenteilresektion des rechten Unterlappens wegen Bronchiektasien, Z. n. Appendektomie, anhaltende somatoforme Schmerzstörungen mit starker iatrogener Komponente. Er führte aus, dass ein Verdacht auf Lungenkrebs (der nicht bestätigt worden sei) mit Abszess im 2002 zu einer separaten Lobektomie, gefolgt von einer intensiven medizinisch-chirurgischen Behandlung mit vielen Beteiligten, uneinheitlichen Diagnosen und einer damit verbundenen Polypragmasie geführt habe und zur Folge gehabt habe, dass der Versicherte als chronisch krank und arbeitsunfähig eingestuft worden sei. Aktuell beklage der Versicherte Schmerzen im Brustkorb, Bauch und in den Gelenken etc., ohne dass diese organisch erklärbar seien. Der RAD-Arzt kam zum Schluss, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers minim sei und kaum eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit rechtfertige (IVSTA-act. 46).

E. 7.2

In der rentenablehnenden Verfügung vom 1. Oktober 2020 schliesst die Vorinstanz auf eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Koch von 20% seit dem 22. Oktober 2010, von 30% seit dem 1. Januar 2013 und von 100% seit dem 20. Dezember 2018. Dies ist unter den Parteien unbestritten. Umstritten ist jedoch, ob der Beschwerdeführer in einer seinem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit seit 20. Dezember 2018 noch zu 70% (Meinung der Vorinstanz) oder weniger (Meinung des Beschwerdeführers) arbeitsfähig ist (IVSTA-act. 167 und BVGer-act. 1 Beilage 2). Mit der Neuanmeldung am 6. August 2019 wurden im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen in die Akten aufgenommen:

E. 7.2.1

Aus gastroenterologischer Sicht diagnostizierte Dr. med. Bb._____, Innere Medizin - Gastroenterologie, am 14. April 2011 eine Gastritis durch *Helicobacter pylori* (Ureases positiv) z.B. korpusbetont 04/2011 (ICD-10: K29.7). Er führte aus, eine gastroösophageale Refluxkrankheit bestehe endoskopisch nicht. Eine Zweitlinieneradikation solle, insbesondere im Falle der histologischen Bestätigung einer korpusbetonten Gastritis, unbedingt durchgeführt werden in Abhängigkeit vom verwendeten Erstschema. Die thorakalen Beschwerden, wohl auch mit Globusgefühl, könnten mit der vom Patienten berichteten depressiven Verstimmung zusammenhängen (IVSTA-act. 58). Am 20. August

2013 dokumentierte Dr. med. Dd. _____ (Spezialisierung unbekannt) erstmals ein Diabetes mellitus Typ 2. Anschliessend fanden Verlaufsdocumentationen statt (IVSTA-act. 59 ff.). Dr. med. Ee. _____, Internist und Gastroenterologe, stellte am 8. Mai 2015 die Dauerdiagnosen V. a. milde Fettleberhepatitis [Sonographie und Labor] (ICD-10: K76.0), Gastritis durch Helicobacter pylori [Ureases positiv] z.B. korpusbetont 04/2011 (ICD-10: K29.7), Antrumerosionen (ICD-10: K29.6), V. a. Venektasie im distalen Ösophagus (ICD-10: I83.9), tubuläres Coecumadenom (ICD-10: D12.0), tubuläres Transversumadenom (ICD-10: D12.3), tubulovillöses Sigmaadenom mit HGIN (ICD-10: D12.5), Kolon irritabile obstipationsgesteuert (ICD-10: K58.9), beginnende Leberzirrhose (ICD-10: K74.6), Splenomegalie (ICD-10: R16.1). Zudem stellte er folgende Diagnosen (z.T. in Wiederholung der zuvor genannten Dauerdiagnosen): Antrumerosionen (ICD-10: K29.6), Portalhypertensive Gastropathie (ICD-10: K76.6), Gastritis durch Helicobacter pylori (ICD-10: K29.7), Ösophagusvarizen I° (ICD-10: I85.9), Splenomegalie (ICD-10: R16.1), beginnende Leberzirrhose (ICD-10: K74.6). In der Gastroskopie habe sich eine deutlich erosive antrumbetonte Gastritis, gut passend zur NSAR (Nichtsteroidales Antirheumatikum)-Einnahme des Patienten gezeigt. Die entnommenen Biopsien hätten persistierend eine Helicobacter pylori (HP)-Besiedlung ergeben. Auffällig seien die indirekten Zeichen einer portalen Hypertension im Sinne einer portalhypertensiven Gastropathie und beginnenden Ösophagusvarizen im distalen Ösophagus. Im Labor habe sich eine Thrombopenie sowie ein grenzwertiger Quickwert gezeigt, zudem seien die Gammaglobuline deutlich erhöht gewesen, die GGT, GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) und GPT auch. Das Albumin sei erniedrigt gewesen. In der Sonographie habe sich eine vergrösserte Milz und eine vergrösserte und verdichtete Leber gezeigt. Aszites sei nicht nachweisbar gewesen. Zusammenfassend biete sich das Bild einer beginnenden Leberzirrhose ohne Dekompensationszeichen. Als Ursache müsse ein NASH/ASH ([nicht] alkoholische Steatohepatitis) angenommen werden. Es sei dem Versicherten geraten worden, den Alkoholkonsum völlig aufzugeben, auf hepatotoxische Medikamente solle verzichtet werden. Ein Hinweis für eine virale Hepatitis, eine Speichererkrankung oder eine Autoimmunhepatitis habe sich nicht ergeben (IVSTA-act. 63). Einem unvollständig in den Akten liegenden vorläufigen Bericht der IV. Medizinischen Klinik des Klinikums K. _____ vom 9. Juli 2017 betreffend eine stationäre Behandlung des Versicherten vom 3.-8. Juli 2017 können folgende Diagnosen entnommen werden: entgleister Diabetes mellitus Typ 2, ED 2014, HbA1c aktuell 10,67%, Panzytopenie unklarer Ursache - zeitnah weiter abklärungsbedürftig, Anämie, a.e. bei Eisenmangel (1. Seite des Berichts vom 9. Juli 2017: IVSTA-act. 70 S. 1 [= S. 2] = IVSTA-act. 71 S. 1 [IVSTA-act. 71 S. 2 gehört nicht zu IVSTA-act. 71 S. 1]; 3. Seite des Berichts vom 9. Juli 2017: IVSTA-act. 72 S. 1; 2. Seite des Berichts vom 9. Juli 2017 fehlt). Im Reha-Kurzbrief vom 27. Oktober 2017 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung betreffend eine stationäre Reha-Massnahme im Reha-Zentrum Ff. _____ (Abt. Inn. Med. / Endokrinol.) vom 11. Oktober bis 1. November 2017 stellte Dr. med. Gg. _____, Leitender Arzt, die folgenden Diagnosen: Typ 2 Diabetes (ED 13; ICD-10: E11.41), Adipositas I° (ICD-10: E66.00), Granulo- u. Thrombozytopenie (ICD-10: D69.3), Schlaf-Apnoe-Syndrom, CPAP-Therapie seit 2003 (ICD-10: G47.3), Rez. depressive Episoden (ICD-10: F33.1), Rez. WS-Syndrom (MRT [Magnetresonanztomographie]-Befund), Coxarthrose links, Zustand nach Totalendoprothese links 2016, Prostatahyperplasie, Ösophagusvarizen. Es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer arbeitsfähig sei und dass ein ausführlicher Bericht

folge (IVSTA-act. 76). Am 23. Oktober 2018 stellt Dr. Ee. _____ neben den zuvor (IVSTA-act. 63) erwähnten (Dauer)Diagnosen weiter die folgenden Diagnosen: Gering ausgeprägte Panzytopenie (ICD-10: D61.9), Tubuläre Adenomknospen Transversum und Descendens (ICD-10: D12.3), Punktuell Entzündungszeichen im gesamten Kolon (ICD-10: K52.38). Er führte aus, dass die durchgeführte Koloskopie Polypknospen im Transversum und Descendens zeige, die bioptisch abgetragen worden seien. Histologisch hätten sich hier tubuläre Adenome ergeben. Zudem hätten sich geringe Entzündungszeichen im Kolon gezeigt, die entnommenen Biopsien hätten eine unspezifische Entzündung ergeben. Das vor der Untersuchung abgenommene Blutbild sei etwas auffällig. Es zeige sich eine Verminderung aller 3 Zellreihen und somit eine beginnende, aktuell gering ausgeprägte Panzytopenie. Gegebenenfalls wäre eine Vorstellung bei einem Hämatologen zu erwägen (IVSTA-act. 91). Gemäss einem Bericht des Spitals Hh. _____ in Portugal vom 28. Dezember 2018 wurde der Versicherte vom 21.-28. Dezember 2018 wegen einer Ösophagusvarizenblutung, die mittels Ligatur behandelt wurde, stationär behandelt (IVSTA-act. 92 und 94 [in Portugiesisch]; IVSTA-act. 110 [deutsche Zusammenfassung]). Nach Röntgen des Ösophagus diagnostizierte Dr. med. Ii. _____, Arzt für Diagnostische Radiologie und Strahlentherapie, am 31. Januar 2019 gestützt auf den Befund einer unregelmässigen Schleimhautfältelung bei multiplen diskreten wellenförmigen Impressionen in der Ösophaguswand eine diskrete Achalasie (IVSTA-act. 95). Dr. med. Jj. _____, Facharzt für Pathologie, berichtete am 21. März 2019 nach durchgeführter Magen-/Darmspiegelung von einer weitgehend unauffälligen Dünndarm- und Duodenalmucosa, von Biopsaten aus dem Magenantrum mit Zeichen der reaktiven Gastropathie und einer mittelgradigen chronischen Corpusgastritis (IVSTA-act. 104). Dr. Ee. _____ stellte am 25. März 2019 neben den oben (IVSTA-act. 63 und 91) erwähnten (Dauer)Diagnosen weiter die folgenden Diagnosen: V. a. Fundusvarize (ICD-10: I86.4), Ösophagusvarizen II-III° (ICD-10: I85.9), Portalehypertensive Gastropathie (ICD-10: K76.6; IVSTA-act. 105, S. 1). Im Verlauf des Berichts, welcher sich nicht in IVSTA-act. 105 S. 2 f., sondern in IVSTA-act. 106 S. 16 ff., befindet, hielt er fest, dass sich der Patient zur Kontrolle nach einer Varizenblutung im Dezember 2018 vorgestellt habe. Im Blutbild finde sich noch eine leichte, mikrozytäre Anämie mit einem HB von 10.9. Die durchgeführte Gastroskopie zeige keine Blutungszeichen, aber doch immer noch deutliche Ösophagusvarizen, eine portal hypertensive Gastropathie und fragile Varizen im Fundusbereich. Eine erneute Gastroskopie in Banding-Bereitschaft sei sinnvoll, allenfalls müsse auch über alternative Massnahmen nachgedacht werden. Eine Einweisung ins Krankenhaus sei sinnvoll (IVSTA-act. 105, S. 1 und IVSTA-act. 106 S. 16 ff.). Vom 25.-30. März 2019 befand sich der Versicherte im Klinikum K. _____, Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, wegen aktuell Ösophagusvarizen II-III° und einem entgleisten Diabetes mellitus in stationärer Behandlung. Gemäss dem entsprechenden Bericht ergab die körperliche Untersuchung einen leichten epigastrischen Druckschmerz; das CT-Thorax ergab eine inhomogene Struma, eine etwas unregelmässig wirkende und distal verdickte Speiseröhre (tumoröse Veränderungen seien nicht auszuschliessen), eine wenige Millimeter grosse Verdichtung im linken Unterlappen (z.B. Granulom), eine streifig-schwielige Verdichtung und mehrere OP-Clips in der rechten Lunge (z.B. Z. n. OP) sowie eine stark vergrösserte Milz. Die Endosonographie und Gastroskopie ergaben einen hochgradigen V. a. Soorösophagitis, Ösophagitisvarizen Grad III nach Paquet, es seien «red colour signs» sichtbar, aktuell kein Anhalt auf Blutung. Zur Blutungsprophylaxe würden auf die Varizen 6 Gummiringe

gesetzt. Im Antrum sei ein zirkulär ausgeprägtes streifiges Erythem mit mukosaler Schleimhauteinblutung (DD: GAVE-Syndrom) ersichtlich (IVSTA-act. 106 S. 4 ff.). In der Folge befand sich der Versicherte erneut vom 21.-24. Mai 2019 (IVSTA-act. 111 S. 1), vom 4.-5. Juli 2019 (IVSTA-act. 113 S. 1) und vom 10.-11. September 2019 (IVSTA-act. 120 S. 1) in stationärer Behandlung im Klinikum K._____, Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin. Dabei wurden Ösophagusvarizen Grad III und Ösophagusvarizen Grad II mit Risikozeichen sowie eine rezidivierende Soorösophagitis diagnostiziert und wiederholt ein Ösophagusvarizen-Banding durchgeführt sowie 5 Gummiringen implantiert. Da die entsprechenden Berichte nicht richtig geordnet wurden (S. 2 f. von IVSTA-act. 111 gehört nicht zu S. 1 von IVSTA-act. 111; S. 2 ff. von IVSTA-act. 113 gehört nicht S. 1 von IVSTA-act. 113, sondern mutmasslich zu S. 1 IVSTA-act. 111; S. 2 ff. von IVSTA-act. 120 gehört nicht zu S. 1 von IVSTA-act. 120, sondern mutmasslich zu S. 1 von IVSTA-act. 113; S. 2 ff. von IVSTA-act. 121 gehört nicht zu S. 1 von IVSTA-act. 121) lässt sich der Verlauf gemäss den genannten Berichten nicht eindeutig nachvollziehen. Dem unvollständig in den Akten liegenden Bericht des Krebs-Zentrums K._____ vom 20. März 2019 sind ferner folgende Diagnosen zu entnehmen: 1) Bizytopenie (Leukopenie, Thrombopenie), a.e. bei Hypersplenie-Syndrom: a. KM-Histo-logie/Zytologie/Immunozytologie: Reaktive Veränderung, kein sicherer Hinweis für eine Myelodysplasie oder ausschwemmendes Lymphom. b. Zytogenetik/FISH: Normaler Karyotyp, keine chromosomalen Aberrationen; 2) Leberzirrhose, a.e. NESH, mit Splenomegalie; 3) Insulinpflichtiger Diabetes mellitus: a. HbA1c 9,94%; 4) Klinisch V. a. höhergradige Koronarstenose bei Belastungsdyspnoe und Belastungsangina (IVSTA-act. 102). Am 14. August 2019 wurde der Versicherte zudem in der II. Medizinischen Klinik, Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hämatologie, Onkologie des Klinikums K._____ vorstellig. In der durchgeführten Gastroskopie wurde ein Z. n. Varizenblutung und mehrfachem Banding, aktuell Ösophagusvarizen Grad II nach Paquet mit red spots im distalen Ösophagus, fleckige Rötungen der Schleimhaut im Magenantrum mit einer Schwellung, zudem multiple Erosionen mit Fibrinbelag dem Bild einer erosiven Gastritis entsprechend, V. a. portal-hypertensive Gastropathie in Fundus und Corpus und V. a. Schleimhautatrophie festgestellt und ein erneutes Banding empfohlen (IVSTA-act. 116 S. 1 f.).

E. 7.2.2

Aus pneumologischer Sicht wurden beim Versicherten anlässlich einer ambulanten Behandlung zur Schlafdiagnostik im Klinikum K._____, Zentrum für Schlafmedizin, vom 18.-20. Februar 2008 ein bekanntes obstruktives Schlafapnoesyndrom und eine Ncpap-Therapie 6,5-7 mbar nicht effektiv, erhebliche Complianceprobleme, diagnostiziert. Als Nebendiagnosen wurden Z. n. Keilresektion rechter Unterlappen bei Bronchiektasen, CRF: Ex-Nikotinkonsum bis 08/02, Adipositas und V. a. oesophag. Refluxerkrankung genannt (vgl. den unvollständig in den Akten liegenden Bericht in IVSTA-act. 55). Die lungenfachärztliche Untersuchung des Versicherten vom 24. Mai 2017 in der Gemeinschaftspraxis für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin in (...) ergab die Diagnose (zur Abklärung) Husten (ICD-10: R05). Die Lungenfunktion war normal, ohne Hinweis für Restriktion oder Obstruktion. Die Sauerstoffsättigung betrug 98% (vgl. den ebenfalls unvollständig in den Akten liegenden Bericht vom 29. Mai 2017 in IVSTA-act. 69). Am 14. Februar 2019 wurde der Versicherte erneut in der Gemeinschaftspraxis für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin in (...) vorstellig, zum Ausschluss einer COPD. Im Bericht von Dr. med. Kk._____, Facharzt für Pneumologie, Allergologie,

Schlafmedizinische Diagnostik, vom 19. Februar 2019 wurde erneut die Diagnose (zur Abklärung) Husten (ICD-10: R05) und die Dauerdiagnosen Obstr. Schlafapnoe: A-CPAP mit A-Flex 8-12 mbar [ICD-10: G47.31], Bronchiektasen: Keilresektion rechter Unterlappen [ICD-10: J47], Chronische Sinubronchitis [ICD-10: J42], Ex-Nikotinkonsum bis 8/02 [ICD-10: F17.1], Leichtes Übergewicht [ICD-10: E66.00], Leberzirrhose mit Ösophagusvarizen [ICD-10: K74.6]) gestellt. Die Lungenfunktion sei wiederum normal gewesen, ohne Hinweis für Restriktion oder Obstruktion und die Sauerstoffsättigung habe 98% betragen. Für ein COPD bestehe kein Hinweis, es sei keine Ventilationsstörung nachweisbar. Bei seit längerer Zeit anhaltendem trockenem Husten falle radiologisch eine Verschattung im ventralen Oberfeld auf, möglicherweise Rezidiv-Bronchiektasen mit begleitender Pleurareaktion. Zur weiteren Abklärung sei ein CT des Thorax terminiert (IVSTA-act. 98). Nach einem CT des Thorax am 20. März 2019 und Kontrolle der APAP-Therapie berichtete Dr. med. Kk. _____ am 25. März 2019, polygraphisch zeige sich weiterhin eine gute Einstellung der APAP-Therapie bei obstruktivem Schlafapnoesyndrom. Computertomographisch stellten sich im Bereich der Lunge lediglich narbige Residuen ohne Hinweis für Rezidivbronchiektasen dar. Bei bekannter Leberzirrhose bestünden Zeichen der portalen Hypertension, dies erkläre laut Radiologe unter Umständen auch die Wandverdickung im Bereich der Speiseröhre. Von pneumologischer Seite seien im Moment keine weiteren Massnahmen erforderlich (IVSTA-act. 106 S. 18 f.; vgl. zum CT des Thorax auch IVSTA-act. 106 S. 4 ff. unter E. 7.2.1, 3. Absatz).

E. 7.2.3

Aus neurologischer resp. orthopädischer Sicht ergab eine Untersuchung mit MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 22. Oktober 2010 im Zentrum für Neurologie/Psychiatrie/Neuroradiologie (E/M/S/A), dass kein eindeutiger (Lendenwirbelkörper [LWK]4/5) bzw. sicherer (LWK5/Sakralwirbelkörper [SWK]1) Kontakt zu Nervenwurzeln bestehe (vgl. den unvollständig in den Akten liegenden Bericht in IVSTA-act. 56). Gemäss einem Bericht der Radiologischen Gemeinschaftspraxis (...), welcher Bezug nimmt auf eine nicht aktenkundige Voruntersuchung vom 1. Februar 2008, habe ein am 8. November 2016 durchgeführtes MRT der LWS im Vergleich zu jener Voruntersuchung ein breites, nach intraforaminal reichendes Bulging der Bandscheibe bei L4/5 mit begleitender Spondylarthrose, geringer bei L3/4, aber keinen Nachweis eines neu aufgetretenen Sequesters ergeben (IVSTA-act. 67). Im Bericht vom 10. April 2017 hielten Dr. med. Ll. _____ und Dr. med. Mm. _____, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, fest, dass der Versicherte am 29. März 2017 wieder vorstellig geworden sei bei vorbekannt degenerativem Wirbelsäulensyndrom. Im Vergleich zu einer nicht aktenkundigen Konsultation im April 2016 bestehe ein unveränderter Status mit Hyperlordose der Lendenwirbelsäule bei moderater Adipositas, diffuser Druckschmerz lumbal bds. mit eingeschränkter Seitneigung und Inklination, Fingerbodenabstand 20cm, keine radikuläre Symptomatik bei intakten Achillessehnenreflex (ASR) und Patellarsehnenreflex (PSR), unauffälliger Lasègue-Test. Die beiden Ärzte stellten die folgenden Diagnosen: degeneratives LWS-Syndrom, Facettengelenksarthrose lumbal, Hyperlordose LWS, Diabetes mellitus Typ II, Schlafapnoesyndrom, Z. n. H-TEP links 11/2015 (IVSTA-act. 68). Am 14. August 2018 fand im E/M/S/A - Zentrum für Neurologie / Psychiatrie / Neuroradiologie erneut ein MRT der LWS statt. Im Bericht vom 15. August 2018 wurde von einem breitbasigen Bandscheiben-Bulging LWK 4/5 mit rezessalen Engen und einer medianen Protrusion diskrete Herniation L5/S1 mit neuroforaminalen Einengungen,

keine Spinalstenosierung, berichtet (IVSTA-act. 82). Aufgrund einer Brachialgie links und des V. a. eine sensible Wurzelläsion C7 und C8 rechts fand am 30. August 2018 ein MR der Halswirbelsäule (HWS) statt. Im gleichentags erstellten Bericht wurde von einer Steilstellung und Degeneration der HWS, von einer langstreckigen relativen Spinalkanalstenose durch flache Bandscheibenprotrusionen, einer möglichen Wurzelreizung C7 links, keiner Wurzelkompression und keiner cervikalen Myelopathie berichtet (IVSTA-act. 84).

E. 7.2.4

Aus psychiatrischer bzw. neurologischer Sicht stellte Dr. B. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, am 14. September 2016 die Diagnosen Panikattacken (ICD-10: F41.0), Karpaltunnelsyndrom (ICD-10: G56.0), Rezidivierende depressive Störung als leichte Episode (ICD-10: F33.0), V. a. Wurzelreizung L5/S1 rechts (ICD-10: G55.2); Spondylarthrose der LWS (ICD-10: M47.86), Neuralgie und Neuritis links (ICD-10: M79.25), V. a. Polyneuropathie (ICD-10: G62.9), sowie die Diagnosen Schlafapnoe (ICD-10: G47.3), Z. n. Hüftgelenks-Ganglion links (ICD-10: M67.45), Diabetes mellitus (ICD-10: E14.90), Z. n. Coxarthrosis links (ICD-10: G62.9), Blasenstörung (ICD-10: N32.9; IVSTA-act. 66). In ihrem Bericht vom 12. März 2018 hielt Dr. B. _____ - unter Nennung derselben Diagnosen - fest, dass keine wesentliche Befundänderung bestehe (vgl. IVSTA-act. 78). Am 30. April 2018 diagnostizierte Dr. B. _____, zusätzlich zu den zuvor gestellten Diagnosen, Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.2), einen V. a. medikamentöse Kopfschmerzen (ICD-10: G44.4), Erschöpfung (ICD-10: R53) und ein HWS-Syndrom (ICD-10: M54.2; IVSTA-act. 80). Da die genannten Berichte nicht richtig geordnet wurden (IVSTA-act. 66 in unvollständig; S. 2 von IVSTA-act. 78 gehört nicht zu S. 1 von IVSTA-act. 78, sondern mutmasslich zu S. 1 von IVSTA-act. 80; S. 2 von IVSTA-act. 80 gehört nicht zu S. 1 von IVSTA-act. 80, sondern mutmasslich zu IVSTA-act. 66) lässt sich der Verlauf gemäss den genannten Berichten nicht eindeutig nachvollziehen. Mit Arztzeugnis vom 2. August 2018 stellte Dr. B. _____ neben den bereits bekannten Diagnosen des Spannungskopfschmerzes (ICD-10: G44.2) und des HWS-Syndroms (ICD-10: M54.2) die Diagnosen Funktionsstörungen/Schmerzen durch Gelenksfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder K; IVSTA-act. 129). Unter Angabe der bekannten Diagnosen hielt Dr. B. _____ in ihrem Bericht vom 18. Februar 2019 schliesslich fest, eine gestufte Wiedereingliederung habe bei 4 Stunden täglich im Februar abgebrochen werden müssen. Der Versicherte sei derzeit noch nicht wieder voll leistungsfähig. Die Amitriptylin Medikation mit 75 mg werde weitergeführt, gegebenenfalls sei eine gestufte Wiedereingliederung nach Klärung/Stabilisierung sinnvoll (IVSTA-act. 97).

E. 7.3

Der RAD-Arzt Dr. C. _____ fasste in seinem Bericht vom 4. Dezember 2019 (IVSTA-act. 140) - gestützt auf die bisherigen Arztberichte - die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wie folgt zusammen: - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen (ICD-10: M47.8): intermittierende (pseudo-) radikuläre Ausstrahlungen - Leberzirrhose (ICD-10: K70.3): - Diagnosestellung im Jahr 2013; - portale Hypertension mit: 1) Ösophagusvarizzen Grad II, bekannt seit Februar 2017; a) Zustand nach Ösophagus-Varizzenblutung am 20. Dezember 2018 mit Ligatur; b) Zustand nach Ligatur von Ösophagusvarizzen am 26. März 2019; 2) Hypersplenismus mit Bizytopenie, hypertensive Gastropathie; - Zustand nach

Sooroesophagitis im Februar 2017 und März 2019 - Diabetes mellitus Typ II, sekundär insulinpflichtig (ICD-10: E11) - Coxarthrose links (ICD-10: C16.1): Zustand nach Hüfttotalprothese im November 2015 - Klinischer Verdacht auf chronisch koronare Herzkrankheit (ICD-10: I25): Belastungs-Angina und -Dyspnoe Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Folgende: - Schlafapnoesyndrom: unter Therapie mit A-CPAP - Zustand nach Adenomabtragungen im Colon - Colon irritabile - Basalkarzinom am Rücken unten links: Zustand nach Exzision am 17. Mai 2018 - Zustand nach Lungenunterlappenresektion rechts bei Bronchiektasen und Abszess im 10/2002 Weiter hielt er fest, in der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20% ab 22. Oktober 2010, von 30% ab 2013 und von 80% ab dem 20. Dezember 2018. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20% seit dem 20. Dezember 2018. Insgesamt ergebe sich im Verlauf der Jahre eine progressive Reduktion der körperlichen Belastbarkeit und somit der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Arbeit. Eine angepasste Verweisungstätigkeit erscheine ihm mit einer leichten Reduktion weiterhin zumutbar.

E. 7.4.1

Am 9. Januar 2020 fand beim Versicherten erneut eine Gastroskopie statt. Es erfolgte ein 5-faches Varizenbanding bei Ösophagusvarizen Grad II-III nach Paquet mit red spots als Risikozeichen (vgl. nicht richtig geordnete Unterlagen in IVSTA-act. 143-145).

E. 7.4.2

Am 28. März 2020 ergänzte Dr. C. _____ seinen Bericht dahingehend, dass aufgrund einer beidseitigen und nicht nur einseitigen Coxarthrose vermehrte Einschränkungen des Bewegungsapparates vorlägen. Er stufte sodann die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ab 20. Dezember 2018 in der angestammten Tätigkeit neu auf 100% und in einer angepassten Tätigkeit neu auf 30% ein (IVSTA-act. 150).

E. 7.4.3

Dr. B. _____ führte am 16. Juni 2020 aus, dass sich der Versicherte am 2. April 2019 zuletzt in ihrer ambulanten Behandlung befunden habe. Im ersten Quartal 2019 sei der Versicherte aufgrund der bei ihm bestehenden komplexen Erkrankungssituation mit sowohl somatischen als auch psychiatrischen gesundheitlichen Problemen für seine letzte Tätigkeit als Koch bereits zu 100% arbeitsunfähig gewesen. In dieser Phase habe auch für anderweitige leichte und mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine unterhalbschichtige maximale Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit schon im Hinblick auf die depressive Symptomatik, Konzentrationsprobleme, eine Antriebsstörung und erhebliche reduzierte psychische Belastbarkeit bestanden (IVSTA-act. 160). Dr. E. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, berichtete am 24. Juni 2020, eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit lediglich mit einer Ursache zu begründen, sei nicht möglich, da letztlich eine ganze Reihe von körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess ausgemacht hätten. Eine Tätigkeit in einer Grossküche sei wegen der Diabeteserkrankung, der Lebererkrankung, einer zu geringen Resilienz gegenüber Stress, der Blutungsgefahr der Ösophagusvarizen, der Rücken- und Schulterbeschwerden und der Beschwerden durch die stetige Speiseröhrentzündung nicht realistisch, auch nicht zu 30%. Eine Tätigkeit z.B. als Portier zu 30%, allerdings nicht in einem Schichtbetrieb und ohne Nachtdienst, wäre körperlich evtl. zumutbar, doch die Sprachbarriere spreche dagegen (IVSTA-act. 161).

E. 7.5

Der RAD-Arzt Dr. C. _____ hielt in seinem Bericht vom 16. Juli 2020 ergänzend zu seinen Berichten vom 4. Dezember 2019 und 28. März 2020 mit Bezug auf die vom Beschwerdeführer erhobenen Einwände im Wesentlichen fest, das Nennen von psychischen Problemen bedeute nicht automatisch, dass ein eigenständiges psychiatrisches Leiden vorliege, welches die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränke. Im vorliegenden Fall seien die Probleme im März 2018 erwähnt worden und würden im Austrittsbericht vom März 2019 fehlen. In Letzterem werde erwähnt, dass der Versicherte bis auf die bereits im Januar geschilderten Symptome mit Reflux und chronischen Rückenschmerzen beschwerdefrei sei. Die Angabe, der Versicherte sei lediglich zu 30% arbeitsfähig, entspreche nicht seiner effektiven Beurteilung, sondern dem Ausgang des Einkommensvergleichs. Die Einschätzung, dass der Versicherte ein 70%-Pensum in einer angepassten Tätigkeit bewältigen könne, sei am 24. Juni 2020 im Übrigen auch von Dr. E. _____ bestätigt worden (IVSTA-act. 164). Der RAD-Arzt Dr. D. _____ führte in seinem Bericht vom 16. September 2020 als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) auf und gab an, der Versicherte stehe seit einem Jahr nicht mehr in Therapie. Die Medikation wie auch die Diagnostik habe sich all die Jahre nicht verändert. Es sei nicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Sicherlich sei der Versicherte durch seine somatischen Beschwerden belastet, doch bestehe kein eigentlicher selbständiger psychiatrischer Gesundheitsschaden, der für sich eine Arbeitsfähigkeit begründen würde. Der Versicherte habe mit denselben Diagnosen und derselben Medikation arbeiten können. Es sei nie eine psychiatrische Hospitalisation erwogen worden. Bei der Psychotherapie handle es sich somit um eine stützende Psychotherapie. Aus rein psychiatrischer Sicht bestünden keine funktionellen Einschränkungen. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit gab der RAD-Arzt an, der Versicherte sei in der bisherigen Tätigkeit immer zu 0% arbeitsunfähig gewesen (IVSTA-act. 166).

E. 7.6

Ergänzend ist festzuhalten, dass die im Laufe des Verfahrens vor Bundesverwaltungsgericht eingereichten ärztlichen Berichte aus dem Jahre 2022 (vgl. Sachverhalt Bst. E.g und E.h) im Wesentlichen zeigen, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich neben seinen bisherigen Beschwerden wegen eines Nabelbruchs und einer Hepatitis A-Infektion hospitalisiert werden musste. Ferner wurden Abklärungen für eine Lebertransplantation eingeleitet (BVGer-act. 21 und 22 je mit Beilagen). Diese nachträglichen Entwicklungen sind im vorliegenden Beschwerdeverfahren, das einzig die Zeit vor dem 1. Oktober 2020 betrifft, nicht massgeblich (vgl. vorne E. 3.3).

E. 7.7

Aus den vorangehend aufgeführten Berichten der behandelnden (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte sowie den Ausführungen der involvierten RAD-Ärzte ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenablehnenden Verfügung vom 20. September 2005 klarerweise verschlechtert hat. Vor Bundesverwaltungsgericht ist - wie bereits zuvor erwähnt (vgl. E. 7.2) - einzig umstritten, ob der Beschwerdeführer in einer gemäss den von der Vorinstanz festgestellten Einschränkungen angepassten Tätigkeit seit dem 21. Dezember 2018 noch zu 70% (Meinung der Vorinstanz) oder weniger (Meinung des Beschwerdeführers) arbeitsfähig ist.

E. 8.1

Die Vorinstanz stützt sich für die Prüfung der vorliegend strittigen Frage der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auf die beiden jüngsten RAD-Berichte (IVSTA-act. 164 166). Es ist daher deren Beweistauglichkeit zu prüfen (E. 5.7).

E. 8.1.1

Der RAD-Arzt Dr. C._____ attestiert in seinem Bericht vom 16. Juli 2020 (IVSTA-act. 164) eine Arbeitsunfähigkeit von 30% in einer leidensangepassten Tätigkeit. Im Weiteren weist er darauf hin, dass diese Angabe nicht seiner effektiven Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit entspreche, sondern dem Ausgang des Einkommensvergleichs. Der Einkommensvergleich bzw. die damit einhergehende Feststellung des Invaliditätsgrades ist jedoch der Vorinstanz vorbehalten (vgl. E. 5.2). Soweit der RAD-Arzt aus der Bemessung der Invalidität vom 9. April 2020 (IVSTA-act. 152) einen Rückschluss auf die Arbeitsunfähigkeit in medizinischer Hinsicht vornimmt, liegt somit eine fehlerhafte Sachverhaltsermittlung vor und kann nicht auf den Bericht vom 16. Juli 2020 abgestellt werden. Auch der im gleichen RAD-Bericht enthaltene Hinweis von Dr. C._____ auf den Bericht von Dr. E._____ (Hausarzt) vom 24. Juni 2020 (IVSTA-act. 161), wonach Letzterer ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 30% als gegeben erachte, erweist sich mit Blick auf den Bericht von Dr. E._____ als unzutreffend, spricht dieser doch von einer Arbeitsfähigkeit von 30% oder weniger. Es kann offenbleiben, ob der RAD-Arzt oder der Hausarzt möglicherweise einem Irrtum betreffend die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit unterliegt. Rechtsprechungsgemäss (vorne E. 5.7) kann im Falle eines Widerspruchs der RAD-Bericht vom 16. Juli 2020 nicht als beweistauglich betrachtet werden.

E. 8.1.2

In seinem Bericht vom 16. September 2020 (IVSTA-act. 166) verweist der RAD-Psychiater auf die aktenkundigen psychiatrischen Berichte vom 14. September 2016 (IVSTA-act. 66), 12. März 2018 (IVSTA-act. 78), 30. April 2018 (IVSTA-act. 80), 18. Februar 2019 (IVSTA-act. 97) und vom 16. Juni 2020 (IVSTA-act. 160), die alle von der behandelnden Psychiaterin ausgestellt worden seien und als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, leichtgradig bis mittelgradig (ICD-10: F33.0/1), sowie eine Angststörung mit Panikattacken (ICD-10: F41.0) ausweisen würden. Der RAD-Psychiater zieht aus dem aufgeführten Krankheitsverlauf und der gleichbleibenden Medikation sowie der fehlenden Hospitalisierung wegen psychischer Belastung, insbesondere aber aufgrund der offenbar im Frühling 2019 beendeten Behandlung den Schluss, dass in psychiatrischer Hinsicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei und keine funktionellen Einschränkungen bestehen würden. Diese Ausführungen vermögen zwar für die Zeit nach der letzten Behandlung zu überzeugen, retrospektiv stehen sie jedoch im Widerspruch zur Einschätzung der behandelnden Psychiaterin. Infolgedessen und weil es auch an einer Standardindikatorenprüfung gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung fehlt kann auch nicht ohne Weiteres auf den RAD-Bericht von Dr. D._____ abgestellt werden.

E. 8.2

Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit lässt sich auch nicht aus den weiteren aktenkundigen Arztberichten bzw. medizinischen Urkunden zuverlässig ermitteln, da diese sich dazu entweder nicht äussern oder den RAD-Berichten vom 16. Juli 2020 und vom 16. September 2020 widersprechen (vgl. E. 7.2-7.4 bzw. IVSTA-act. 55-143). Da die

vorliegenden Arztberichte aus Deutschland sodann verschiedene Fachgebiete anbelangen (insbesondere innere Medizin, Orthopädie/Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie) und zudem bereits im Zeitpunkt der rentenverneinenden Verfügung vom 1. Oktober 2020 wiederum Beschwerden vorlagen, die mehrere medizinische Fachgebiete betreffen, ist eine entsprechend umfassende Abklärung des Sachverhalts in Form eines polydisziplinären Gutachtens erforderlich, um die gesamtmedizinische Situation - insbesondere mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit in einer dem gesundheitlichen Leiden des Beschwerdeführers angepassten Tätigkeit - rechtsgenügend zu erfassen (vgl. auch Urteile des BVGer C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.7, C-4344/2019 vom 7. Dezember 2020 E. 4.3). Eine solche wurde bis heute nicht vorgenommen, weshalb der Sachverhalt auch aus diesem Grunde nicht rechtsgenügend erstellt ist.

E. 9.1

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn wie vorliegend im aktuellen Neuanmeldeverfahren noch keine interdisziplinäre Begutachtung durchgeführt wurde. Überdies würde dem Beschwerdeführer mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteile des BVGer C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 E. 5.1, C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1). Schliesslich ergeben sich bei aufmerksamem Studium der vorinstanzlichen Akten Hinweise darauf, dass die medizinischen Akten unvollständig sind (vgl. z.B. den Verweis in IVSTA-act. 76 auf einen nicht aktenkundigen ausführlichen Bericht resp. die in IVSTA-act. 67 und 68 erwähnten, nicht aktenkundigen Voruntersuchungen). Überdies sind die medizinischen Unterlagen in den Akten der Vorinstanz teilweise nicht richtig geordnet (vgl. unter anderem die Hinweise zu den nicht richtig geordneten Akten in E. 7.2 und E. 7.4). Es ist Aufgabe der Vorinstanz, ein vollständiges und nachvollziehbar geordnetes Aktendossier über das Verfahren zu führen, unter anderem um bei einem Weiterzug diese Unterlagen an die Rechtsmittelinstanz weiterleiten zu können (vgl. zur Aktenführungspflicht BGE 138 V 218 E. 8.1.2).

E. 9.2

Die Vorinstanz ist anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten sowie insbesondere nach deren sachgerechter und nachvollziehbarer Ordnung eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen, wobei auch die erst auf Beschwerdeebene eingereichten medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen sind. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (wobei die psychiatrische Abklärung die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281] zu berücksichtigen hat) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, 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_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 m.H.; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8). Das Gutachten hat sich zudem ausreichend zum neu anmelderechtlichen Beweisthema - erhebliche Änderung des Sachverhalts - zu äussern (vgl. Urteil des BGer 9C_137/2017 vom 8. November 2017 E. 3.1; Urteil des BVGer C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 E. 5.2).

E. 9.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (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 (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9; Urteil des BVGer C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 E. 5.3).

E. 9.4

Im Ergebnis ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 1. Oktober 2020 aufzuheben. Die Sache ist sodann in Gutheissung des Eventualantrags an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 10

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG i. V. m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Kenntnisse des Rechtsvertreters aus dem vorinstanzlichen Einwandverfahren, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteientschädigung von pauschal CHF 2'800.- angemessen (vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m.

Art. 10 Abs. 2 VGKE). Der unterliegenden Vor-Instanz ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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