

# **BVGer C-5481/2021 vom 18. September 2023**

Bundesverwaltungsgericht, 2023-09-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5481\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5481_2021)

FR: TAF C-5481/2021 du 18 septembre 2023

IT: TAF C-5481/2021 del 18 settembre 2023

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021; [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (BVGer-act. 4), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 1.2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 16. November 2021, mit der die Vorinstanz den vom Beschwerdeführer mit Neuanschuldung vom 10. Juni 2020 (vgl. Sachverhalt Bst. C.e) geltend gemachten Anspruch verneint hat. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang

C-5481/2021 Seite 7 insbesondere, ob die vom Beschwerdeführer eingereichten ärztlichen Unterlagen in rechtsgenügender Hinsicht belegen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Rentenentscheid vom 19. November 2019 verschlechtert hat, respektive ob der Sachverhalt vollständig abgeklärt ist (vgl. dazu auch nachfolgend E. 6.1). Nicht zu prüfen ist demgegenüber, ob die Vorinstanz zu Recht auf die Neuanschuldung vom 10. Juni 2020 eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b; vgl. dazu auch nachfolgend E. 4.5.3 und E. 6.1).

### **E. 2.1**

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. 2.2**

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, je m.H.). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des BGer 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist schweizerischer Staatsangehöriger und wohnt in Österreich, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, C-5481/2021 Seite 8 als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (16. November 2021) finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen und per 1. Januar 2015 revidierten Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich 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**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 16. November 2021 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März

2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretene Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) finden demnach noch keine Anwendung (vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den

C-5481/2021 Seite 9 Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007– 1010).

### **E. 3.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. November 2021) eingetretenen Sachver- halt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwal- tungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 4.1**

Zunächst sind nachfolgend die gesetzlichen Grundlagen sowie die massgebenden Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen.

### **E. 4.2**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG; vgl. E. 4.3 hier- nach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehe- nen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversiche- rung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als dreier Jahre AHV/IV-Beiträge geleistet (vgl. dazu IVSTA-act. 76 S. 2 ff.), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt ist.

### **E. 4.3**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidi- tät kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körper- lichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zu- mutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teil- weise 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 Erwerbsunfä- higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchti- gung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte,

C-5481/2021 Seite 10 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. 4.4**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente. 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 völkerrechtliche 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. 4.5**

Bei einer Neuanschuldung (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) der versicherten Person nach einer früheren Leistungsverweigerung sind die Revisionsregeln analog anwendbar (BGE 134 V 131 E. 3; 117 V 198 E. 3a).

##### **E. 4.5.1**

Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Nach Art. 88a Abs. 1 resp. Abs. 2 IVV ist bei einer Verbesserung resp.

C-5481/2021 Seite 11 Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung resp. Erhöhung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. dazu BGE 133 V 67 E. 4.3.3).

##### **E. 4.5.2**

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. 4.5.3**

Nach Eingang einer Neuanschuldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Das Gericht hat die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, d.h. wenn die Verwaltung Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanschuldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2a). 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. 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 130 V 71 E. 3.2.2 f.; 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1). Dabei sind die im Revisionszeitpunkt geltenden Regeln und Massstäben zu berücksichtigen (vgl. dazu BGE 141 V 9 E. 2.3; THOMAS FLÜCKIGER, in: Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 17 N 18 f.).

C-5481/2021 Seite 12 Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Veränderung muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein (Urteil des BGer 9C\_698/2012 vom 3. Mai 2013 E. 2.3). Ist in diesem Sinne ein Revisionsgrund vorliegend, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhaltes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteile des BGer 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1; 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1.).

### **E. 5.1**

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). Sodann hängt der Beweiswert eines zwecks Ren-

tenrevision bzw. Neuanschuldung erstellten Gutachtens wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das entsprechende Beweisthema – die erhebliche Änderung des Sachverhalts bzw. effektive Veränderung des Gesundheitszustandes – bezieht (Urteil des BGer 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 mit Hinweisen; Urteil des BVerfG C-924/2020 vom 31. Oktober 2022 E. 5.7.2). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BVerfG 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 5.2**

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei

C-5481/2021 Seite 13 insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). 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 BVerfG 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom

### **E. 5.3**

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 den 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

C-5481/2021 Seite 14 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 BVerfG 8C\_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinernen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Hingegen lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu

nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C\_338/2016] E. 5.5; Urteil des BGer 9C\_654/2015 vom 10. August 2016 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.1). Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt (oder ungewürdigt) geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C\_338/2016] E. 5.5; SVR 2008 IV Nr. 15 [I 514/06] E. 2.1.1; Urteile des BGer 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2; 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1).

#### **E. 5.4**

Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BVGer C-3377/2016 vom 28. März 2017 E. 4 mit Hinweisen). Mit Blick auf den österreichischen Rentenbescheid der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle Oberösterreich, vom 18. März 2020 (IVSTA-act. 85), mit welchem die österreichische Sozialversicherung festgestellt hat, eine Wiederbegutachtung habe ergeben, dass die Invalidität des Beschwerdeführers voraussichtlich dauerhaft vorliege, und dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Mai 2020 Anspruch auf Invaliditätspension habe, sowie die entsprechende Rentenverfügung vom 29. Mai 2020

C-5481/2021 Seite 15 (IVSTA-act. 106), mit welcher die Höhe der Rente des Beschwerdeführers und der Zusatzrente für seine Tochter beziffert wurden, ist vorab festzuhalten, dass der Versicherte daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten kann, denn sein allfälliger Rentenanspruch bestimmt sich alleine aufgrund der schweizerischen Bestimmungen (vgl. E. 3.1 hiervor). Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2; Urteil des BVGer C-3377/2016 vom 28. März 2017 E. 4 mit Hinweisen). 6. 6.1 Nachfolgend ist als nächstes zu prüfen, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist resp. ob die Vorinstanz diese Frage in rechtsgenügender Weise materiell abgeklärt hat (vgl. E. 4.5.3 und auch E. 1.2 hiervor). Die dafür massgeblichen zeitlichen Referenzpunkte (vgl. E. 4.5.2 hiervor) sind einerseits der 19. November 2019 (IVSTA-act. 77; Datum der letzten rechtskräftigen Verfügung, welcher eine rechtsgenügende materielle Beurteilung zu Grunde lag) und andererseits der 16. November 2021 (IVSTA-act. 165 = BVGer-act. 1 Beilage 2; Datum der vorliegend angefochtenen Verfügung). 6.2 Die erste Verfügung vom 19. November 2019 (IVSTA-act. 77) beruht auf der Feststellung, dass der Beschwerdeführer seit seinem Herzinfarkt am 4. Dezember 2017 in seiner angestammten Tätigkeit als Boden- und Fliesenleger zu 100% arbeitsunfähig ist. In einer angepassten Verweistätigkeit (unter Berücksichtigung folgender funktioneller Einschränkungen: vollschichtige, wechselbelastende Tätigkeiten mit einer maximalen Traglast von 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten und ohne Überkopfarbeiten) sei er nach seiner Rekonvaleszenz seit dem 23. Juli 2018 vorerst vollumfänglich arbeitsfähig gewesen, bei einer Erwerbseinbusse von 17%. Aufgrund einer

Wundheilungsstörung mit Ausbildung einer sterilen Osteomyelitis und Fistelbildung, welche eine am 18. April 2019 durchgeführte Sternotomie mit Nekroseausräumung erforderlich machten, sei er ab diesem Datum vorübergehend wieder gänzlich arbeitsunfähig gewesen. Nach erneuter Rekonvaleszenz und abgeheilter Osteomyelitis sei er seit dem 1. August 2019 in der besagten Verweistätigkeit mit den vorerwähnten Einschränkungen wieder zu 100% arbeitsfähig. Die Erwerbseinkünfte betrage seither unter Berücksichtigung des Alters des Beschwerdeführers (55 im Jahre 2019) lediglich 22%.

C-5481/2021 Seite 16 Die Verfügung vom 19. November 2019 basiert gemäss den darin gemachten Ausführungen (vgl. Begründung in IVSTA-act. 74) im Wesentlichen auf folgenden ärztlichen Einschätzungen (in chronologischer Reihenfolge): - Krankenhausbericht des Klinikums F.\_\_\_\_\_ vom 26. April 2019 (IVSTA-act. 55) - Laborbefunde vom 2. Mai 2019, 9. Mai 2019 und 14. Mai 2019 (IVSTA-act. 56 bis 58) - Unfallchirurgisch-orthopädisches Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Unfallchirurgie und Arbeitsmedizin, vom 15. Juli 2019 (IVSTA-act. 64) - Internistisches Fachgutachten des Univ. Prof. MR Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (Spezialisierung nicht leserlich) vom 19. Juli 2019 (IVSTA-act. 65) - diverse Photos (IVSTA-act. 60). Daneben sind weitere medizinische Unterlagen aus dem Zeitraum vor der zweiten Operation vom 18. April 2019 aktenkundig (vgl. insbes. IVSTA-act. 5 bis 8 [= 38 und 46], 9 bis 11, 20, 25, 26 [= 40 und 48], 33, 34, 39 [= 47], 41 [= 49]). Kurzgefasst ging die Vorinstanz bei der ursprünglichen Rentenbefristung davon aus, dass der Beschwerdeführer nach seinem Herzinfarkt trotz der Bypässe in seiner angestammten Tätigkeit als Boden- und Fliesenleger dauerhaft vollständig arbeitsunfähig sei und die Wundheilungsstörung nach der Operation vom 18. April 2019 und einer dreimonatigen Abheilungsphase insoweit verheilt war, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. August 2019 in einer Verweistätigkeit zu 100% arbeitsfähig war. 6.3 6.3.1 Im Zusammenhang mit der Neuanmeldung (vgl. Sachverhalt C.e) stützt sich der Beschwerdeführer zum Nachweis seines veränderten Gesundheitszustandes auf folgende aktenkundige Unterlagen (in chronologischer Reihenfolge): - Herz-Thoraxchirurgischer Befund und Gutachten zuhanden des Sozialgerichts (...) von Univ. Prof. DDr. I.\_\_\_\_\_, Sachverständiger für Chirurgie, Herz, Thorax Gefässchirurgie, vom 31. Oktober 2019 (IVSTA-act. 79 = IVSTA-act. 98 = BVGer-act. 10 Beilage 2), das auf einer persönlich durchgeführten Untersuchung des Versicherten am 10. Oktober 2019 beruht: Dieses Gutachten erwähnt als aktuelle Beschwerden weiterhin ein Brennen und eine Spannung im Wundbereich sowie Schmerzen bei Bewegung. Bücken sei schmerzbedingt nicht möglich. Erwähnt wird auch, dass eine orthostatische Reaktion sowie eine deutliche Depression vorliegen würden. In der Gesamtbeurteilung kommt der Gutachter zum Schluss, eine neue CT Untersuchung des Thorax sowie der Lunge und des Herzens vom 10. Oktober 2019 habe eine wesentliche Neueinschätzung der in den Akten dargestellten Befundung und Gutachten ergeben. Entgegen der Annahme einer Sanierung des Brustbeins und der chronischen Infektion zeige die Bildokumentation noch immer ein stark verändertes Bild. Die subjektiv geäusserten Beschwerden seien daher glaubhaft und objektivierbar, ebenso, falls notwendig in einem weiteren psychiatrischen Gutachten bestätigt, die reaktive Depression und die post-traumatische Befindungsstörung. Die Prognose des Zustandsbildes und der

C-5481/2021 Seite 17 Leistungsfähigkeit sei – so der Gutachter – aus herzchirurgischer Sicht – neben dem nicht sanierten Brustbein, das wahrscheinlich einen neuen Eingriff zur Stabilisierung und eine Interposition eines Pectoralislappens notwendig mache – dadurch

beeinflusst, dass der wichtige Bypass, nämlich die LIMA zur LAD, zumindest funktionell verschlossen sei und dadurch ein grosser Anteil des Herzmuskels unterversorgt sein könne, was das Kalkül der Leistungsfähigkeit des Patienten massiv verändere. Es seien weitere diagnostische Massnahmen und ein Therapiekonzept notwendig. Im beigegeführten CT-Befund wird diesbezüglich erwähnt, dass die LIMA ad LAD im CT mit Kontrastmittel nicht kontrastiert habe und daher offenbar verschlossen sei. Zum Vergleich wird sodann auf einen CT-Befund vom 2. November 2018 verwiesen, welcher ebenfalls beiliegt. - Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2019 (IVSTA-act. 99), worin sie in ihrem Fachgebiet eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert und ausführt, dass die medizinische Symptomatik sehr komplex sei aufgrund der Wundheilungsstörung, der koronaren Symptomatik und der verschleppten Osteomyelitis, was zu einer depressiven Entwicklung mit Lebensüberdrüssigkeit geführt habe, aber auch zu Existenzsorgen. Im Psychostatus führt sie aus, es bestehe eine Stimmung mit ständigem Gedankenkreisen über die organische, körperliche Symptomatik, die Stimmung sei ins Negative verschoben, es würden besonders Existenz- und Gesundheitsängste bestehen, die aber nachvollziehbar und realistisch seien, jedoch inhaltlich darauf eingeengt; ferner bestehe eine ausgeprägte Schlafstörung. Nachdem der Versicherte das früher verschriebene Sertralin (vgl. hierzu den früheren Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 25. September 2019 in IVSTA-act. 97) abgesetzt habe, weil es ihm (zwischenzeitlich) wieder besser gegangen sei, werde nun mit Trittico 75mg 1 x 1 begonnen. - Fachärztliches Gutachten zuhanden des Sozialgerichts (...) von Dr. med. univ. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, vom 29. Januar 2020 (IVSTA-act. 80 = IVSTA-act. 100 = IVSTA-act. 105), das auf einer persönlich durchgeführten psychiatrischen und neurologischen Untersuchung des Versicherten am 17. Januar 2020 beruht: Der Gutachter diagnostiziert darin eine depressive Störung, mittelgradig ausgeprägt als Anpassungsstörung, eine Lumbalgie bei bekanntem Diskusprolaps L5/S1, ohne radikuläre Schmerzausstrahlung und ohne neurologisches Defizit, sowie einen leichtgradigen Kopfwackeltremor. Der Gutachter erläutert seine Diagnosen und führt hierbei unter anderem aus, beim Versicherten bestehe eine deutlich ausgeprägte, derzeit mittelgradige depressive Störung mit Antriebslosigkeit, vermehrtem Grübeln, Niedergeschlagenheit, wenig Energie, sozialem Rückzug und einer Schlafstörung. Die Symptomatik bestehe als depressive Anpassungsstörung bei einem Zustand nach Myocardinfarkt im Dezember 2017 mit anschliessender 3-fach-Bypassoperation. Es habe auch eine Wundheilungsstörung aufgrund der Sternotomie mit daraus resultierenden chronischen Schmerzen im Brust- und Rückenbereich bestanden. Hinsichtlich der kardialen Situation sei Ende 2019 ein neuerlicher Verschluss eines Gefässes festgestellt worden. Diesbezüglich bestehe derzeit ein konservatives Vorgehen und Observanz. Eine neuerliche Untersuchung hinsichtlich eines weiteren Eingriffes sei geplant, was für den Versicherten eine zusätzliche Belastung darstelle. Laut anamnestischen Angaben sei der Versicherte wegen der depressiven Symptomatik in Therapie mit Trittico mit relativ niedriger Dosierung. Der letzte Befund der behandelnden Psychiaterin stamme vom Dezember 2019.

6.3.2 Am 8. Juni 2020 fand im Klinikum F. \_\_\_\_\_ eine Laboruntersuchung statt, über die der Oberarzt der Abteilung für innere Medizin I, Gastroenterologie und Hepatologie, Rheumatologie, Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen, Dr. L. \_\_\_\_\_, am 15. Juni 2020 Bericht erstattete (IVSTA-act. 116). Dieser rät vor dem Hintergrund einer Progredienz der koronaren Herzerkrankung und den erhöhten Cholesterinwerten sowie aufgrund verschiedener Unverträglichkeiten zur Einnahme von Ezetimib,

C-5481/2021 Seite 18 bevor eine Medikation mit einem PCSK9-Hemmer erfolgen könne (Depot- spritze wegen Bypassverschluss vgl. dazu IVSTA-act. 115 S. 11). Am 29. Juni 2020 rapportierte Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiolo- gie, über ein CT der LWS (L3 bis S1 mit zusätzlicher Darstellung des Os sacrum und des Os coccygis), wobei im Bereich L5/S1 ein Bandscheiben- prolaps mit intraforaminärer Bedrängung der Nervenwurzel L5 beidseits er- wähnt und im L3/L4- bzw. L4/L5-Bereich unter anderem eine leicht- bis mit- telgradige bzw. mittelgradige Facettengelenksarthrose teilweise mit Band- scheibenprotrusion bis nach intraforaminär auslaufend festgestellt wurde (IVSTA-act. 117 = IVSTA-act. 125). Am 18. August 2020 wurden ein MRT der Sternum-Clavicular-Gelenke und ein CT des Sternums durchgeführt, wobei Dr. N.\_\_\_\_ (Spezialisierung unbekannt) – vidiert von Dr. O.\_\_\_\_\_ – gestützt auf das MRT auf unauf- fällige Sternoclaviculargelenke schliesst, aufgrund der Drahtcerclagen das Sternum als nicht beurteilbar betrachtet und keine sicheren Anhaltspunkte für parasternale Abszedierungen zu erkennen vermag; gestützt auf das CT kommt er zum Schluss, dass die Sternotomie nur teilweise knöchern durch- baut sei und eine postentzündliche Osteolyse im Corpus sterni mit einer Gesamtlänge von etwa 28 mm imponiere, womit der Hinweis auf eine ent- zündliche Einschmelzung (Differenzialdiagnose: postoperativer Defekt) ohne angrenzende Weichteilabszesse, mit intakten Acromioclavicularge- lenken bestehe (IVSTA-act. 118). Aktenkundig ist sodann ein im Auftrag des Beschwerdeführers erstelltes Privatgutachten seines behandelnden Arztes, Dr. P.\_\_\_\_\_, Arzt für All- gemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin, Sachverständiger für Allge- meinmedizin und innere Medizin, vom 24. August 2020 (IVSTA-act. 119 = IVSTA-act. 127), demgemäss der Versicherte seit April 2020 in dessen re- gelmässiger Behandlung ist. Darin führt der Arzt aus, obwohl der Bypass verschlossen sei, klage der Versicherte über keine Thorax-Schmerzen im Sinne einer angina pectoris bei normaler Belastung im Alltag; die subjektive Belastbarkeit sei dadurch aber deutlich reduziert. Eine Re-Operation des Bypasses sei mit einem hohen Risiko verbunden und stelle die ultima ratio dar. Aufgrund der Wundheilungsstörungen und dem osteolytischen Pro- zess am Sternum bestünden permanente ziehende und bohrende Schmer- zen im Sternum und auch zirkulär um den Thorax sowie beim Heben der Arme. Diese würden den Versicherten bei fast allen Tätigkeiten belasten und die Beweglichkeit der Schulter und der Oberen Extremitäten schmerz- haft einschränken. Die Region des Brustbeines sei druckempfindlich und

C-5481/2021 Seite 19 verursache Schlafstörungen und Dyspnoe. Da bei der Medikation der Fett- senker immer wieder Beinschmerzen, Schwellungen und Juckreiz aufge- treten seien, sei die Therapie mehrfach gewechselt worden. Der Versi- cherte habe auch Ezetimib nicht vertragen. Die Monotherapie mit Sortis sei nicht ausreichend, eine PSCK9-Therapie könne begonnen werden. Der Privatgutachter verneint sodann eine Arbeitsfähigkeit unter normalen Um- ständen; eine Rückkehr in den alten Job sei nicht möglich. Es bestehe ein hohes Risiko eines Reinfarkts bei verstärkter Belastung durch den ver- schlossenen Bypass inkl. Absturzgefahr bei Exposition. Bei einer risikoar- men Tätigkeit seien das Heben von Lasten von über 4 kg, langes Stehen oder Einseitigkeit, Lärm, Stress oder Schichtdienst zu vermeiden. 6.3.3 Der RAD-Arzt, Dr. C.\_\_\_\_\_, negiert in seiner Stellungnahme vom 16. April 2020 (IVSTA-act. 84) die Aussagekraft der beiden ausländischen Gutachten zuhanden des österreichischen Sozialgerichts, insbesondere die darin gestellten Diagnosen: Eine floride Osteomyelitis nur mittels CT zu beurteilen ohne Angaben von serologischen Entzündungstests, sei nicht statthaft; ebenfalls nicht statthaft sei eine Aussage mittels CT über einen Verschluss eines Herzkranzgefässes oder eines Bypasses. Zudem er- wähne der

untersuchende Thoraxexperte selbst, dass er nicht alle Akten zur Verfügung gehabt habe. Die psychiatrische Diagnose einer depressiven Störung, mittelgradig ausgeprägt als Anpassungsstörung bei Zustand nach Myokardinfarkt 2017 und anschliessendem Mehrfachbypass und postoperativen Problemen der Sternotomie enthalte zwei verschiedene psychische Störungen gemäss ICD-10 und sei so ebenfalls nicht statthaft. Das angeführte Hauptsymptom der Schlafstörung sei zudem bereits vor der Herzoperation vorhanden gewesen. In seiner zusätzlichen Stellungnahme vom 9. August 2021 (IVSTA-act. 157) kommt Dr. C. \_\_\_\_\_ bei der Beurteilung der weiteren Berichte in somatischer Hinsicht zusammenfassend zum Schluss, dass die ausländischen ärztlichen Beurteilungen aus den Jahren 2020 und 2021 (vgl. dazu auch sogleich E. 6.3.4) lediglich frühere Befunde zusammenfassen oder bestätigen würden, weshalb von somatischer Seite keine neuen Elemente ersichtlich seien, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes plausibel erscheinen lassen würden. 6.3.4 Das von der IVSTA gestützt auf die Empfehlung des RAD-Psychiaters, Dr. D. \_\_\_\_\_, gegenüber der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle Oberösterreich in Auftrag gegebene «Ärztliches Gesamtgutachten für ausländischen Versicherungsträger» (IVSTA-act. 109 f. und 143) wurde der Vorinstanz von der ausländischen Verbindungsstelle am

C-5481/2021 Seite 20 29. April 2021 übermittelt (IVSTA-act. 144). Dieses datiert vom 22. März 2021 und wurde von Dr. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (IVSTA-act. 143), gestützt auf eine gleichentags durchgeführte persönliche Untersuchung sowie unter Berücksichtigung der im Gutachten zitierten medizinischen Unterlagen und Zusatzbefunde, einschliesslich des Privatgutachtens vom 24. August 2020, erstellt. Der psychiatrische Gutachter diagnostiziert darin eine reaktiv depressive Störung von längerer Dauer, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F321), sowie als Nebendiagnosen eine koronare Mehrgefässerkrankung; Zustand nach NSTEMI im Dezember 2017, Zustand nach aortakoronarer dreifach Bypass-Operation im Dezember 2017; eine chronische Wundheilungsstörung im Bereich der Brustbeinspaltung, Drahtcerclagenentfernung im Mai 2018; rezidivierende eitrige Inflammationen, weitreichende Wundrevision und Resternotomie, Recerclierung, Weichteilwunddeckung mit Pectoralplastik am 18. April 2019 (ICD-10: I259); eine arterielle Hypertonie (ICD-10: I10) und als weitere Diagnosen ein Lumbago mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in die rechte untere Extremität; Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom rechts; Kopfwackeltremor; Zustand nach Magenperforation 1982 und postoperativer Pulmonalembolie. In der Gesamtbeurteilung führt der Gutachter aus: Es bestehe bei einem Zustand nach aortakoronarer Bypass-Operation im Dezember 2017 nach NSTEMI und zwei nachfolgenden Eingriffen wegen Wundheilungsstörungen und rezidivierenden Infekten, zuletzt im April 2019, eine depressive Störung von längerer Dauer, die gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt sei. Im Vordergrund stünden subjektiv Existenzängste, Schlafstörungen, fehlende Belastbarkeit, eingeschränkte Ausdauer und sozialer Rückzug; auffällig sei eine leichte Gereiztheit. Es würden nach mehreren Brustbeinoperationen anhaltende Schmerzen in der Brust mit Ausstrahlung in das rechte Schulterblatt angegeben. Die wiederholten Gefühlsstörungen in der rechten oberen Extremität würden verdächtig auf ein Karpaltunnelsyndrom hinweisen. Ausserdem würden Lendenwirbelsäulenschmerzen mit wiederholter Ausstrahlung in die rechte untere Extremität berichtet, die bei degenerativen Veränderungen mit anderem Diskusprolaps L5/S1 nicht eindeutig radikulär zuordenbar seien. Im Vergleich zum psychiatrisch-neurologischen Sozialgerichtsgutachten vom 29. Januar 2020 sei hinsichtlich der depressiven Störung keine Besserung feststellbar. Aufgrund der Ausprä-

gung der depressiven Störung und der Leidenspotenzierung seien geregelte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weiterhin nicht möglich. Es seien maximal 3 Stunden täglich leichte körperliche Arbeiten ohne Zeitdruck zumutbar. Mit regelmässiger medikamentöser Therapie,

C-5481/2021 Seite 21 psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung könnte eine Besserung der depressiven Störung erreicht werden; mit physikalischer Therapie der Schmerzen. Das Gutachten ist mit einer Beurteilung des gesamten psychisch-geistigen Leistungsvermögens nach MELBA versehen. 6.3.5 Die ausländische Verbindungsstelle übermittelte gleichzeitig auch eine «Chefärztliche Stellungnahme für ausländischen Versicherungsträger, Erstantrag, Bestätigung des Gesamtleistungskalküls» der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle Oberösterreich, erstellt von Dr. R. \_\_\_\_\_ (Spezialisierung unbekannt) am 23. März 2021 (IVSTA-act. 142), mit welchem diese das Gutachten vom 22. März 2021 vidiert und schliesst, dass das Gesamtleistungskalkül des Versicherten nicht ausreicht für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für mehr als sechs Monate seit 24. November 2020, wobei eine Besserung ausgeschlossen sei und eine Dauerinvalidität bestehe. 6.3.6 Das Gutachten vom 22. März 2021 sowie dessen Vidierung vom 23. März 2021 werden vom IV-ärztlichen Dienst in der Folge als widersprüchlich oder nicht nachvollziehbar kritisiert und die darin geäußerte psychiatrische Diagnose und damit auch eine psychiatrische Komorbidität negiert (IV-ärztliche Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, FMH, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Juli 2021, IVSTA-act. 153). Diese Schlussfolgerung wird damit begründet, dass der Psychostatus vom 22. März 2021 – mit wenigen Abweichungen, die den Versicherten weniger krank erscheinen lassen würden – aus dem Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ abgeschrieben worden sei und mit Ausnahme der erwähnten mittel ausgeprägten Depressivität die gestellte Diagnose nicht zulasse. Zudem sei die psychiatrische Medikation für die genannte Diagnose viel zu gering. Es finde derzeit auch keine Therapie statt. Der Bericht gehe auf die Psychiatrie nicht hinreichend ein. 6.4 Es stellt sich die nachfolgend zu prüfende Frage, ob die Vorinstanz gestützt auf diese Akten tatsächlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen durfte, dass beim Beschwerdeführer keine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist (vgl. E. 4.5.3 hiervor). 6.4.1 Vorauszuschicken ist, dass das Herz-Thoraxchirurgische-Gutachten von Prof. Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2019 vor Erlass der ersten Rentenverfügung ergangen ist, dieses jedoch damals weder dem Versicherten noch der Vorinstanz zur Verfügung gestanden hat. Darin wird gestützt auf

C-5481/2021 Seite 22 persönliche Untersuchungen des Gutachters nachvollziehbar – insbesondere mit Verweis auf ein am 10. Oktober 2019 durchgeführtes CT, das mit einem früheren CT vom 2. November 2018 verglichen worden war – erklärt, weshalb auf einen zumindest funktionalen Bypassverschluss erkannt wird, wobei in transparenter Weise darauf hingewiesen wird, dass diesbezüglich weitere diagnostische Massnahmen notwendig sind (vgl. E. 6.3.1, erster Spiegelstrich, hiervor). Von einem erneuten Bypassverschluss scheint auch Dr. L. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. Juni 2020 auszugehen, rät er doch vor dem Hintergrund einer Progredienz der koronaren Herzerkrankung zu einer Anpassung der Behandlung der Hypercholesterinämie (vgl. E. 6.3.2, erster Absatz, hiervor). Sodann ergibt sich aus dem Privatgutachten von Dr. P. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2020, dass ein Dr. S. \_\_\_\_\_ im März 2020 eine Herzultraschalluntersuchung durchgeführt hat, die eine weiterhin eingeschränkte

Beweglichkeit in der Hinterwand, eine reduzierte Entspannungsfähigkeit des Herzens und eine geringe Klappeninsuffizienz sowie eine diffuse Verkalkung der Gefäße ergebn hat. Zudem wird im Gutachten vom 31. Oktober 2019 – ebenfalls mit Verweis auf die vergleichende CT am 10. Oktober 2019 – dargelegt, weshalb (anders als noch in der Verfügung vom 19. November 2019, in der von einer abgeheilten Osteomyelitis ausgegangen wurde [vgl. E. 6.2 hiervor]), das Brustbein des Beschwerdeführers nicht als abgeheilt betrachtet werden kann und ein erneuter Eingriff zur Stabilisierung wahrscheinlich erscheint. In seinem Befundbericht vom 18. August 2020 kommt auch Dr. N. \_\_\_\_\_ gestützt auf das CT des Sternums zum Schluss, dass eine postentzündliche Osteolyse im Corpus sterni mit Hinweis auf eine entzündliche Einschmelzung imponiere (vgl. E. 6.3.2, dritter Absatz, hiervor). In seinem Gutachten vom 29. Januar 2020 stellt der psychiatrische Gutachter Dr. med. univ. K. \_\_\_\_\_ ebenfalls gestützt auf persönliche Untersuchungen die Diagnose einer depressiven Störung (mittelgradig ausgeprägt als Anpassungsstörung). Erstmals wurde eine depressive Störung, d.h. konkret eine mittelschwere depressive Episode, seitens der behandelnden Psychiaterin, Dr. J. \_\_\_\_\_, in ihrem vom RAD in der Stellungnahme vom 29. August 2019 noch nicht berücksichtigten Bericht vom 25. September 2019 und erneut in ihrem Bericht vom 10. Dezember 2019 gestellt (IVSTA-act. 97 und 99). Dr. med. univ. K. \_\_\_\_\_ zieht nicht nur die von Dr. J. \_\_\_\_\_ gestellte Diagnose bei, sondern gibt auch den in ihrem Bericht vom 10. Dezember 2019 erhobenen psychiatrischen Befund wörtlich wieder (IVSTA-act. 80, S. 11 und 16 f.). Betreffend die bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 19. November 2011 bestehenden Schlafstörungen des Versicherten ist dem Gutachten auf S. 13 zu entnehmen, dass

C-5481/2021 Seite 23 der Versicherte durch die Gesamtsituation psychisch belastet sei. Diese Äusserung des psychiatrischen Spezialisten bezieht sich offenkundig auf die neuen Erkenntnisse des begutachtenden Thoraxspezialisten und die anstehenden weiteren Untersuchungen. Insoweit erweisen sich die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters als konsistent und nachvollziehbar. Die Schlussfolgerungen im psychiatrischen Gutachten vom 29. Januar 2020 werden durch das «Ärztliches Gesamtgutachten für ausländischen Versicherungsträger» von Dr. Q. \_\_\_\_\_ vom 22. März 2021 gestützt, welcher basierend auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers seinerseits eine reaktiv depressive Störung von längerer Dauer, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F321), diagnostiziert und festhält, im Vergleich zum psychiatrisch-neurologischen Sozialgerichtsgutachten vom 29. Januar 2020 sei hinsichtlich der depressiven Störung keine Besserung feststellbar. Es bestehen somit nicht nur Hinweise dafür, dass seit der Verfügung vom 19. November 2019 neu eine depressive Störung aktenkundig ist (vgl. IVSTA-act. 97) und die psychische Belastung sich verstärkt hat, sondern auch für eine Verschlimmerung der bereits bestehenden Schlafstörungen. Beim Privatgutachten von Dr. P. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2020 handelt es sich zwar um ein Privatgutachten eines behandelnden Arztes, das zudem ausdrücklich im Zusammenhang mit der Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers erstellt worden ist, und dem damit grundsätzlich nur ein beschränkter Beweiswert zukommen kann (vgl. E. 5.3 hiervor). Gleichwohl zeigen die im Privatgutachten erwähnten zahlreichen Berichte aus dem Jahre 2020, die vom Privatgutachter teils kommentiert werden, dass die Herzleistung des Versicherten weiterhin reduziert und die Cholesterinwerte massiv erhöht sind. Des Weiteren sind Abnützungen und Bewegungseinschränkungen objektiv belegt. Auch werden weiterhin Schmerzen und Entzündungen rapportiert. Zumindest Letztere sind aber im Untersuchungszeitpunkt nicht

mehr vorhanden. Insgesamt ergeben sich jedoch hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass die Gesundheit des Beschwerdeführers und damit auch seine Arbeitsfähigkeit seit dem 1. August 2019 bzw. seit dem 19. November 2019 mehr eingeschränkt sein könnte als im Rentenbefristungsentscheid unterstellt. Der Privatgutachter empfiehlt zudem eine Belastungsgrenze von 4 kg, was gegenüber den bisherigen 10 kg eine deutliche Reduktion darstellt. Infolgedessen scheinen zusätzliche Abklärungen angezeigt, zumal weder eine Fahrradergometrie noch eine zusätzliche Coronarographie aktenkundig sind, wie sie der RAD-Arzt zur Feststellung des im früheren Gutachten erwähnten funktionellen Bypassverschlusses als erforderlich erachtet hat.

C-5481/2021 Seite 24 6.4.2 Der RAD beschränkt sich in seinen Stellungnahmen, denen keine eigenen Untersuchungen vorausgegangen sind, darauf, den erwähnten österreichischen Gutachten und medizinischen Berichten den Beweiswert abzusprechen, mit dem Argument, diese seien widersprüchlich und nicht schlüssig resp. nicht nachvollziehbar. Zwar erlauben die österreichischen Gutachten tatsächlich keine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs, da diese den Anforderungen an beweismässige medizinische Entscheidungsgrundlagen nicht genügen, zumal insbesondere die Diagnosestellung durch die österreichischen Gutachter tatsächlich gewisse Fragen aufwirft und die Befundung nicht lückenlos erstellt zu sein scheint. Da somit den Akten für die streitigen Belange jedoch keine umfassende Beweismässigkeit zukommt, kann die Stellungnahme des RAD auch keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. E. 5.2 hiervor). Dennoch bestehen gestützt auf die österreichischen Gutachten und oben erwähnten medizinischen Berichte klare Hinweise dafür, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht verschlechtert hat. Unter diesen Umständen durfte die Vorinstanz nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass beim Beschwerdeführer keine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Vielmehr wäre sie gestützt auf ihre Untersuchungspflicht gehalten gewesen, weitere Abklärungen vorzunehmen. 6.5 6.5.1 Die angefochtene Verfügung ist nach dem Gesagten 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. 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). 6.5.2 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

C-5481/2021 Seite 25 erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Kardiologie, Neurologie 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 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 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). 6.5.3 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 BVer 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). 7. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde im Eventualantrag gutzuheissen ist. Die angefochtene Verfügung vom 16. November 2021 ist aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **E. 6.1**

Nachfolgend ist als nächstes zu prüfen, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist resp. ob die Vorinstanz diese Frage in rechtsgenügender Weise materiell abgeklärt hat (vgl. E. 4.5.3 und auch E. 1.2 hiervor). Die dafür massgeblichen zeitlichen Referenzpunkte (vgl. E. 4.5.2 hiervor) sind einerseits der 19. November 2019 (IVSTA-act. 77; Datum der letzten rechtskräftigen Verfügung, welcher eine rechtsgenügende materielle Beurteilung zu Grunde lag) und andererseits der 16. November 2021 (IVSTA-act. 165 = BVGer-act. 1 Beilage 2; Datum der vorliegend angefochtenen Verfügung).

### **E. 6.2**

Die erste Verfügung vom 19. November 2019 (IVSTA-act. 77) beruht auf der Feststellung, dass der Beschwerdeführer seit seinem Herzinfarkt am 4. Dezember 2017 in seiner angestammten Tätigkeit als Boden- und Fliesenleger zu 100% arbeitsunfähig ist. In einer angepassten Verweistätigkeit (unter Berücksichtigung folgender funktioneller Einschränkungen: vollschichtige, wechselbelastende Tätigkeiten mit einer maximalen Traglast von 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten und ohne Überkopparbeiten) sei er nach seiner Rekonvaleszenz seit dem 23. Juli 2018 vorerst vollumfänglich arbeitsfähig gewesen, bei einer Erwerbseinbusse von 17%. Aufgrund einer Wundheilungsstörung mit Ausbildung einer sternalen Osteomyelitis und Fistelbildung, welche eine am 18. April 2019 durchgeführte Sternotomie mit Nekroseausräumung erforderlich machten, sei er ab diesem Datum vorübergehend wieder gänzlich arbeitsunfähig gewesen. Nach erneuter Rekonvaleszenz und abgeheilter Osteomyelitis sei er seit dem 1. August 2019 in der besagten Verweistätigkeit mit den vorerwähnten Einschränkungen wieder zu 100% arbeitsfähig. Die Erwerbseinbusse betrage seither unter Berücksichtigung des Alters des Beschwerdeführers (55 im Jahre 2019) lediglich 22%. Die Verfügung vom 19. November 2019 basiert gemäss den darin gemachten Ausführungen (vgl. Begründung in IVSTA-act. 74) im Wesentlichen auf folgenden ärztlichen Einschätzungen (in chronologischer Reihenfolge): - Krankenhausbericht des Klinikums F. \_\_\_\_\_ vom 26. April 2019 (IVSTA-act. 55) - Laborbefunde vom 2. Mai 2019, 9. Mai 2019 und 14. Mai 2019 (IVSTA-act. 56 bis 58) - Unfallchirurgisch-orthopädisches Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Unfallchirurgie und Arbeitsmedizin, vom

15. Juli 2019 (IVSTA-act. 64) - Internistisches Fachgutachten des Univ. Prof. MR Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (Spezialisierung nicht leserlich) vom 19. Juli 2019 (IVSTA-act. 65) - diverse Photos (IVSTA-act. 60). Daneben sind weitere medizinische Unterlagen aus dem Zeitraum vor der zweiten Operation vom 18. April 2019 aktenkundig (vgl. insbes. IVSTA-act. 5 bis 8 [= 38 und 46], 9 bis 11, 20, 25, 26 [= 40 und 48], 33, 34, 39 [= 47], 41 [= 49]). Kurzgefasst ging die Vorinstanz bei der ursprünglichen Rentenbefristung davon aus, dass der Beschwerdeführer nach seinem Herzinfarkt trotz der Bypässe in seiner angestammten Tätigkeit als Boden- und Fliesenleger dauerhaft vollständig arbeitsunfähig sei und die Wundheilungsstörung nach der Operation vom 18. April 2019 und einer dreimonatigen Abheilungsphase insoweit verheilt war, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. August 2019 in einer Verweistätigkeit zu 100% arbeitsfähig war.

### **E. 6.3.1**

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung (vgl. Sachverhalt C.e) stützt sich der Beschwerdeführer zum Nachweis seines veränderten Gesundheitszustandes auf folgende aktenkundige Unterlagen (in chronologischer Reihenfolge): - Herz-Thoraxchirurgischer Befund und Gutachten zuhanden des Sozialgerichts (...) von Univ. Prof. DDr. I.\_\_\_\_\_, Sachverständiger für Chirurgie, Herz, Thorax Gefässchirurgie, vom 31. Oktober 2019 (IVSTA-act. 79 = IVSTA-act. 98 = BVGer-act. 10 Beilage 2), das auf einer persönlich durchgeführten Untersuchung des Versicherten am 10. Oktober 2019 beruht: Dieses Gutachten erwähnt als aktuelle Beschwerden weiterhin ein Brennen und eine Spannung im Wundbereich sowie Schmerzen bei Bewegung. Bücken sei schmerzbedingt nicht möglich. Erwähnt wird auch, dass eine orthostatische Reaktion sowie eine deutliche Depression vorliegen würden. In der Gesamtbeurteilung kommt der Gutachter zum Schluss, eine neue CT Untersuchung des Thorax sowie der Lunge und des Herzens vom 10. Oktober 2019 habe eine wesentliche Neueinschätzung der in den Akten dargestellten Befundung und Gutachten ergeben. Entgegen der Annahme einer Sanierung des Brustbeins und der chronischen Infektion zeige die Bilddokumentation noch immer ein stark verändertes Bild. Die subjektiv geäußerten Beschwerden seien daher glaubhaft und objektivierbar, ebenso, falls notwendig in einem weiteren psychiatrischen Gutachten bestätigt, die reaktive Depression und die posttraumatische Befindungsstörung. Die Prognose des Zustandsbildes und der Leistungsfähigkeit sei - so der Gutachter - aus herzchirurgischer Sicht - neben dem nicht sanierten Brustbein, das wahrscheinlich einen neuen Eingriff zur Stabilisierung und eine Interposition eines Pectoralislappens notwendig mache - dadurch beeinflusst, dass der wichtige Bypass, nämlich die LIMA zur LAD, zumindest funktionell verschlossen sei und dadurch ein grosser Anteil des Herzmuskels unterversorgt sein könne, was das Kalkül der Leistungsfähigkeit des Patienten massiv verändere. Es seien weitere diagnostische Massnahmen und ein Therapiekonzept notwendig. Im beigefügten CT-Befund wird diesbezüglich erwähnt, dass die LIMA ad LAD im CT mit Kontrastmittel nicht kontrastiert habe und daher offenbar verschlossen sei. Zum Vergleich wird sodann auf einen CT-Befund vom 2. November 2018 verwiesen, welcher ebenfalls beiliegt. - Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. J.\_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2019 (IVSTA-act. 99), worin sie in ihrem Fachgebiet eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert und ausführt, dass die medizinische Symptomatik sehr komplex sei aufgrund der Wundheilungsstörung, der koronaren Symptomatik und der verschleppten Osteomyelitis, was zu einer depressiven Entwicklung mit Lebensüberdrüssigkeit geführt habe, aber auch zu Existenzsorgen. Im Psychostatus führt sie aus, es bestehe eine Stimmung mit ständigem Gedankenkreisen über die organische, körperliche Symptomatik, die Stimmung sei ins Negative verschoben, es

würden besonders Existenz- und Gesundheitsängste bestehen, die aber nachvollziehbar und realistisch seien, jedoch inhaltlich darauf eingeeignet; ferner bestehe eine ausgeprägte Schlafstörung. Nachdem der Versicherte das früher verschriebene Sertralin (vgl. hierzu den früheren Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 25. September 2019 in IVSTA-act. 97) abgesetzt habe, weil es ihm (zwischenzeitlich) wieder besser gegangen sei, werde nun mit Trittico 75mg 1 x 1 begonnen. - Fachärztliches Gutachten zuhanden des Sozialgerichts (...) von Dr. med. univ. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, vom 29. Januar 2020 (IVSTA-act. 80 = IVSTA-act. 100 = IVSTA-act. 105), das auf einer persönlich durchgeführten psychiatrischen und neurologischen Untersuchung des Versicherten am 17. Januar 2020 beruht: Der Gutachter diagnostiziert darin eine depressive Störung, mittelgradig ausgeprägt als Anpassungsstörung, eine Lumbalgie bei bekanntem Diskusprolaps L5/S1, ohne radikuläre Schmerzausstrahlung und ohne neurologisches Defizit, sowie einen leichtgradigen Kopfwackeltremor. Der Gutachter erläutert seine Diagnosen und führt hierbei unter anderem aus, beim Versicherten bestehe eine deutlich ausgeprägte, derzeit mittelgradige depressive Störung mit Antriebslosigkeit, vermehrtem Grübeln, Niedergeschlagenheit, wenig Energie, sozialem Rückzug und einer Schlafstörung. Die Symptomatik bestehe als depressive Anpassungsstörung bei einem Zustand nach Myocardinfarkt im Dezember 2017 mit anschliessender 3-fach-Bypassoperation. Es habe auch eine Wundheilungsstörung aufgrund der Sternotomie mit daraus resultierenden chronischen Schmerzen im Brust- und Rückenbereich bestanden. Hinsichtlich der kardialen Situation sei Ende 2019 ein neuerlicher Verschluss eines Gefässes festgestellt worden. Diesbezüglich bestehe derzeit ein konservatives Vorgehen und Observanz. Eine neuerliche Untersuchung hinsichtlich eines weiteren Eingriffes sei geplant, was für den Versicherten eine zusätzliche Belastung darstelle. Laut anamnestischen Angaben sei der Versicherte wegen der depressiven Symptomatik in Therapie mit Trittico mit relativ niedriger Dosierung. Der letzte Befund der behandelnden Psychiaterin stamme vom Dezember 2019.

### **E. 6.3.2**

Am 8. Juni 2020 fand im Klinikum F.\_\_\_\_\_ eine Laboruntersuchung statt, über die der Oberarzt der Abteilung für innere Medizin I, Gastroenterologie und Hepatologie, Rheumatologie, Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen, Dr. L.\_\_\_\_\_, am 15. Juni 2020 Bericht erstattete (IVSTA-act. 116). Dieser rät vor dem Hintergrund einer Progredienz der koronaren Herzerkrankung und den erhöhten Cholesterinwerten sowie aufgrund verschiedener Unverträglichkeiten zur Einnahme von Ezetimib, bevor eine Medikation mit einem PCSK9-Hemmer erfolgen könne (Depotspritze wegen Bypassverschluss vgl. dazu IVSTA-act. 115 S. 11). Am 29. Juni 2020 rapportierte Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, über ein CT der LWS (L3 bis S1 mit zusätzlicher Darstellung des Os sacrum und des Os coccygis), wobei im Bereich L5/S1 ein Bandscheibenprolaps mit intraforaminärer Bedrängung der Nervenwurzel L5 beidseits erwähnt und im L3/L4- bzw. L4/L5-Bereich unter anderem eine leicht- bis mittelgradige bzw. mittelgradige Facettengelenksarthrose teilweise mit Bandscheibenprotrusion bis nach intraforaminär auslaufend festgestellt wurde (IVSTA-act. 117 = IVSTA-act. 125). Am 18. August 2020 wurden ein MRT der Sternum-Clavicular-Gelenke und ein CT des Sternums durchgeführt, wobei Dr. N.\_\_\_\_\_ (Spezialisierung unbekannt) - vidiert von Dr. O.\_\_\_\_\_ - gestützt auf das MRT auf unauffällige Sternoclaviculargelenke schliesst, aufgrund der Drahtcerclagen das Sternum als nicht beurteilbar betrachtet und keine sicheren Anhaltspunkte für parasternale Abszedierungen zu erkennen vermag; gestützt auf das CT kommt er zum Schluss, dass die Sternotomie nur teilweise knöchern durchbaut sei und eine

postentzündliche Osteolyse im Corpus sterni mit einer Gesamtlänge von etwa 28 mm imponiere, womit der Hinweis auf eine entzündliche Einschmelzung (Differenzialdiagnose: postoperativer Defekt) ohne angrenzende Weichteilabszesse, mit intakten Acromioclaviculargelenken bestehe (IVSTA-act. 118). Aktenkundig ist sodann ein im Auftrag des Beschwerdeführers erstelltes Privatgutachten seines behandelnden Arztes, Dr. P.\_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin, Sachverständiger für Allgemeinmedizin und innere Medizin, vom 24. August 2020 (IVSTA-act. 119 = IVSTA-act. 127), demgemäss der Versicherte seit April 2020 in dessen regelmässiger Behandlung ist. Darin führt der Arzt aus, obwohl der Bypass verschlossen sei, klage der Versicherte über keine Thorax-Schmerzen im Sinne einer angina pectoris bei normaler Belastung im Alltag; die subjektive Belastbarkeit sei dadurch aber deutlich reduziert. Eine Re-Operation des Bypasses sei mit einem hohen Risiko verbunden und stelle die ultima ratio dar. Aufgrund der Wundheilungsstörungen und dem osteolytischen Prozess am Sternum bestünden permanente ziehende und bohrende Schmerzen im Sternum und auch zirkulär um den Thorax sowie beim Heben der Arme. Diese würden den Versicherten bei fast allen Tätigkeiten belasten und die Beweglichkeit der Schulter und der Oberen Extremitäten schmerzhaft einschränken. Die Region des Brustbeines sei druckempfindlich und verursache Schlafstörungen und Dyspnoe. Da bei der Medikation der Fettsenker immer wieder Beinschmerzen, Schwellungen und Juckreiz aufgetreten seien, sei die Therapie mehrfach gewechselt worden. Der Versicherte habe auch Ezetimib nicht vertragen. Die Monotherapie mit Sortis sei nicht ausreichend, eine PSCK9-Therapie könne begonnen werden. Der Privatgutachter verneint sodann eine Arbeitsfähigkeit unter normalen Umständen; eine Rückkehr in den alten Job sei nicht möglich. Es bestehe ein hohes Risiko eines Reinfarkts bei verstärkter Belastung durch den verschlossenen Bypass inkl. Absturzgefahr bei Exposition. Bei einer risikoarmen Tätigkeit seien das Heben von Lasten von über 4 kg, langes Stehen oder Einseitigkeit, Lärm, Stress oder Schichtdienst zu vermeiden.

### **E. 6.3.3**

Der RAD-Arzt, Dr. C.\_\_\_\_\_, negiert in seiner Stellungnahme vom 16. April 2020 (IVSTA-act. 84) die Aussagekraft der beiden ausländischen Gutachten zuhanden des österreichischen Sozialgerichts, insbesondere die darin gestellten Diagnosen: Eine floride Osteomyelitis nur mittels CT zu beurteilen ohne Angaben von serologischen Entzündungstests, sei nicht statthaft; ebenfalls nicht statthaft sei eine Aussage mittels CT über einen Verschluss eines Herzkranzgefässes oder eines Bypasses. Zudem erwähne der untersuchende Thoraxexperte selbst, dass er nicht alle Akten zur Verfügung gehabt habe. Die psychiatrische Diagnose einer depressiven Störung, mittelgradig ausgeprägt als Anpassungsstörung bei Zustand nach Myokardinfarkt 2017 und anschliessendem Mehrfachbypass und postoperativen Problemen der Sternotomie enthalte zwei verschiedene psychische Störungen gemäss ICD-10 und sei so ebenfalls nicht statthaft. Das angeführte Hauptsymptom der Schlafstörung sei zudem bereits vor der Herzoperation vorhanden gewesen. In seiner zusätzlichen Stellungnahme vom 9. August 2021 (IVSTA-act. 157) kommt Dr. C.\_\_\_\_\_ bei der Beurteilung der weiteren Berichte in somatischer Hinsicht zusammengefasst zum Schluss, dass die ausländischen ärztlichen Beurteilungen aus den Jahren 2020 und 2021 (vgl. dazu auch sogleich E. 6.3.4) lediglich frühere Befunde zusammenfassen oder bestätigen würden, weshalb von somatischer Seite keine neuen Elemente ersichtlich seien, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes plausibel erscheinen lassen würden.

#### **E. 6.3.4**

Das von der IVSTA gestützt auf die Empfehlung des RAD-Psychiaters, Dr. D.\_\_\_\_\_, gegenüber der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle Oberösterreich in Auftrag gegebene «Ärztliches Gesamtgutachten für ausländischen Versicherungsträger» (IVSTA-act. 109 f. und 143) wurde der Vorinstanz von der ausländischen Verbindungsstelle am 29. April 2021 übermittelt (IVSTA-act. 144). Dieses datiert vom 22. März 2021 und wurde von Dr. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (IVSTA-act. 143), gestützt auf eine gleichentags durchgeführte persönliche Untersuchung sowie unter Berücksichtigung der im Gutachten zitierten medizinischen Unterlagen und Zusatzbefunde, einschliesslich des Privatgutachtens vom 24. August 2020, erstellt. Der psychiatrische Gutachter diagnostiziert darin eine reaktiv depressive Störung von längerer Dauer, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F321), sowie als Nebendiagnosen eine koronare Mehrgefässerkrankung; Zustand nach NSTEMI im Dezember 2017, Zustand nach aortakoronarer dreifach Bypass-Operation im Dezember 2017; eine chronische Wundheilungsstörung im Bereich der Brustbeinspaltung, Drahtcerclagenentfernung im Mai 2018; rezidivierende eitrige Inflammationen, weitreichende Wundrevision und Resternotomie, Recerclierung, Weichteilwunddeckung mit Pectoralplastik am 18. April 2019 (ICD-10: I259); eine arterielle Hypertonie (ICD-10: I10) und als weitere Diagnosen ein Lumbago mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in die rechte untere Extremität; Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom rechts; Kopfwackeltremor; Zustand nach Magenperforation 1982 und postoperativer Pulmonalembolie. In der Gesamtbeurteilung führt der Gutachter aus: Es bestehe bei einem Zustand nach aortakoronarer Bypass-Operation im Dezember 2017 nach NSTEMI und zwei nachfolgenden Eingriffen wegen Wundheilungsstörungen und rezidivierenden Infekten, zuletzt im April 2019, eine depressive Störung von längerer Dauer, die gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt sei. Im Vordergrund stünden subjektiv Existenzängste, Schlafstörungen, fehlende Belastbarkeit, eingeschränkte Ausdauer und sozialer Rückzug; auffällig sei eine leichte Gereiztheit. Es würden nach mehreren Brustbeinoperationen anhaltende Schmerzen in der Brust mit Ausstrahlung in das rechte Schulterblatt angegeben. Die wiederholten Gefühlsstörungen in der rechten oberen Extremität würden verdächtig auf ein Karpaltunnelsyndrom hinweisen. Ausserdem würden Lendenwirbelsäulenschmerzen mit wiederholter Ausstrahlung in die rechte untere Extremität berichtet, die bei degenerativen Veränderungen mit unter anderem Diskusprolaps L5/S1 nicht eindeutig radikulär zuordenbar seien. Im Vergleich zum psychiatrisch-neurologischen Sozialgerichtsgutachten vom 29. Januar 2020 sei hinsichtlich der depressiven Störung keine Besserung feststellbar. Aufgrund der Ausprägung der depressiven Störung und der Leidenspotenzierung seien geregelte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weiterhin nicht möglich. Es seien maximal 3 Stunden täglich leichte körperliche Arbeiten ohne Zeitdruck zumutbar. Mit regelmässiger medikamentöser Therapie, psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung könnte eine Besserung der depressiven Störung erreicht werden; mit physikalischer Therapie der Schmerzen. Das Gutachten ist mit einer Beurteilung des gesamten psychisch-geistigen Leistungsvermögens nach MELBA versehen.

#### **E. 6.3.5**

Die ausländische Verbindungsstelle übermittelte gleichzeitig auch eine «Chefärztliche Stellungnahme für ausländischen Versicherungsträger, Erstantrag, Bestätigung des Gesamtleistungskalküls» der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle Oberösterreich,

erstellt von Dr. R. \_\_\_\_\_ (Spezialisierung unbekannt) am 23. März 2021 (IVSTA-act. 142), mit welchem diese das Gutachten vom 22. März 2021 vidiert und schliesst, dass das Gesamtleistungskalkül des Versicherten nicht ausreiche für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für mehr als sechs Monate seit 24. November 2020, wobei eine Besserung ausgeschlossen sei und eine Dauerinvalidität bestehe.

#### **E. 6.3.6**

Das Gutachten vom 22. März 2021 sowie dessen Vidierung vom 23. März 2021 werden vom IV-ärztlichen Dienst in der Folge als widersprüchlich oder nicht nachvollziehbar kritisiert und die darin geäusserte psychiatrische Diagnose und damit auch eine psychiatrische Komorbidität negiert (IV-ärztliche Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, FMH, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Juli 2021, IVSTA-act. 153). Diese Schlussfolgerung wird damit begründet, dass der Psychostatus vom 22. März 2021 - mit wenigen Abweichungen, die den Versicherten weniger krank erscheinen lassen würden - aus dem Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ abgeschrieben worden sei und mit Ausnahme der erwähnten mittel ausgeprägten Depressivität die gestellte Diagnose nicht zulasse. Zudem sei die psychiatrische Medikation für die genannte Diagnose viel zu gering. Es finde derzeit auch keine Therapie statt. Der Bericht gehe auf die Psychiatrie nicht hinreichend ein.

#### **E. 6.4**

Es stellt sich die nachfolgend zu prüfende Frage, ob die Vorinstanz gestützt auf diese Akten tatsächlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen durfte, dass beim Beschwerdeführer keine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist (vgl. E. 4.5.3 hiervor).

##### **E. 6.4.1**

Vorauszuschicken ist, dass das Herz-Thoraxchirurgische-Gutachten von Prof. DDr. I. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2019 vor Erlass der ersten Rentenverfügung ergangen ist, dieses jedoch damals weder dem Versicherten noch der Vorinstanz zur Verfügung gestanden hat. Darin wird gestützt auf persönliche Untersuchungen des Gutachters nachvollziehbar - insbesondere mit Verweis auf ein am 10. Oktober 2019 durchgeführtes CT, das mit einem früheren CT vom 2. November 2018 verglichen worden war - erklärt, weshalb auf einen zumindest funktionalen Bypassverschluss erkannt wird, wobei in transparenter Weise darauf hingewiesen wird, dass diesbezüglich weitere diagnostische Massnahmen notwendig sind (vgl. E. 6.3.1, erster Spiegelstrich, hiervor). Von einem erneuten Bypassverschluss scheint auch Dr. L. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. Juni 2020 auszugehen, rät er doch vor dem Hintergrund einer Progredienz der koronaren Herzerkrankung zu einer Anpassung der Behandlung der Hypercholesterinämie (vgl. E. 6.3.3, erster Absatz, hiervor). Sodann ergibt sich aus dem Privatgutachten von Dr. P. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2020, dass ein Dr. S. \_\_\_\_\_ im März 2020 eine Herzultraschalluntersuchung durchgeführt hat, die eine weiterhin eingeschränkte Beweglichkeit in der Hinterwand, eine reduzierte Entspannungsfähigkeit des Herzens und eine geringe Klappeninsuffizienz sowie eine diffuse Verkalkung der Gefässe ergeben hat. Zudem wird im Gutachten vom 31. Oktober 2019 - ebenfalls mit Verweis auf die vergleichende CT am 10. Oktober 2019 - dargelegt, weshalb (anders als noch in der Verfügung vom 19. November 2019, in der von einer abgeheilten Osteomyelitis ausgegangen wurde [vgl. E. 6.2 hiervor]), das Brustbein des Beschwerdeführers nicht als abgeheilt betrachtet werden kann und ein erneuter Eingriff zur Stabilisierung

wahrscheinlich erscheint. In seinem Befundbericht vom 18. August 2020 kommt auch Dr. N.\_\_\_\_\_ gestützt auf das CT des Sternums zum Schluss, dass eine postentzündliche Osteolyse im Corpus sterni mit Hinweis auf eine entzündliche Einschmelzung imponiere (vgl. E. 6.3.3, dritter Absatz, hiervor). In seinem Gutachten vom 29. Januar 2020 stellt der psychiatrische Gutachter Dr. med. univ. K.\_\_\_\_\_ ebenfalls gestützt auf persönliche Untersuchungen die Diagnose einer depressiven Störung (mittelgradig ausgeprägt als Anpassungsstörung). Erstmals wurde eine depressive Störung, d.h. konkret eine mittelschwere depressive Episode, seitens der behandelnden Psychiaterin, Dr. J.\_\_\_\_\_, in ihrem vom RAD in der Stellungnahme vom 29. August 2019 noch nicht berücksichtigten Bericht vom 25. September 2019 und erneut in ihrem Bericht vom 10. Dezember 2019 gestellt (IVSTA-act. 97 und 99). Dr. med. univ. K.\_\_\_\_\_ zieht nicht nur die von Dr. J.\_\_\_\_\_ gestellte Diagnose bei, sondern gibt auch den in ihrem Bericht vom 10. Dezember 2019 erhobenen psychiatrischen Befund wörtlich wieder (IVSTA-act. 80, S. 11 und 16 f.). Betreffend die bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 19. November 2011 bestehenden Schlafstörungen des Versicherten ist dem Gutachten auf S. 13 zu entnehmen, dass der Versicherte durch die Gesamtsituation psychisch belastet sei. Diese Äusserung des psychiatrischen Spezialisten bezieht sich offenkundig auf die neuen Erkenntnisse des begutachtenden Thoraxspezialisten und die anstehenden weiteren Untersuchungen. Insoweit erweisen sich die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters als konsistent und nachvollziehbar. Die Schlussfolgerungen im psychiatrischen Gutachten vom 29. Januar 2020 werden durch das «Ärztliches Gesamtgutachten für ausländischen Versicherungsträger» von Dr. Q.\_\_\_\_\_ vom 22. März 2021 gestützt, welcher basierend auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers seinerseits eine reaktiv depressive Störung von längerer Dauer, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F321), diagnostiziert und festhält, im Vergleich zum psychiatrisch-neurologischen Sozialgerichtsgutachten vom 29. Januar 2020 sei hinsichtlich der depressiven Störung keine Besserung feststellbar. Es bestehen somit nicht nur Hinweise dafür, dass seit der Verfügung vom 19. November 2019 neu eine depressive Störung aktenkundig ist (vgl. IVSTA-act. 97) und die psychische Belastung sich verstärkt hat, sondern auch für eine Verschlimmerung der bereits bestehenden Schlafstörungen. Beim Privatgutachten von Dr. P.\_\_\_\_\_ vom 24. August 2020 handelt es sich zwar um ein Privatgutachten eines behandelnden Arztes, das zudem ausdrücklich im Zusammenhang mit der Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers erstellt worden ist, und dem damit grundsätzlich nur ein beschränkter Beweiswert zukommen kann (vgl. E. 5.3 hiervor). Gleichwohl zeigen die im Privatgutachten erwähnten zahlreichen Berichte aus dem Jahre 2020, die vom Privatgutachter teils kommentiert werden, dass die Herzleistung des Versicherten weiterhin reduziert und die Cholesterinwerte massiv erhöht sind. Des Weiteren sind Abnützungen und Bewegungseinschränkungen objektiv belegt. Auch werden weiterhin Schmerzen und Entzündungen rapportiert. Zumindest Letztere sind aber im Untersuchungszeitpunkt nicht mehr vorhanden. Insgesamt ergeben sich jedoch hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass die Gesundheit des Beschwerdeführers und damit auch seine Arbeitsfähigkeit seit dem 1. August 2019 bzw. seit dem 19. November 2019 mehr eingeschränkt sein könnte als im Rentenbefristungsentscheid unterstellt. Der Privatgutachter empfiehlt zudem eine Belastungsgrenze von 4 kg, was gegenüber den bisherigen 10 kg eine deutliche Reduktion darstellt. Infolgedessen scheinen zusätzliche Abklärungen angezeigt, zumal weder eine Fahrradergometrie noch eine zusätzliche Coronarographie aktenkundig sind, wie sie der RAD-Arzt zur Feststellung des im früheren Gutachten erwähnten funktionellen

Bypassverschlusses als erforderlich erachtet hat.

#### **E. 6.4.2**

Der RAD beschränkt sich in seinen Stellungnahmen, denen keine eigenen Untersuchungen vorausgegangen sind, darauf, den erwähnten österreichischen Gutachten und medizinischen Berichten den Beweiswert abzusprechen, mit dem Argument, diese seien widersprüchlich und nicht schlüssig resp. nicht nachvollziehbar. Zwar erlauben die österreichischen Gutachten tatsächlich keine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs, da diese den Anforderungen an beweismässige medizinische Entscheidungsgrundlagen nicht genügen, zumal insbesondere die Diagnosestellung durch die österreichischen Gutachter tatsächlich gewisse Fragen aufwirft und die Befundung nicht lückenlos erstellt zu sein scheint. Da somit den Akten für die streitigen Belange jedoch keine umfassende Beweistauglichkeit zukommt, kann die Stellungnahme des RAD auch keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. E. 5.2 hiervor). Dennoch bestehen gestützt auf die österreichischen Gutachten und oben erwähnten medizinischen Berichte klare Hinweise dafür, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht verschlechtert hat. Unter diesen Umständen durfte die Vorinstanz nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass beim Beschwerdeführer keine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Vielmehr wäre sie gestützt auf ihre Untersuchungspflicht gehalten gewesen, weitere Abklärungen vorzunehmen.

#### **E. 6.5.1**

Die angefochtene Verfügung ist nach dem Gesagten 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. 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. 6.5.2**

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 Kardiologie, Neurologie 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 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 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

#### **E. 6.5.3**

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 BVer 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).

#### **E. 7**

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde im Eventualantrag gutzuheissen ist. Die angefochtene Verfügung vom 16. November 2021 ist aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

#### **E. 8**

Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je m.H.). Der RAD hat 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). Ergänzende Abklärungen sind auch bei nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5. 2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

#### **E. 8.1**

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, weshalb ihm der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

C-5481/2021 Seite 26

#### **E. 8.2**

Der obsiegende, durch eine liechtensteinische Rechtsanwältin 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. 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). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verlangte in der Beschwerdeschrift eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'000.-, ohne eine detaillierte Kostennote einzureichen, und führte dazu aus, dass bereits im Vorverfahren ein erheblicher Verwaltungs- und Verfahrensaufwand entstanden sei. Dazu ist festzuhalten, dass das Verwaltungsverfahrensgesetz keine Grundlage für die Zuspreehung einer Parteientschädigung für Aufwände im erstinstanzlichen Verwaltungsverfahren enthält. Art. 64 VwVG und das VGKE sind ausschliesslich auf das Beschwerdeverfahren anwendbar, weshalb der im vorinstanzlichen Verfahren angefallene Aufwand nicht entschädigt werden kann (vgl. Art. 1 Abs. 1 VGKE; BGE 132 II 47 E. 5.2; Urteil des BVGer B-844/2015 vom 19. Dezember 2017 E. 11.2; MO-SER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3. Aufl. 2022, S. 311 f. Rz. 4.87). Da, wie erwähnt, keine Kostennote eingereicht wurde, setzt das Gericht die Entschädigung ferner aufgrund der Akten fest (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne MWST) angemessen. (Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite.)

C-5481/2021 Seite 27

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