



Abteilung III
C-1474/2020

Urteil vom 2. April 2024

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiberin Rahel Schöb.

Parteien

A._____, (Serbien)
vertreten durch lic. iur. Melanie Schneider-Koch,
Rechtsanwältin,
Beschwerdeführer,
gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision;
(Verfügung vom 13. Februar 2020).

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1970 geborene, geschiedene, in seiner Heimat wohnhafte, serbische Staatsangehörige A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) reiste am (...) September 1992 in die Schweiz ein. Der gelernte Sanitärinstallateur übte mit Unterbrüchen verschiedene Tätigkeiten aus und leistete entsprechende Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). So war er vom 1. Februar 2006 bis zum 31. Januar 2007 bei den B._____ tätig. Seine letzten beruflichen Tätigkeiten erfolgten im Rahmen eines Beschäftigungsprogramms der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) beim C._____, von Februar bis Juni 2008. Seither ging er keiner Erwerbstätigkeit mehr nach (Akten der Vorinstanz gemäss Aktenverzeichnis vom 24. März 2020 [nachfolgend: IVSTA-act.] 2; 5; 8; 12; 13; 40, S. 1; 43, S. 24 und 31).

B.

B.a Am 28. November 2008 (Gesuch eingegangen am 9. Januar 2009) meldete sich der Versicherte erstmals unter Hinweis auf einen Myokardinfarkt bei der Invalidenversicherungsstelle (...) (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IVSTA-act. 2). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht (IVSTA-act. 4-9; 11-16; 18-23; 29-40) sowie dem Bezug der im Zusammenhang mit einem Stolperunfall erstellten SUVA-Akten (IVSTA-act. 14) gab die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten bei der D._____ in Auftrag. Die Expertise mit je einer internistisch-allgemeinmedizinischen, psychiatrischen, neurologischen und kardiologischen Untersuchung wurde am 3. November 2011 erstattet ([nachfolgend: D._____ -Gutachten]; IVSTA-act. 43 [inkl. nachträglich eingegangene Unterlagen, S. 23 ff.]).

B.b Mit Vorbescheid vom 12. März 2012 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Zusprache einer Viertelsrente, gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40 %, ab dem 1. Juli 2009 in Aussicht (IVSTA-act. 49). Den Einwand des Versicherten vom 24. April 2012 (IVSTA-act. 56) wies die IV-Stelle ab und erliess am 11. Juli 2012 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (IVSTA-act. 63).

B.c Auf ein erneutes Leistungsgesuch des Versicherten vom 21. August 2012 (IVSTA-act. 65) trat die IV-Stelle, ihrem Vorbescheid vom 8. November 2012 (IVSTA-act. 69) entsprechend, mit Verfügung vom 23. April 2013 nicht ein (IVSTA-act. 75). Diese Verfügung erwuchs – soweit aus den Akten ersichtlich – unangefochten in Rechtskraft (vgl. IVSTA-act. 126, S. 3).

C.

C.a In der Folge eines Antrags auf Anpassung von Ergänzungsleistungen forderte die Ausgleichskasse (...) den Versicherten am 29. November 2013 auf, vorab eine IV-Revision zu beantragen (IVSTA-act. 82, S. 1; vgl. auch IVSTA-act. 86 = 104). Der Versicherte reichte hierauf am 19. Mai 2014 ein entsprechendes Gesuch ein (IVSTA-act. 84, S. 2 ff.) und liess der IV-Stelle medizinische Unterlagen zukommen (IVSTA-act. 82, S. 2 ff.). Die IV-Stelle nahm am 9. Mai 2014 ein Revisionsverfahren an die Hand (vgl. IVSTA-act. 84) und führte medizinische Abklärungen durch (IVSTA-act. 85; 87-92; 93; 94; 98; 100).

C.b Der Versicherte verliess die Schweiz am (...) Juni 2014, nachdem seine Aufenthaltsbewilligung nicht verlängert worden war. Er übersiedelte vorerst nach Schweden und kehrte im Anschluss daran in sein Heimatland Serbien zurück (IVSTA-act. 95; 101; 118; 123; 129).

C.c Mit Vorbescheid vom 24. September 2014 teilte die IV-Stelle mit, sie beabsichtige, das Erhöhungsgesuch des Versicherten abzuweisen, da keine anhaltende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nachgewiesen sei (IVSTA-act. 106). Der Einwand des Versicherten vom 14. Oktober 2014 (IVSTA-act. 107) wurde durch die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Februar 2015 abgewiesen (IVSTA-act. 122).

C.d Der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Melanie Schneider-Koch, liess am 9. März 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht (...) erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine mindestens 50 %-ige IV-Rente zuzusprechen (IVSTA-act. 123).

C.e Mit Urteil 5V 15 122 vom 10. Juli 2015 stellte das Kantonsgericht (...) fest, dass zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht die IV-Stelle (...), sondern die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) zuständig gewesen wäre. Einen Verzicht auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung aus Gründen der Prozessökonomie lehnte es ab. Es stellte sodann fest, dass weitere Abklärungen in somatischer und psychischer Hinsicht für eine abschliessende Beurteilung des Anspruchs des Versicherten erforderlich seien. Die Beschwerde wurde in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung aufgehoben und die Angelegenheit an die IV-Stelle (...) zurückgewiesen wurde, verbunden mit der Anweisung, die Akten an die IVSTA zu übergeben (IVSTA-act. 129).

D.

D.a In Nachachtung des Urteils des Kantonsgerichts (...) schloss die IV-Stelle (...) ihre Akten per 28. Oktober 2015 und übergab diese an die IVSTA (IVSTA-act. 132-137).

D.b Gestützt auf eine Beurteilung ihres medizinischen Dienstes vom 28. November 2015 (IVSTA-act. 144) ordnete die IVSTA am 7. Dezember 2015 über den serbischen Versicherungsträger eine polydisziplinäre Begutachtung in psychiatrischer, kardiologischer und internistischer Hinsicht an (IVSTA-act. 145).

D.c Die Rechtsvertreterin des Versicherten liess der IVSTA weitere medizinische Unterlagen zukommen (IVSTA act. 153-161). Am 3. Juni 2016 gingen sodann im Sinne eines Gutachtens diverse fachärztliche Berichte beim medizinischen Dienst ein (IVSTA-act. 174, S. 2), welche vom serbischen Versicherungsträger übermittelt worden waren (IVSTA-act. 164-173). Die IVSTA holte hierzu eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (IVSTA-act. 174 und 176). Gemäss Stellungnahmen der Ärzte des medizinischen Dienstes, Dr. E. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 9. Juni 2016 (IVSTA-act. 175) und Dr. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 28. Juni 2016 (IVSTA-act. 177) sei aus kardiologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verneinen.

D.d Mit Vorbescheid vom 14. Juli 2016 stellte die IVSTA dem Versicherten die Abweisung des Revisionsgesuchs in Aussicht. Die bestehende Symptomatik sei bereits in den ursprünglichen Rentenentscheid eingeflossen, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei weder aus somatischer noch psychiatrischer Warte auszumachen (IVSTA-act. 178).

D.e Mit Einwand vom 22. August 2016 liess der Versicherte die Zusprache einer zumindest halben Invalidenrente beantragen und weitere medizinische Unterlagen einreichen (IVSTA-act. 185). Die IVSTA legte die neueren Facharztberichte des Allgemeinen Krankenhauses (...) (IVSTA-act. 188 und 189) den beurteilenden Ärzten des medizinischen Dienstes vor (IVSTA-act. 190; 192). Diese hielten an ihren Beurteilungen fest (Stellungnahmen Dr. E. _____ vom 1. September 2016 [IVSTA-act. 191] und Dr. F. _____ vom 29. September 2016 [IVSTA-act. 193]).

D.f Mit Verfügung vom 12. Dezember 2016 (IVSTA-act. 194) wies die Vorinstanz das Revisionsbegehren ab und führte zur Begründung aus, im Revisionsverfahren hätten sich nur die bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen gezeigt. Es bestehe bis zum Wegzug ins Ausland und weiterhin ein Invaliditätsgrad von 40 %; die diesem entsprechende Viertelsrente werde aufgrund der gegebenen Situation (Nationalität, Wohnsitz) nicht ausbezahlt.

E.

E.a Mit Eingabe vom 30. Januar 2017 liess der Versicherte, wiederum vertreten durch Rechtsanwältin Melanie Schneider-Koch, hiergegen Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben und die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer mindestens halben IV-Rente beantragen (IVSTA-act. 123).

E.b Mit Urteil C-644/2017 vom 9. Mai 2018 hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen zurück. In den Erwägungen wurde festgehalten, der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden und die Vorinstanz sei daher anzuweisen, eine multidisziplinäre fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens des Versicherten (insbesondere in internistischer, kardiologischer und psychiatrischer Hinsicht) sowie von dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Anschliessend habe die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. IVSTA-act. 224).

F.

F.a Im Nachgang des Urteils liess die Rechtsvertreterin des Versicherten der IVSTA weitere medizinische Berichte zukommen (IVSTA-act. 225-228). Die IVSTA leitete sodann weitere Abklärungen in erwerblicher (IVSTA-act. 233; 238) und medizinischer (IVSTA-act. 233; 239-242) Hinsicht ein und gab nach entsprechender Zuteilung durch SUISSEMED@P (IVSTA-act. 256) am 8. Oktober 2018 eine polydisziplinäre medizinische Abklärung bei der H. _____ in Auftrag (IVSTA-act. 255).

F.b In seiner Stellungnahme vom 15. Oktober 2018 zuhanden der Vorinstanz hielt Dr. E. _____ des medizinischen Dienstes der IVSTA fest, dass aus somatischer Sicht eine körperlich leichte Arbeit sitzend-stehend im Pensum von 60 % weiterhin zumutbar sei. Der somatische Zustand des Versicherten habe sich seit den Verfügungen vom 11. Juli 2012 und 22. Au-

gust 2012 nicht verändert (IVSTA-act. 262). Dr. F._____ des medizinischen Dienstes führte in seiner Stellungnahme vom 12. November 2018 zuhanden der IVSTA aus, dass es aus psychiatrischer Sicht ebenfalls nicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Zusprache der Viertelsrente gekommen sei (IVSTA-act. 274).

F.c Das polydisziplinäre Gutachten der H._____ (nachfolgend: G._____ -Gutachten), basierend auf den zur Verfügung gestellten Akten dokumenten sowie internistischen, kardiologischen, pneumologischen, neurologischen sowie psychiatrischen Untersuchungen, wurde am 11. Februar 2019 erstattet (IVSTA-act. 297-301). Die Gutachter kamen dabei in ihrer Konsensbeurteilung zum Schluss, dass einzig eine wesentliche Änderung in einer weiteren Zunahme des Körpergewichts festzustellen sei.

F.d In ihrer Stellungnahme vom 11. Juni 2019 anlässlich der interdisziplinären Fallbesprechung zwischen dem medizinischen Dienst und dem Rechtsdienst der Vorinstanz stuften Dr. I._____, Fachärztin Allgemeine Medizin FMH, physikalische Medizin und Rehabilitation FMH und zertifizierte Medizinerin SIM, und Dr. J._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Leistungsbeurteilung der G._____ -Gutachter als stichhaltig ein (IVSTA-act. 322).

F.e Mit Vorbescheid vom 10. Juli 2019 teilte die IVSTA dem Versicherten mit, sie beabsichtige, das Revisionsgesuch abzuweisen, im Wesentlichen mit der Begründung, laut ihren Abklärungen habe sich dessen Gesundheitszustand in keiner für den Anspruch erheblichen Weise geändert (IVSTA-act. 324).

F.f Gegen den Vorbescheid liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Melanie Schneider-Koch, mit Schreiben vom 9. September 2019 Einwand erheben und die Ausrichtung einer IV-Rente von mindestens 50 % beantragen; eventualiter sei ein weiteres Gutachten in Auftrag zu geben (IVSTA-act. 326).

F.g Nach weiteren Abklärungen (IVSTA-act. 331-353) wies die IVSTA das Revisionsgesuch des Versicherten, entsprechend ihrem Vorbescheid und nach Stellungnahme von Dr. K._____ des medizinischen Dienstes vom 8. Februar 2020 (IVSTA-act. 353), mit Verfügung vom 13. Februar 2020 ab (IVSTA-act. 354).

G.

G.a Gegen diese Verfügung liess der Beschwerdeführer, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Melanie Schneider-Koch, mit Eingabe vom 12. März 2020 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-act.]1):

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine IV-Rente von mindestens 50 % zuzusprechen.
2. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben.
3. Subeventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zwecks Vervollständigung des Sachverhaltes und zur neuen Entscheidung zurückzuweisen.
4. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu erteilen und die unterzeichnende Anwältin sei als unentgeltliche Prozessbeiständin zu bestellen
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Staates.

Zur Begründung liess er im Wesentlichen geltend machen, das psychiatrische Teilgutachten sei weder vollständig noch schlüssig oder nachvollziehbar. Am 11. April 2018 habe zudem eine Begutachtung des Beschwerdeführers durch den serbischen Republikfonds für Renten- und Invalidenversicherung stattgefunden. Die Gutachterstelle in (...) habe am 12. April 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Dies sei im Gutachten der H. _____ nicht berücksichtigt worden.

G.b Mit Vernehmlassung vom 16. April 2020 schloss die Vorinstanz auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2020 (BVGer-act. 6)

G.c Mit unaufgeforderter Eingabe vom 8. Juni 2020 liess der Beschwerdeführer einen Spitalbericht vom 25. April 2020 zu den Akten reichen (BVGer-act. 8).

G.d Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung wurde nach Eingang des entsprechenden Formulars inklusive Beilagen (BVGer-act. 3 und 7) mit Zwischenverfügung vom 6. Juli 2020 gutgeheissen (BVGer-act. 9).

G.e In seiner Replik vom 7. September 2020 liess der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren vollumfänglich festhalten (BVGer-act. 11).

G.f Mit Duplik vom 9. Oktober 2020 hielt die Vorinstanz an ihren Anträgen unverändert fest (BVGer-act. 13).

G.g Mit Zwischenverfügung vom 15. Oktober 2020 schloss die damals zuständige Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel – vorbehaltlich weiterer Instruktionsmassnahmen – ab (BVGer-act. 14).

H.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Beweismittel ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

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]).

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1; zu verfahrensrechtlichen Neuerungen vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.2, zu den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2) vorbehalten.

1.3 Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem der Beschwerdeführer aufgrund der gewährten unentgeltlichen Prozessführung keinen Kostenvorschuss zu leisten hat (BVGer-act. 9), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 12. März 2020 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 13. Februar 2020, mit der die Vorinstanz auf das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers vom 19. Mai 2014 eingetreten ist und dieses nach einer materiellen Prüfung abgewiesen respektive den bisherigen Anspruch auf eine Viertelsrente bestätigt hat. Nachdem die Verfügung der IVSTA vom 12. Dezember 2016 mit dem Rückweisungsurteil des Bundesverwaltungsgerichts C-644/2017 vom 9. Mai 2018 aufgehoben wurde, bleibt gemäss vorgenanntem Urteil Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 23. April 2013 (vgl. unten E. 4.1; vgl. auch Urteil des BGer 9C_301/2010 vom 21. Januar 2011 E. 3.2.1; Urteil des BVGer C-337/2018 vom 12. Dezember 2018 E. 2).

3.

3.1 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). Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG).

3.2 Das Verwaltungs- sowie das erstinstanzliche sozialversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 Bst. c ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6; 137 V 210 E. 1.2.1; 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2; 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 141 V 405 E. 4.4; 138 V 218 E. 6).

3.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 13. Februar 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).

3.4

3.4.1 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 13. Februar 2020 in Kraft standen; 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.

3.4.2 Der Beschwerdeführer ist serbischer Staatsangehöriger und wohnt in Serbien. Mit Blick auf das massgebliche Verfügungsdatum (13. Februar 2020) gelangt damit das am 11. Oktober 2010 abgeschlossene und am 1. Januar 2019 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Serbien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.682.1; im Folgenden: Abkommen) zur Anwendung. Soweit dieses Abkommen nichts anderes bestimmt, sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates beziehungsweise deren Familienangehörigen und Hinterlassenen gleichgestellt (Art. 4 Abs. 1 des Abkommens). Gemäss Art. 5 Abs. 2 des Abkommens werden ordentliche Renten der schweizerischen Invalidenversicherung für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, sowie die ausserordentlichen Renten und die Hilflosenentschädigungen der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung nur bei Wohnsitz in der Schweiz gewährt.

3.5 Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535 ff.) sowie die Änderungen der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV [SR 831.201]) vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer Übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1) und die angefochtene Verfügung vom

13. Februar 2020 ab (IVSTA-act. 354) vor dem Inkrafttreten der Änderungen des IVG und des ATSG vom 19. Juni 2020 sowie der IVV vom 3. November 2021 datiert, beurteilen sich die Ansprüche des Beschwerdeführers gegenüber der IV nach dem IVG und der IVV in ihrer Fassung je vom 1. Januar 2020 sowie dem ATSG und der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV [SR 830.11]) jeweils in ihrer Fassung vom 1. Oktober 2019. Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert.

4.

4.1 Mit der Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz ist das Bundesverwaltungsgericht an das unangefochten gebliebene Urteil C-644/2017 gebunden (BGE 143 IV 214 E. 5.3.3; 135 III 334 E. 2; Urteile des BGer 9C_542/2022 vom 15. November 2023 E. 4.2; 9C_344/2022 vom 20. Februar 2023 E. 4.2; sowie das Urteil des BVer C-1331/2020 vom 28. April 2021 E. 3.1 m.H.). Zudem kann hier – anstelle einer Wiederholung der entsprechenden Erwägungen im vorliegenden Entscheid – insbesondere betreffend die Invalidität und den Rentenanspruch (E. 4.1 bis 4.3), die Rentenrevision (E. 4.4) sowie die Beweiswürdigung und den Beweiswert von ärztlichen Dokumenten (E 4.5 und 4.6), auf die entsprechenden Erwägungen im obgenannten Urteil verwiesen werden.

4.2 Mit Blick auf die neuere bundesgerichtliche Rechtsprechung ist im Zusammenhang mit dem Beweiswert eines ärztlichen Berichts oder Gutachtens Folgendes zu ergänzen resp. zu verdeutlichen:

4.2.1 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheits-

schädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

4.2.2 Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss dort, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen (BGE 143 V 418 E. 7.1). Gleiches gilt, wenn etwa die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (siehe auch BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGer 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.2 m.H.). Ausserdem bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Dies alles zeigt, dass es hinsichtlich Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik bedarf (BGE 143 V 418 E. 7.1).

4.2.3 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet 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, in-

wiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des BGer 9C_113/2019 vom 29. August 2019 E. 2.2; 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2, in: SVR 2012 IV Nr. 18; 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.1.2, in: SVR 2013 IV Nr. 44).

5.

5.1 Mit rechtskräftigem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-644/2017 wurde festgestellt, dass sich die Sachverhaltsabklärungen der Vorinstanz insgesamt als ungenügend erweisen. Umstritten und zu klären sei, ob sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers seit dem letzten rechtskräftigen Revisionsentscheid vom 23. April 2013 in für den Rentenanspruch erheblicher Art verändert habe. Jene Verfügung habe sich im Wesentlichen auf das D._____-Gutachten vom 3. November 2011 und die darauf fussende Beurteilung durch die Fachspezialisten des RAD gestützt. Das D._____-Gutachten vom 3. November 2011, bestehend aus den Teilgutachten der Dres. L._____, (Fallführung, Facharzt für Innere Medizin FMH), M._____, (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH), N._____, (Facharzt Neurologie FMH) und O._____, (Facharzt Kardiologie FMH) sowie einer Gesamtbeurteilung (IVSTA-act. 43), sei als Referenzpunkt definiert, von dem aus Abweichungen des heutigen Gesundheitszustandes zu beurteilen seien. Es fehle jedoch an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung und insbesondere die Berichtslage im psychiatrischen Bereich lasse keine Rückschlüsse auf aktuelle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu. Die Vorinstanz sei daher anzuweisen, eine multidisziplinäre fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers (insbesondere in internistischer, kardiologischer und psychiatrischer Hinsicht) sowie von dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (vgl. Urteil des BVGer C-644/2017 vom 9. Mai 2018 E. 5.1 ff.).

5.2 Zur Prüfung, ob eine wesentliche Besserung eingetreten ist, ist demnach die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers ab dem 23. April 2013 (Datum des rechtskräftigen Revisionsentscheids, welcher faktisch auf einen unveränderten Gesundheitszustand seit D._____-Begutachtung schloss) mit derjenigen zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2020 zu vergleichen und zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchswerter Weise zu beeinflussen.

6.

Für den Referenzzeitpunkt kann auf die entsprechenden Erwägungen zum D. _____-Gutachten vom 3. November 2011 im Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts C-644/2017 vom 9. Mai 2018 verwiesen werden (vgl. E. 5.2.1 ff.). An dieser Stelle werden die im D. _____-Gutachten gestellten Diagnosen im Rahmen der Gesamtbeurteilung (Abschnitt 5 [IVSTA-act. 43) wiederholt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Koronare Herzkrankheit (1-Asterkrankung) (ICD-10: I25.1)
 - Status nach akutem Vorderwandinfarkt mit Reanimation 11. Juni 2008
 - Status nach Akut-PTCA und BMS-Stentimplantation 11. Juni 2008
 - Status nach PTCA/Stent wegen In-stent-Restenose und distaler Stenosierung mit DE Ballon 27. Oktober 2008
 - Koronarangiographie 19. März 2010 leichte In-stent-Restenose distaler RIVA und mässige Abgangsstenose R. diagonalis, konservatives Prozedere, echokardiographisch linksventrikuläre Ejektionsfraktion 38 %
 - aktuell echokardiographisch linksventrikuläre Ejektionsfraktion von 30-35 % (13. September 2011)
 - Dauerantikoagulation mit Marcoumar bei Status nach 1/3-Thrombus 2008
 - Kardiovaskuläre Risikofaktoren, bei Status nach massivem Nikotinkonsum bis 06/08 und Metabolisches Syndrom
- Panikstörung (ICD-10: F41.0)
- Sensibles Hemisyndrom links unklarer Ursache; DD (differenzialdiagnostisch) im Rahmen eines zerebrovaskulären Insults, pathogenetisch bei kardialer Embolie in Zusammenhang mit einem Myokardinfarkt 6/08 (ICD-10: I63.8)
 - Risikofaktoren: vgl. Diagnose 5.1.1 (s. koronare Herzkrankheit)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Metabolisches Syndrom
 - morbide Adipositas (BMI 47 kg/m²) (ICD-10: E66.0)
 - arterielle Hypertonie, medikamentös (ungenügend) behandelt (ICD-10: I10)
 - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10: E78.2)
- Phobie (ICD-10: F40.2)
- Leichtgradige sensomotorische Ulnarisparesie links, wahrscheinlich druckbedingt (ICD-10: G56.2)

In den Vordergrund rückten die Gutachter die kardiologische Komponente. Diese schränke die Arbeitsfähigkeit auf nurmehr leichte Arbeiten mit mindestens hälftigem sitzendem Anteil ein. Die Arbeit könne an sechs Stunden täglich, bei reduziertem Rendement wahrgenommen werden; insgesamt bestehe eine 70 %ige Leistungsfähigkeit. Einschränkungen aus neurologischer Hinsicht wirkten sich faktisch nur auf Tätigkeiten aus, die der Beschwerdeführer nie wahrgenommen habe. Die Panikstörung, namentlich das punktuelle Auftreten von Panikattacken, schränke die Arbeitsfähigkeit um 10 % ein. Die festgestellten Einschränkungen wirkten sich additiv aus, da sich die intervallmässig auftretenden Panikattacken nicht in die aus somatischen Gründen vorgegebenen Erholungspausen integrieren liessen. Der Beginn der Reduktion der Leistungsfähigkeit auf 60 % lasse sich gemittelt auf den Myokardinfarkt im Juni 2008 festlegen. Höhergradige psychiatrische Einschränkungen könnten im Rückblick nicht als im invalidisierenden Sinne langedauernd betrachtet werden.

7.

7.1 In Nachachtung des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts C-644/2017 vom 9. Mai 2018 tätigte die Vorinstanz weitere Abklärungen und holte insbesondere ein Gutachten der H._____, erstattet am 11. Februar 2019, ein (vgl. IVSTA-act. 297-301 und die nachfolgenden Ausführungen dazu in E. 7.8). Gestützt darauf und auf die Stellungnahmen von Dr. I._____, und Dr. J._____ vom 11. Juni 2019 (IVSTA-act. 322), die ergänzende Stellungnahme von Dr. J._____ vom 9. Januar 2020 (IVSTA-act. 334) und die Stellungnahmen von Dr. K._____ vom 30. Dezember 2019 (IVSTA-act. 333) sowie vom 8. Februar 2020 (IVSTA-act. 353) wies sie mit Verfügung vom 13. Februar 2020 das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers erneut ab, wobei auch weitere medizinische Berichte und Unterlagen seit der Begutachtung bis bis zum Revisionszeitpunkt (Februar 2020) in die Beurteilung einbezogen wurden (vgl. IVSTA-act. 354).

7.2 Es gelangten im Rahmen der weiteren Abklärungen folgende, bisher der IVSTA nicht vorliegende, medizinische Berichte zu den Akten:

7.3 Diverse fachärztliche Berichte des Allgemeinspitals (...):

7.3.1 Spirometriebefunde vom 16. März 2015 (IVSTA-act. 339, S. 15), vom 23. April 2015 (IVSTA-act. 339, S. 10) sowie vom 4. November 2015 (IVSTA-act. 339, S. 12 und 29 f. = 345 [deutsche Übersetzung]) des Thorax-Ambulatoriums, jeweils ohne Unterschrift.

7.3.2 Fachärztlicher Bericht zuhanden der Invalidenkommission von Dr. P._____, Fachärztin für Innere Medizin, vom 4. April 2016 (IVSTA-act. 339, S. 19 = 348 [deutsche Übersetzung]) sowie Arztberichte vom 3. August 2017 (IVSTA-act. 239 [deutsche Übersetzung]), vom 10. April 2018 (IVSTA-act. 226 = 242, S. 1 f.) sowie vom 4. Oktober 2018 (IVSTA-act. 308, S. 6 f. = 314 [deutsche Übersetzung]).

7.3.3 Arztberichte von Dr. Q._____, Fachärztin für Psychiatrie, vom 18. April 2016 (IVSTA-act. 349 [deutsche Übersetzung]), vom 21. Juli 2017 (IVSTA-act. 240 [deutsche Übersetzung] = 336), vom 19. Oktober 2017 (IVSTA-act. 241 [deutsche Übersetzung]), vom 21. März 2018 (IVSTA-act. 228, S. 2 = 242, S. 3 = 339, S. 18), vom 8. Oktober 2018 (IVSTA-act. 265 = 267 [deutsche Übersetzung] = IVSTA-act. 304 [deutsche Übersetzung]) sowie vom 7. Dezember 2018 (IVSTA-act. 311 [deutsche Übersetzung]).

7.3.4 Fachärztlicher Bericht von Dr. R._____, Fachärztin für Neuropsychiatrie, vom 29. August 2017 (IVSTA-act. 339, S. 13 = 346 [deutsche Übersetzung]).

7.3.5 Fachärztlicher Bericht von Dr. S._____, Facharzt für Innere Medizin, Subspezialisierung Nephrologie, vom 24. Oktober 2017 (IVSTA-act. 339, S. 7 und 17 = 343 [deutsche Übersetzung] = 347 [deutsche Übersetzung]).

7.3.6 Fachärztlicher Bericht von Dr. T._____, Fachärztin für Neurologie, datiert vom 7. November 2017 (IVSTA-act. 339, S. 8 = 344 [deutsche Übersetzung]).

7.3.7 Arztberichte vom 19. Dezember 2017 (IVSTA-act. 339, S. 31 = 351 [deutsche Übersetzung]) sowie vom 4. Januar 2019 (IVSTA-act. 308, S. 1 = 310 [deutsche Übersetzung]), unterzeichnet von Dr. U._____, Facharzt für Neurologie.

7.3.8 Fachärztlicher Bericht vom 11. Dezember 2018, unterzeichnet von Dr. V._____, Facharzt für Orthopädie (IVSTA-act. 308, S. 5 = 313 [deutsche Übersetzung]).

7.3.9 Fachärztlicher Bericht vom 24. Dezember 2018, unterzeichnet von Dr. W._____, Facharzt für Pneumologie (IVSTA-act. 308, S. 3 = 312 [deutsche Übersetzung]).

7.3.10 Entlassungsbericht vom 15. April 2019, unterzeichnet von Dres. X._____, Facharzt für Innere Medizin, Y._____, Fachärztin für Innere Medizin, und P._____, Fachärztin für Innere Medizin, betreffend den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 8. bis 15. April 2019 (IVSTA-act. 327= 330 [deutsche Übersetzung]).

7.4 Arztbericht von Dr. Z._____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Leiter der Abteilung für Kardiologie, Universitätsspital Aa._____, vom 28. Februar 2018 (IVSTA-act. 228, S. 6 = 242, S. 4 = 308, S. 11 = 339, S. 6 = 339, S. 6 und 27 [ohne Übersetzung]).

7.5 Fachärztlicher Bericht des Universitären Klinischen Zentrums Bb._____, unterzeichnet durch Dr. Cc._____, Facharzt für Kardiologie, vom 6. März 2018 (IVSTA-act. 228, S. 1 = 242, S. 9 = 339, S. 6 und 26 = 350 [deutsche Übersetzung]).

7.6 Gutachten von Dr. Dd._____, Fachärztin für Innere Medizin, zuhanden des Republikfonds für Renten- und Invalidenversicherung, (...), vom 12. April 2018 (IVSTA-act. 339, S. 1-4 = 341 [deutsche Übersetzung]).

7.7 Die IVSTA holte Stellungnahmen des medizinischen Dienstes ein:

7.7.1 Dr. E._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 15. Oktober 2018 aus, bei Status nach Myokardinfarkt im Jahr 2008, Stenting, prophylaktische Einlage des Schrittmachers, sei die Herzleistung seit 2008 bis heute unverändert mit linksventrikulärer Auswurfraction von 35 % im Herzultraschall, ohne klinische Zeichen einer Herzinsuffizienz, ohne relevante Herzrhythmusstörungen und ohne Angina pectoris. Die Reduktion der Lungenfunktionswerte (Vitalkapazität VC, Forcierte Vitalkapazität FVC und Erstsekundenvolumen FEV1) sei durch die invalidenfremde Adipositas problemlos erklärt. Aus somatischer Sicht sei eine körperlich leichte Arbeit sitzend-stehend im Pensum von 60 % weiterhin zumutbar. Der somatische Zustand habe sich seit den Verfügungen vom 11. Juli 2012 und 22. August 2012 nicht verändert (IVSTA-act. 262).

7.7.2 Dr. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt SGV/SSMC, zertifizierter RAD-Arzt, hielt in seiner Stellungnahme vom 12. November 2018 fest, die einzig richtige Diagnose sei die vom Psychiater Dr. Ee._____genannte Diagnose einer spezifischen, isolierten Phobie (ICD-10: F40.2) seit 2006. Der IV-Stellenarzt sei der Ansicht gewesen, dass die gesamte Symptomatik schon vor der Zusprache der Viertelsrente

genannt worden, mithin also bei den Erwägungen bereits eingeflossen sei. Da es heute einzig darum gehe zu erörtern, ob der psychiatrische Zustand sich in massgeblicher Weise verschlechtert hat, habe dieser erkannt, dass dies nicht der Fall sei. Die Befunde und die Klagen würden allesamt schon in früheren Dokumenten beschrieben. Aus psychiatrischer Sicht sei es demnach nicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Zusprache der Viertelsrente gekommen (IVSTA-act. 274).

7.8

7.8.1 Dem polydisziplinären (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pneumologie, Kardiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie) Gutachten der G. _____ vom 11. Februar 2019 sind die nachfolgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (IVSTA-act. 297, S. 9 f.):

- Ischämische Kardiomyopathie mit derzeit kompensierter Herzinsuffizienz (NYHA II)
 - Koronare Ein-Gefäss-Erkrankung
 - Zustand nach anteroseptalem Myokardinfarkt Juni 2008 mit Reanimation und PCI des RIVA mit BM-Stent bei koronarer Ein-Gefäss-Erkrankung
 - Re-PCI bei In-Stent-Stenose Oktober 2008
 - ICD-Implantation (SJM Fortifi ST-DR) Juli 2012
 - Aktuell: Echokardiographisch dilatierter linker Ventrikel mit deutlich reduzierter LVEF (visuell 30-35 %), kein Klappenvitium
- Morbide Adipositas seit mindestens 2008 – aktuell BMI 53,9 (165 kg bei 175 cm)
- Mittelschwer verminderte Vitalkapazität bei morbidem Adipositas und koronarer Kardiomyopathie mit kompensierter Herzinsuffizienz (keine Hinweise für Asthma bronchiale)

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen:

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hyperlipidämie
- Karpaltunnelsyndrom links
- Ulnaris-Syndrom links
- Restzustand einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (ICD-10: F45.0)

7.8.2 In seinem allgemeinmedizinisch-internistischen Teilgutachten vom 1. Februar 2019 (IVSTA-act. 298, S. 1-26) kam Dr. med. Ff. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, zum Schluss, neben der ischämischen Kardiomyopathie, die Gegenstand des kardiologischen Teilgutachtens sei, stehe aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht die morbid Adipositas im Vordergrund, die eine Minderung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit bedinge. Daher seien durchgreifende und nachhaltige Massnahmen zur deutlichen Reduktion des Körpergewichts bei morbid Adipositas dringend angezeigt. Hier von könnten neben einer verbesserten körperlichen Belastbarkeit auch unmittelbar günstige Auswirkungen auf die Herzinsuffizienz, den Diabetes mellitus, die arterielle Hypertonie und die Hyperlipidämie erwartet werden. Allerdings habe der Beschwerdeführer seit 2010 weiterhin deutlich um mehr als 30 kg Gewicht zugenommen. Im Rahmen einer 2012 durchgeführten Ernährungsberatung hätten diätetische Massnahmen lediglich zu einer kurzzeitigen minimalen Reduktion des Gewichtes geführt; dabei habe die Ernährungsberaterin eine mangelnde Motivation des Beschwerdeführers zur Umstellung der Ernährung festgestellt.

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskraft in einem Veloverleih könne, sofern bei dieser von einer körperlich sehr leichten bis leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ausgegangen werden könne, der Versicherte aus rein allgemeinmedizinischer Sicht ohne Berücksichtigung der kardiologischen Diagnosen acht Stunden pro Tag anwesend sein. Diese Tätigkeit könne aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht als leistungsfähig gelten. Die morbid Adipositas bedinge eine allgemein verminderte körperliche Leistungsfähigkeit mit Auswirkung auf das Arbeitstempo und das Ausdauervermögen mit erhöhtem Pausenbedarf. Die resultierende Leistungsminderung sei auf 20 % einzuschätzen. Bereits zum Zeitpunkt des Infarkt ereignisses im Juni 2008 habe eine Adipositas permagna bestanden. Zu einer wesentlichen Veränderung der durch die morbid Adipositas bedingten Minderung der Arbeitsfähigkeit sei es seitdem nicht gekommen. Aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht könne von einer ärztlich angeleiteten und überwachten konsequenten Behandlung der morbid Adipositas mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion von mindestens 50 kg innerhalb von zwei Jahren eine Verbesserung der bestehenden Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Eine solche Behandlung sei zumutbar und erfolgversprechend, sofern der Beschwerdeführer hierzu ausreichend motiviert sei. Bei der Untersuchung im Rahmen der aktuellen Untersuchung habe der Versicherte jedoch geäußert, kein Interesse an gewichtsreduzierenden Massnahmen zu haben.

7.8.3 Dr. med. Ff. _____ führte in seinem kardiologischen Teilgutachten vom 1. Februar 2019 (IVSTA-act. 298, S. 27-50) aus, als Folge des stattgehabten Vorderwandinfarktes bei koronarer Ein-Gefäß-Erkrankung und der ischämischen Kardiomyopathie bestehe eine Schädigung der linken Herzkammer mit Narbenbildung und erheblicher Einschränkung der Pumpfunktion, die zu einer Minderung der körperlichen Leistungs- und Ausdauerfähigkeit führe, aus der eine qualitative und quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten resultiere. Die interventionelle Therapie des akuten Vorderwandinfarktes mit Stenteinlage und erneuter interventioneller Behandlung der In-Stent-Stenose habe bislang zu einer Stabilisierung der ischämischen Kardiomyopathie geführt, ohne Anhalt für einen wesentlichen Progress der Koronarkrankheit. So seien bei der zuletzt im Februar 2015 in Serbien durchgeführten Koronarangiographie keine relevanten Befundänderungen gegenüber den Voruntersuchungen festgestellt worden. Auch seien die echokardiographischen Befunde im langjährigen Verlauf seit der im Rahmen der im September 2011 durchgeführten polydisziplinären Begutachtung durchgeführten Untersuchung im Wesentlichen konstant und beschrieben die Dilatation und eine erheblich eingeschränkte kontraktile Funktion der linken Herzkammer. Während die Herzinsuffizienz medikamentös (ACE-Hemmer, Betablocker, Aldosteronantagonist) weitestgehend leitliniengerecht behandelt werde und allenfalls beim Einsatz eines Diuretikums noch Optimierungsmöglichkeiten bestehen würden, hätten, soweit dokumentiert, konkrete Versuche, die seit Jahren bestehende morbid Adipositas (aktueller BMI 53.9) zu behandeln, bislang nur einmal stattgefunden. Die Gründe hierfür seien zumindest teilweise auch bei dem Versicherten auszumachen, der bei der aktuellen Begutachtung angebe, auf gewichtsreduzierende Massnahmen keine Lust zu haben. Dennoch sei eine gezielte und durchgreifende Reduktion des massiven Übergewichtes unter ärztlicher Anleitung und Kontrolle, gegebenenfalls auch mittels bariatrischer Chirurgie, dringend zu empfehlen. Von ihr könne sich der Versicherte neben einer kardialen Entlastung mit einer verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit auch günstige Effekte auf die arterielle Hypertonie, die diabetische Stoffwechsellage und die Blutfette und damit auf das gesamte kardiovaskuläre Risikoprofil erwarten. Im Rahmen der Kontrolle der Risikofaktoren sei neben der Gewichtsreduktion und Behandlung des Diabetes eine Senkung des erhöhten LDL-Cholesterols (nach Leitlinien auf unter 1.8 mmol/L) anzustreben. Aufgrund der erheblich eingeschränkten linksventrikulären Funktion und der in der elektrophysiologischen Untersuchung induzierbaren anhaltenden ventrikulären Tachykardien sei 2012 aus prophylaktischer Indikation ein ICD-Aggregat im-

plantiert worden. Unter der etablierten antiarrhythmischen Therapie mit Amiodaron seien allerdings bislang keine ventrikulären Arrhythmien aufgetreten, die einer Elektrotherapie bedurft hätten.

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskraft in einem Veloverleih könne, sofern bei dieser von einer körperlich sehr leichten bis leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit einem mindestens 50 % sitzenden Anteil ausgegangen werden könne, der Beschwerdeführer aus rein kardiologischer Sicht sechs Stunden pro Tag anwesend sein. Die Einschränkung der täglichen Präsenzzeit sei der durch die ischämische Kardiomyopathie bedingten, erheblich eingeschränkten Leistungsfähigkeit geschuldet, die auch in körperlich leichten Tätigkeiten zu einem verminderten Ausdauervermögen und einem vermehrten Pausenbedarf führe (Arbeitsfähigkeit von 75 %). Als leidensangepasst könne aus kardiologischer Sicht eine körperlich sehr leichte bis leichte, überwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeit gelten, die ohne grossen Zeitdruck bewerkstelligt werden kann. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten im Akkord- oder Nachtschichtbetrieb.

7.8.4 Der fallführende Gutachter Dr. med. Gg._____, Facharzt für Neurologie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, hielt in seinem neurologischen Teilgutachten vom 11. Januar 2019 (IVSTA-act. 299) fest, auf neurologischem Gebiet sei der lediglich vermutete Hirninfarkt kritisch zu hinterfragen. Mehrfache bildgebende Untersuchungen (MRI) zeigten keine eindeutige ischämische Läsion. Kardiologischerseits sei auch keine evidente Emboliequelle festgestellt worden. Die Halsgefässe seien trotz ausgeprägten vaskulären Risikoprofils gemäss Befund vom 20. November 2013 frei. Die zirkulär verteilten Sensibilitätsstörungen unter Aussparung der seitenentsprechenden Gesichtshälfte und des Rumpfes, ohne gleichzeitige Reflexdifferenz oder pathologische Vorhalteversuche (AHV und BHV), würden gegen eine stattgehabte, relevante zerebrale Infarzierung und mehr für eine funktionelle, nicht-organisch abstützbare Genese sprechen. Bei der aktuellen neurologischen Begutachtung elektrophysiologisch objektivierbar seien dagegen ein ausgeprägtes Karpaltunnelsyndrom (CTS) und ein Ulnarisrinnensyndrom (SUS) auf der linken Seite. Dabei handle es sich um periphere Nervenkompressionssyndrome, die in der Regel effektiv chirurgisch behandelbar seien und nicht zu einer dauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Die erhobenen klinischen Befunde seien im Wesentlichen unverändert gegenüber der D._____-Vorbegutachtung im Jahr 2011. In der vormals offenbar auch betroffenen rechten Hand würden heute keine neurologischen Beschwerden mehr angegeben. Die vom Beschwerdeführer ausserdem vorgetragene unspezifischen

Schwindelbeschwerden seien klinisch nicht fassbar. Die diesbezüglich durchgeführten neurologischen Untersuchungen (Frenzelbrille, Nystagmus-Trommel, Kopfpulstest) seien unauffällig.

Aus rein neurologischer Sicht besteht in der letzten Tätigkeit als Hilfsarbeiter bei einem Veloverleih keine zeitliche Einschränkung (Arbeitsfähigkeit von 100 %).

7.8.5 Dr. med. Hh. _____, Facharzt Innere Medizin und Pneumologie FMH, führt in seinem pneumologischen Teilgutachten vom 29. Januar 2019 (IVSTA-act. 300) aus, dass nach den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers seit einer Pneumonie 2014 eine Asthmaproblematik bestehe. Nach den zur Verfügung stehenden, medizinischen Unterlagen seien von 2014 keine Lungenfunktionsuntersuchungen vorhanden. Am 16. März 2015 seien erstmals pneumologische Untersuchungsbefunde dokumentiert und es werde in der Diagnose von einem unspezifischen Asthma bronchiale berichtet. Die Spirometriebefunde zeigten allerdings keinerlei Hinweise für eine obstruktive Ventilationsstörung, sondern eine mittelschwer verminderte Vitalkapazität (VC) und ein mittelschwer vermindertes Erstsekundenvolumen (FEV1). Diese Befunde seien aus pneumologischer Sicht sehr wohl mit der ausgeprägten Adipositas (damals BMI von 45,7 kg/m², 140 kg) und der zusätzlichen Kardiomyopathie mit verminderter linksventrikulärer Funktion vereinbar und es könne nicht auf ein zusätzliches Asthma bronchiale geschlossen werden. Der Verlauf der dokumentierten Spirometriebefunde widerspreche sogar der Hypothese eines Asthmas. So zeige sich, dass unter einer bronchodilatativen Therapie mit Berodual (Antiasthmatikum mit den Wirkstoffen Fenoterol und Ipratropiumbromid; vgl. <www.compendium.ch/product/116006-berodual-n-dosieraeros>, abgerufen am 5. März 2024) ca. sechs Wochen später, am 27. April 2015, keine relevante Änderung der Spirometriebefunde habe verzeichnet werden können. In der pneumologischen Kontrolle vom 14. Dezember 2018 würden sich dann aber deutlich signifikant verbesserte Spirometriebefunde mit einer Zunahme der Vitalkapazität um 1210 Liter, entsprechend 63 % und einer Verbesserung des FEV1 um 2030 Liter (126 %) ergeben. Diese Veränderung sei aus pneumologischer Sicht bei unveränderter inhalativer Behandlung nicht mit einem Asthma bronchiale vereinbar, bzw. nicht möglich. Diese Veränderungen könnten nur durch eine adaptierte kardiale Medikation und / oder eine sich erholende linksventrikuläre Funktion erklärt werden und würden somit vielmehr auf eine kardiale Insuffizienz hinweisen. Resultate einer grossen Lungenfunktionsprüfung, die die statischen Lungenvolumina ersichtlich und eine bessere Differenzierung zwischen

kardialer und pulmonaler Komponente möglich machen würden, seien nicht vorhanden. Somit sei aus pneumologischer Sicht die Diagnose eines Asthma bronchiale in Zweifel zu ziehen und es müsste hierfür eine adäquate Diagnostik erfolgen. Diese bestünde in einem Methacholinprovokationstest ohne vorgängige bronchodilatative Behandlung. Unabhängig dieser diagnostischen Unsicherheit sei aber die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus pneumologischer Sicht dadurch nicht relevant beeinträchtigt, weil die kardiale Problematik hierbei deutlich mehr im Vordergrund stehen dürfte. Am 11. / 12. April 2012 sei aufgrund eines dringenden Verdachtes eines mittelschweren Schlaf-Apnoe-Syndroms eine respiratorische Polygraphie im Kantonsspital (...) erfolgt. In dieser Polygraphie hätte sich kein Schlaf-Apnoe-Syndrom nachweisen lassen (Apnoe-Hypopnoe-Index von 1 pro Stunde).

Aus rein pneumologischer Sicht könnte der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einer Velostation während 8 Stunden pro Tag anwesend sein (Arbeitsfähigkeit von 100 %).

7.8.6 Das psychiatrische Teilgutachten vom 18. Januar 2019 von li. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, (IVSTA-act. 301) hält zusammenfassend fest, es ergebe sich, nach Würdigung der anamnestischen Angaben des Versicherten und unter Berücksichtigung von Diskrepanzen und einer überwiegend wahrscheinlichen Aggravation sowie nach kritischer Würdigung der im Dossier vorhandenen ärztlichen Berichte, beim Versicherten nach dem Herzinfarkt ereignis vom Juni 2008 mit konsekutiver Reanimation nach einigen Wochen (genauer sei der Zeitpunkt nicht bestimmbar) die Entwicklung einer herzphobischen Symptomatik, einer Herzneurose, die nach aktueller Nomenklatur des ICD-10 als somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems bezeichnet werde. Im Rahmen dieser Symptomatik seien möglicherweise auch sporadisch Panikattacken aufgetreten. Auch hätten diese zu einem nachvollziehbaren ängstlich geprägten Vermeidungsverhalten geführt. Mindestens ab dem Jahre 2010 sei allerdings retrospektiv von einer sukzessiven Remission der Symptomatik mit aktuell lediglich noch diskreter Restsymptomatik auszugehen. Nach kritischer Würdigung der im Dossier vorhandenen ärztlichen Berichte und der anamnestischen Angaben des Versicherten ergebe sich, dass retrospektiv danach keine namhafte objektive psychische Beeinträchtigung mehr vorhanden gewesen sein dürfte. Entsprechend seien in den psychiatrischen Berichten lediglich noch subjektiv vorgetragene Beeinträchtigungen des Versicherten beschrieben. Es sei aber auch deutlich, dass der Versicherte,

was einem namhaften Leidensdruck entgegenstehen dürfte, vordergründig wenig Interesse an Strategien zur Verbesserung seines psychischen Befindens gezeigt und ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten demonstrierte habe einerseits, andererseits im Rahmen der Begutachtung aus dem Jahre 2011 zahlreiche Aussenaktivitäten entgegen seinen früheren und späteren Angaben bei den jeweiligen Fachärzten aufführte. Dazu passend sei der aktuelle AMDP-konforme, psychiatrische Befund bis auf eine initiale vorgegebene unterschwellige Gereiztheit des Versicherten bezogen auf die objektiven Kriterien regelrecht. Auch aus den anamnestischen Angaben des Versicherten sei keine namhafte psychische Beeinträchtigung objektivierbar, zumal dieser bezogen auf seine allfällige Beeinträchtigung auffallend vage bleibe, insistierende Fragen diesbezüglich nicht beantworte, und er im Widerspruch zu früheren Angaben, welche insbesondere eine Beeinträchtigung durch Angstsymptome beinhalteten, nun eine vermeintliche Fremdaggressivität mit der Gefahr der Schädigung Dritter in den Vordergrund stelle. In der Gegenübertragung sei passend zum objektiven Befund und den anamnestischen Angaben des Versicherten kein namhafter Leidensdruck aufspürbar. Einem namhaften Leidensdruck entgegen stehe auch die mindestens unregelmässige Einnahme der antidepressiven Medikation, auf welche vor dem Hintergrund der hiesigen Spiegelbestimmungen geschlossen werden müsse. Zusammenfassend sei somit aus gutachterlicher Sicht keine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beim Versicherten (mehr) diagnostizierbar. Insbesondere seien die Achsensymptome einer depressiven Störung (tiefe Traurigkeit, Antriebsverlust, Interessenlosigkeit) nicht evident. Dem entgegen stehe auch das sehr dynamische Auftreten des Versicherten. Entgegen der von ihm postulierten Konzentrationsminderung und Vergesslichkeit platziere der Versicherte im Rahmen der Untersuchung Antworten sehr zielgerichtet, seiner Intension folgend, und sei über den gesamten Untersuchungsverlauf sehr gut konzentriert. Weiterhin würden sich keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren vor dem Hintergrund einer klinisch nicht nachvollziehbaren Schmerzbeeinträchtigung und der nicht vorhandenen Evidenz für einen ungelösten/fehlverarbeiteten psychischen Konflikt ergeben.

Zusammenfassend bestehe lediglich noch ein Restzustand einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems ohne Auswirkung auf die Arbeits- und Alltagsfähigkeit des Versicherten.

7.8.7 In ihrer Konsensbeurteilung vom 11. Februar 2019 (IVSTA-act. 297) kamen die Gutachter zum Schluss, dass kardiologischer- und allgemein-internistischerseits als Folge des stattgehabten Vorderwandinfarktes bei koronarer Ein-Gefäß-Erkrankung und ischämischer Kardiomyopathie mit erheblicher Einschränkung der Pumpfunktion sowie als Folge der morbiden Adipositas eine Minderung der körperlichen Leistungs- und Ausdauerfähigkeit mit einer qualitativen und quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Die pneumologischerseits festgestellte mittelschwer verminderte Vitalkapazität bei morbider Adipositas und koronarer Kardiomyopathie mit kompensierter Herzinsuffizienz führe aus pneumologischer Sicht bei im Vordergrund stehender kardialer Problematik zu keiner weiteren relevanten Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten. Die im Rahmen der neurologischen Begutachtung festgestellten Nervenkompressionssyndrome führten, da sie chirurgisch effektiv behandelbar seien, nicht zu einer dauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Namhafte psychische Beeinträchtigungen seien nicht objektivierbar. Von gutachterlicher Seite würden keine ausreichenden Hinweise für das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung vorliegen.

In Bezug auf Belastungsfaktoren und Ressourcen halten die Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer bei entsprechender Willensanstrengung ausreichend zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, zur Kompetenz und Wissensanwendung entsprechend seinem Bildungsniveau in der Lage sei. Der Versicherte sei uneingeschränkt entscheidungs- und urteilsfähig, zu Proaktivitäten und Spontanaktivitäten in der Lage, widerstands- und durchhaltefähig, selbstbehauptungsfähig, fähig zu dyadischen Beziehungen und mobil sowie verkehrsfähig. Die massive Adipositas mit einhergehender Dekonditionierung sei als Reintegrationshindernis zu werten. Ebenfalls sei eine Reintegration in das Erwerbsleben aufgrund der inzwischen langjährigen Arbeitsabstinenz und der überwiegend wahrscheinlich beim Versicherten hierfür kaum vorhandenen Motivation erschwert.

In ihrer Konsistenzbeurteilung legten die Gutachter dar, dass die aktuellen anamnestischen Angaben des Versicherten teilweise Diskrepanzen zu seinen früheren Angaben aufwiesen. So werde in den im Dossier vorhandenen ärztlichen Berichten mehrfach aufgeführt, dass er aufgrund von Angstsymptomen ein Vermeidungsverhalten in der Art, das Haus / die Wohnung nicht zu verlassen, angegeben habe. Allerdings habe er selbst dieser Darstellung im Rahmen der D. _____-Begutachtung im Jahre 2011 wider-

sprochen, während welcher er angab, Aussenaktivitäten durchaus nachzugehen. Auch würden im Bericht Reisen in sein Heimatland erwähnt. Im Rahmen der hiesigen Begutachtung postuliere der Versicherte, aus Angst von Impulsdurchbrüchen, welche dazu führen könnten, andere Menschen körperlich zu verletzen, angeblich das Haus nicht zu verlassen, nicht aber aufgrund vermeintlicher Ängste. Des Weiteren sei das subjektiv beklagte Beschwerdeausmass vor dem Hintergrund eines nahezu regelrechten psychopathologischen Befundes nach AMDP und einer in der Gegenübertragung nicht aufspürbaren namhaften psychischen Beeinträchtigung nicht nachzuvollziehen. Auch stehe das zielgerichtete Antwortverhalten den vom Beschwerdeführer postulierten Konzentrationseinschränkungen und einer vermeintlichen Vergesslichkeit entgegen. Die Frequenz der psychiatrischen Konsultationstermine und die vor dem Hintergrund der unzureichenden Plasmaspiegel mindestens unregelmässige Einnahme der Psychopharmaka würden aus gutachterlicher Sicht ebenfalls einem namhaften Leidensdruck widersprechen. Darüber hinaus bleibe der Versicherte bei insistierender Nachfrage nach allfälligen psychischen Beeinträchtigungen weitstreckig vage oder beantworte Fragen gar nicht, beispielsweise auch im Hinblick auf die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend bestehe somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine aggravierende Symptompräsentation. Dieses Verhalten resultiere mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus einem enttäuschten und vom Versicherten als rechtmässig empfundenen Versorgungsbegehren. Allgemein-internistischer und kardiologischerseits sei eine gewisse Diskrepanz zwischen der Sorge um die eigene gesundheitliche Verfassung und Angst vor einem möglichen erneuten Herzinfarkt einerseits und einer als Gleichgültigkeit imponierenden Haltung gegenüber einer dringend notwendigen Gewichtsreduktion andererseits aufgefallen. Neurologischerseits seien die vom Versicherten vorgetragene unspezifischen Schwindelbeschwerden klinisch nicht fassbar, ebenso habe sich für die vom Versicherten angegebenen zirkulär verteilten Sensibilitätsstörungen unter Aussparung der seitenentsprechenden Gesichtshälfte und des Rumpfes, ohne gleichzeitige Reflexdifferenz oder pathologische Vorhalteversuche keine organisch abstützbare Genese ergeben. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich auch keine Anhaltspunkte für eine psychosomatische Reaktionsbildung gezeigt, das heisse eine eventuell somatoforme / funktionelle Erkrankung, die diese vorgegebenen Symptome erklären könnte, beim Versicherten vor dem Hintergrund des Fehlens eines fehlverarbeiteten / unverarbeiteten seelischen Konfliktes und einer namhaften klinischen Beeinträchtigung. Im Gesamtkontext sei auch bezogen auf diese vom Versicherten vorgegebenen Beschwerden mindestens von einer Aggravation auszugehen.

Sowohl die ischämische Kardiomyopathie als auch die morbide Adipositas minderten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dabei resultiere in einer leidensangepassten Tätigkeit wie beispielsweise der bisherigen Tätigkeit auf der Velostation, wobei es sich insgesamt um eine sehr leichte bis leichte körperliche wechselbelastende Tätigkeit mit mindestens 50 % sitzendem Anteil ohne Akkord und ohne Nacharbeit handeln sollte, eine Restarbeitsfähigkeit von 60 %. Diese setze sich aus einer Präsenzfähigkeit von 75 % und einem Rendement von 80 % zusammen. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte nach dem Vorderwandinfarkt im Juni 2008 und nach Abschluss der Akutbehandlung, Rekonvaleszenz und Rehabilitation bis anhin. Psychiatrischerseits sei ab dem Herzinfarkt ereignis eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit als Folge der somatoformen autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems nachvollziehbar mit einer ab Januar bis Juni 2009 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit und ab Juli bis Dezember 2009 einer maximal 20 %-igen Arbeitsunfähigkeit und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab 1. Januar 2010 einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit. Somit ergebe sich gesamthaft / integral seit dem Herzinfarkt ereignis im Juni 2008 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bis Januar 2009, ab Januar 2009 eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit und ab Juli 2009 gesamthaft eine 60 %-ige Arbeitsfähigkeit des Versicherten, bis anhin.

Von kardiologischer und allgemeinmedizinisch-internistischer Seite sei von einer ärztlich angeleiteten und überwachten konsequenten Behandlung der morbiden Adipositas mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion von mindestens 50 kg innerhalb von zwei Jahren eine Verbesserung der bestehenden Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Diese Behandlung sei zumutbar und erfolgversprechend, sofern der Versicherte hierzu ausreichend motiviert sei. Pneumologischer- und psychiatrischerseits seien keine darüberhinausgehenden Behandlungsmassnahmen notwendig. Vonseiten des neurologischen Fachgebietes werde eine chirurgische Behandlung des Karpaltunnelsyndroms und des Ulnarisrinnen-Syndroms empfohlen.

Aus allgemein-internistischer und kardiologischer Sicht seien die Arbeitsunfähigkeiten in der aufgehobenen Verfügung nachvollziehbar. Auch aus pneumologischer Sicht könnten die erhobenen Arbeitsunfähigkeiten bestätigt werden. Die Spirometriebefunde hätten sich zwischen April 2015 und Dezember 2018 deutlich signifikant verbessert, was aus pneumologischer Sicht auf die sich etwas erholende linksventrikuläre Funktion und / oder eine angepasste kardiale Medikation zurückzuführen sei. Aus psychiatrischer Perspektive sei auszuführen, dass bereits zum Zeitpunkt der aufge-

hobenen Verfügung retrospektiv keine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr feststellbar gewesen sei. Somit sei der Versicherte aus rein psychiatrischer Sicht zu jener Zeit bereits wieder zu 100 % arbeitsfähig. Neurologischerseits sei auch für diesen Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Die wesentliche Änderung des Gesundheitszustands seither bestehe in einer weiteren Zunahme des Körpergewichts. Jedoch habe bereits zum Zeitpunkt der Verfügungen eine morbide Adipositas mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestanden.

7.9 In ihrer kurzen Stellungnahme vom 11. Juni 2019 anlässlich der interdisziplinären Fallbesprechung zwischen der Sachbearbeitung, dem medizinischen Dienst sowie dem Rechtsdienst stufen Dr. I. _____, Fachärztin Allgemeine Medizin FMH, physikalische Medizin und Rehabilitation FMH und zertifizierte Medizinerin SIM, und Dr. J. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Leistungsbeurteilung der G. _____-Gutachter als stichhaltig ein. Sie führten aus, die funktionellen Einschränkungen seien im Wesentlichen kardiologischer Natur. Aus pneumologischer Sicht sei eine leichte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten. Die Gutachter hätten folglich keine relevante Veränderung feststellen können mit Ausnahme der Gewichtszunahme, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (IVSTA-act. 322).

7.10 Die IVSTA holte nach dieser Beurteilung weitere Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes ein:

7.10.1 Gemäss der Stellungnahme vom 30. Dezember 2019 des RAD-Arztes Dr. K. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, zertifizierter SIM Gutachter, ist dem Entlassungsbericht des Allgemeinspitals (...) vom 15. April 2019 (vgl. E. 7.3.10) eine erneute kardiale Dekompensation des Beschwerdeführers mit einer Stabilisierung unter Diuretika zu entnehmen. Aus seinem Spitalaufenthalt vom 8. bis 15. April 2019 gehe beim Beschwerdeführer – mit bekannter behandelte ischämischer Kardiomyopathie, Adipositas, arterieller Hypertension und chronischer obstruktiver Lungenerkrankung – keine neue Gesundheitsschädigung hervor (IVSTA-act. 333).

7.10.2 In seiner Stellungnahme vom 9. Januar 2020 stellte Dr. J. _____ fest, dass die Untersuchung vom 7. Dezember 2018 durch Dr. Q. _____ (vgl. E. 7.3.3) einen Monat vor der Begutachtung stattgefunden habe, und dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zeitnah danach von den Gutachtern erhoben worden sei. Der Gesundheitszustand dürfte sich

in dem kurzen Zeitraum kaum wesentlich verändert haben. Andererseits sei festzustellen, dass sich weder die von Dr. Q. _____ gestellte Diagnose noch der erhobene Befund im Vergleich zu den Vorberichten (21. Juli 2017, 19. Oktober 2017, 8. Oktober 2018) wesentlich verändert hätten. Die genannten Vorberichte hätten den Gutachtern vorgelegen (S. 27 des psychiatrischen Gutachtens). Seines Erachtens vermöchte der neu eingereichte psychiatrische Bericht daher die Schlussfolgerungen der Gutachter nicht in Frage zu stellen (IVSTA-act. 334).

7.10.3 Dr. K. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2020 wiederholend fest, aus dem Dokument vom 15. April 2019 (vgl. E. 7.3.10) gehe hervor, dass der Versicherte eine neue kardiale Dekompensation erlitten habe mit Stabilisierung unter Diuretika. Aus dem Krankenhausaufenthaltsbericht vom 8. bis 15. April 2019 gehe demgegenüber nicht hervor, dass er bei Stabilisierung seiner Diuretika eine neue kardiale Dekompensation gehabt habe. Bei diesem Versicherten sei bekannt, dass er für ischämische Kardiomyopathie, Adipositas, Bluthochdruck und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung behandelt werde. Zusammenfassend werde daher festgestellt, dass es keine neuen objektiven medizinischen Beweise für eine Veränderung der gesundheitlichen Beeinträchtigung geben, so dass sich der Anspruch auf Leistungen ändern würde. Die medizinisch-juristische Beurteilung vom 11. Juni 2019 sei weiterhin gültig (IVSTA-act. 353).

8.

Zu prüfen ist, ob die neu eingeholten und neu berücksichtigten medizinischen Unterlagen eine schlüssige Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit seit April 2013 zulassen bzw. die Schlussfolgerungen der Gutachter zu bestätigen sind, was der Beschwerdeführer bestreitet. Nachfolgend werden einleitend die dazu vertretenen Positionen wiedergegeben.

8.1 Die Vorinstanz stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2020 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre G. _____ - Gutachten vom 11. Februar 2019. Daraus ergebe sich, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers in keiner für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Die funktionellen Einschränkungen seien hauptsächlich kardiologischer Natur. Im pneumologischen Bereich sei eine leichte Besserung des Gesundheitszustandes erfolgt, allerdings ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Fachleute hätten dementsprechend keine

bedeutende Änderung des Gesundheitszustandes festgehalten. Einzig erwähnt werde eine Gewichtszunahme, die jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (IVSTA-act. 354).

8.2 Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung von Art. 17 und Art. 43 ATSG. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, das G. _____-Gutachten sei nicht schlüssig, nicht nachvollziehbar und unvollständig, weshalb es nicht verwertbar sei. Dr. med. Jj. _____, Kk. _____ Psychiatrie, habe in ihrem Austrittsbericht vom 10. Juli 2014 eine Angststörung und eine depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), diagnostiziert (IVSTA-act. 100), was neu sei gegenüber dem D. _____-Gutachten und deshalb einen Revisionsgrund darstelle. Mit diesem Austrittsbericht habe sich der psychiatrische Gutachter der H. _____ nicht auseinandergesetzt. Das Gutachten sei auch deshalb nicht vollständig, weil ihm die medizinischen Akten der Rentenprüfung in (...) nicht zugrunde gelegt worden seien. Der Beschwerdeführer sei am 11. August 2018 von der Gutachterstelle für erstinstanzliche Verfahren (IVSTA-act. 341 ff.) untersucht worden, wobei schlussendlich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden sei. Im Übrigen würden die Arztberichte von Dr. Ll. _____ und Dr. Q. _____, welche die Diagnose einer depressiven Episode bzw. einer rezidivierenden Episode (gegenwärtig schwere Episode) nennen würden, vom psychiatrischen Gutachter als subjektiv vorgetragene Beeinträchtigungen beschrieben. Der Gutachter mache geltend, eine depressive Störung sei nicht evident, die Diagnosen würden sich auf subjektive Äusserungen stützen. Der Gutachter mache diese Feststellung, ohne nach dem Testverfahren gemäss dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) oder nach einem ähnlichen Testverfahren vorgegangen zu sein, weshalb das Gutachten diesbezüglich nicht vollständig und folglich nicht verwertbar sei. Im Übrigen habe Dr. Q. _____ im Bericht vom 18. April 2016 ausdrücklich festgestellt, dass es sich um objektive Befunde handeln würde (IVSTA-act. 349). Die objektiven Befunde seien eine auffällige Haltung und auffälliges Verhalten, hypervigile Aufmerksamkeit, hoch anxiös, depressiv polarisierte Hyperthyrie, Konzentrationsverlust, niedere Frustrationsschwelle, fehlende Impulskontrolle, gestörter dynamischer Antriebswille in Form von Hypobulie, sowie transitorische Schlaflosigkeit. Ebenso stützten sich Dr. Ll. _____ im Bericht vom 26. November 2014 (IVSTA-act. 338) und Dr. Q. _____ im Bericht vom 8. Oktober 2018 (IVSTA-act. 304) auf objektive Befunde und stellten dabei die Diagnosen ICD-10 F32.2 und F33.2 (Anmerkung des Gerichts: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome [ICD-10: F32.2] und Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome [ICD-10: F33.2]; vgl.

<www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/html-amtl2019/block-f30-f39.htm>, abgerufen am 5. März 2024). Dabei handle es sich um Diagnosen, die im D._____-Gutachten noch nicht gestellt worden seien, weshalb von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgegangen werden müsse.

Das psychiatrische Gutachten der H._____- sei zudem widersprüchlich und berücksichtige die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers nicht. Auf S. 27 ff. des psychiatrischen Gutachtens würden die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wiedergegeben: Aggressivität, Nervosität, Ängste bis Todesängste mit Schmerzen, Zittern, Druck in der Brust und Panikattacken. Bei den Befunden auf S. 33 halte med. pract. li._____- fest, dass Panikattacken vom Beschwerdeführer verneint würden. Ängste und Befunde würden keine vorliegen. Dies stehe im klaren Widerspruch zu den geklagten Beschwerden und es frage sich deshalb, ob der Gutachter bei den geklagten Beschwerden und bei den Befunden von derselben Person ausgehe. Das Gutachten sei auch aus diesem Grund nicht verwertbar.

Im D._____-Gutachten vom 3. November 2011 sei eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) diagnostiziert worden. Im Juli / August 2012 soll gemäss G._____-Gutachten vom 11. Februar 2019 keine Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht mehr bestanden haben. Das G._____-Gutachten begründe jedoch nicht schlüssig und nachvollziehbar, weshalb 2011 vom D._____- eine Panikstörung diagnostiziert worden sei und weshalb im 2019 die Panikstörung nicht mehr vorhanden sei.

Eine weitere neue Diagnose sei im Dezember 2017 gestellt worden. Dr. U._____- habe gemäss fachärztlichem Bericht vom 19. Dezember 2017 (IVSTA-act. 351) die Diagnose Schwindel und Taumel (ICD-10: R42) gestellt. Somit liege vorliegend eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, weshalb der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums und ohne Bindung an frühere Invalideneinschätzung zu prüfen sei (mit Verweis auf BGE 141 V 9).

8.3 Die Vorinstanz brachte in der Vernehmlassung zusammengefasst vor, das Gutachten entspreche gänzlich den bundesgerichtlich geforderten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. In die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der H._____- (IVSTA-act. 297-301) seien zunächst sämtliche

Vorakten einbezogen worden, und es habe ferner eine einlässliche Anamneseerhebung der jeweiligen Fachärzte stattgefunden. Aufgrund dieser Angaben und der durchgeführten eigenen Abklärungen im internistischen, kardiologischen, neurologischen, pneumologischen und psychiatrischen Bereich hätten die beurteilenden Fachärzte vermocht, sich ein schlüssiges und zweifelsfreies Bild der vorliegenden Leiden zu bilden sowie Aussagen zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu treffen. Dem anwaltlichen Vorwurf der fehlenden Beweiskraft insbesondere des psychiatrischen Gutachtens habe der IV-ärztliche Dienst nicht zu folgen vermocht (vgl. IV-ärztliche Stellungnahme vom 11. Juni 2019; IVSTA-act. 322), weitere im Anschluss an das interdisziplinäre Gutachten eingereichte heimatärztliche Befunde und Gutachten seien sowohl unter somatischer wie auch in psychiatrischer Betrachtung als nicht beweiskräftig genug erschienen, die gutachterlichen Befunde objektiv zu entkräften (vgl. Stellungnahmen vom 30. Dezember 2019 [IVSTA-act. 333], vom 9. Januar 2020 [IVSTA-act. 334] und vom 8. Februar 2020 [IVSTA-act. 353]).

8.4 Replicando führte der Beschwerdeführer ergänzend aus, dass vorliegend wichtig sei, dass die Vorinstanz Kenntnis von den Abklärungen in Serbien gehabt habe. Die Pflicht zur Abklärung des Sachverhaltes hätte für die Vorinstanz bedeutet, die ausländische Begutachtung bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu berücksichtigen und vor allem den Gutachtern vorzulegen (BVGer-act. 11).

8.5 Duplikweise hielt die Vorinstanz fest, dass die im Nachgang erhältlich gemachten Arztberichte sowie die serbische Begutachtung vom 11. April 2018 ebenfalls IV-ärztlich gewürdigt worden seien mit dem Ergebnis, dass sich daraus kein Sachverhalt ergebe, welcher der gutachterlichen Würdigung vom 8. Januar 2019 (recte wohl: 11. Februar 2019; IVSTA-act. 297-301) entgegenstehe. Der Sachverhalt sei demnach für eine zuverlässige Beurteilung als genügend zu betrachten und als überwiegend wahrscheinlich zu würdigen.

9.

Die Aktenlage zwischen Referenzzeitpunkt und Revisionszeitpunkt ist wie folgt zu würdigen:

9.1 Das polydisziplinäre Gutachten der H._____ vom 11. Februar 2019, wie in E. 7.8 inhaltlich eingehend wiedergegeben, beruht auf einer Berücksichtigung der medizinisch relevanten Vorakten sowie einer eingehenden klinischen Untersuchung mit Angabe der erhobenen Befunde, enthält eine

eingehende Anamnese pro Fachgebiet, prüft die Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie enthält eine eingehende und kritische Beurteilung der Auswirkungen der Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit und auch eine Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen Beurteilungen. Sodann erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Die Gutachter, deren Teilexpertisen mit der interdisziplinären Gesamtbeurteilung übereinstimmen, verfügen über Facharzttitel in den medizinischen Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Pneumologie, Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin und waren zur Beurteilung des Gesundheitszustandes in somatischer und psychischer Hinsicht und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zweifellos fachlich qualifiziert und befähigt. Das Gutachten korrigiert die im Rückweisungs Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 9. Mai 2018 genannten Mängel (Keine Berücksichtigung und Auseinandersetzung mit den Vorakten, keine zusammenfassende Diagnosestellung oder wertende Beurteilung, keine Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit, Notwendigkeit einer erneuten psychiatrischen Begutachtung). Das polydisziplinäre Gutachten der G. _____ vom 11. Februar 2019 ist für die streitigen Belange umfassend und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation für die hier interessierenden Fragen einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet, so dass grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

9.2 Dem polydisziplinären Gutachten haben sich in medizinischer Hinsicht und bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch die Ärzte des medizinischen Dienstes, Dr. I. _____, Fachärztin Allgemeine Medizin FMH, physikalische Medizin und Rehabilitation FMH und zertifizierte Medizinerin SIM (Stellungnahme vom 11. Juni 2019; IVSTA-act. 322), Dr. J. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Stellungnahmen vom 11. Juni 2019 [IVSTA-act. 322] und 9. Januar 2020 [IVSTA-act. 334]), und Dr. K. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, zertifizierter SIM Gutachter (Stellungnahmen vom 30. Dezember 2019 [IVSTA-act. 333] und 8. Februar 2020 [IVSTA-act. 353]), angeschlossen.

9.3 In *somatischer* Hinsicht ergibt sich Folgendes:

9.3.1 Die Sachverständigen haben gestützt auf umfassende, persönliche Untersuchungen des Beschwerdeführers in allgemein-internistischer, kardiologischer, neurologischer und pneumologischer Hinsicht sowie auf eine eingehende Würdigung der medizinischen Vorakten aus interdisziplinärer

Sicht, unter Einbezug des psychiatrischen Teilgutachtens (vgl. dazu E. 9.4 hiernach), schlüssig dargelegt, dass kardiologischer- und allgemein-inter-nistischerseits als Folge des stattgehabten Vorderwandinfarktes bei koronarer Ein-Gefäss-Erkrankung und ischämischer Kardiomyopathie mit erheblicher Einschränkung der Pumpfunktion sowie als Folge der morbiden Adipositas eine Minderung der körperlichen Leistungs- und Ausdauerfähigkeit mit einer qualitativen und quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Die pneumologischerseits festgestellte mittelschwer verminderte Vitalkapazität bei morbidem Adipositas und koronarer Kardiomyopathie mit kompensierter Herzinsuffizienz führe aus pneumologischer Sicht bei im Vordergrund stehender kardialer Problematik zu keiner weiteren relevanten Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die im Rahmen der neurologischen Begutachtung festgestellten Nervenkompressionssyndrome führten, da sie chirurgisch effektiv behandelbar seien, nicht zu einer dauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

9.3.2 Weiter erscheinen die gutachterlichen Aussagen schlüssig, wonach sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zur Referenzsituation am 23. April 2013 respektive im Vergleich zum D._____ - Gutachten vom 3. November 2011, auf welches sich die Verfügung vom 23. April 2013 in somatischer Hinsicht gestützt hatte, nicht in einer anspruchrelevanten Weise geändert hat. Aus pneumologischer Sicht werden die lungenfunktionellen Untersuchungen erst seit dem 16. März 2015 dokumentiert. Es ist sodann eine Verbesserung der Spirometriefunde zwischen den Resultaten vom 27. April 2015 und dem 24. Dezember 2018 erkennbar, welche nachvollziehbar durch eine verbesserte kardiale Medikation und / oder kardiale Funktion gutachterlich erklärt wird.

9.3.3

9.3.3.1 Zur Adipositas gilt Folgendes: Zu beachten ist, dass im Gebiet der IV ganz allgemein der Grundsatz gilt, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, das ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihres invalidisierenden Gesundheitsschadens soweit wie möglich zu mildern (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b). Von den versicherten Personen können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalls zumutbar sind (vgl. BGE 113 V 22 E. 4a). Rechtsprechungsgemäss bewirkt eine Adipositas an sich keine Invalidität. Eine solche kann nur angenommen werden, wenn das Übergewicht schon zu Gesundheitsschäden geführt hat oder wenn es selber die Folge gesundheitlicher Störungen ist,

dadurch die Erwerbsfähigkeit wesentlich vermindert wird und diese durch keine zumutbaren Massnahmen in bedeutendem Grade verbessert werden kann (vgl. Urteil des BGer 8C_663/2017 vom 12. Dezember 2017, E. 3.2).

9.3.3.2 Dem D. _____-Gutachten vom 3. November 2011 war noch zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine morbid Adipositas (ICD-10: E66.0) festzustellen sei. Die Gutachter führten in ihrer Gesamtbeurteilung aus, dass beim Beschwerdeführer eine massive Gewichtsreduktion im Vordergrund stehe, welche das metabolische Syndrom günstig beeinflussen könnte, dies als Hauptrisikofaktor aus kardiovaskulärer Sicht. Die Gewichtsreduktion sei dringend angezeigt und diene der Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes und indirekt zur Erhaltung der Restarbeitsfähigkeit (vgl. IVSTA-act. 43, S. 21). Demgegenüber wird im G. _____-Gutachten vom 11. Februar 2019 neu die morbid Adipositas als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Die wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes bestehe in einer weiteren Zunahme des Körpergewichts (IVSTA-act. 297, S. 15 und 16). Die Gutachter stellen in ihrer Konsensbeurteilung fest, dass die morbid Adipositas (aktueller BMI von 53,9) zu einer Minderung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit führe (IVSTA-act. 297, S. 8 ff.). Beim Beschwerdeführer falle sodann eine gewisse Diskrepanz zwischen der Sorge um die eigene gesundheitliche Verfassung und Angst vor einem möglichen erneuten Herzinfarkt einerseits und einer als Gleichgültigkeit imponierenden Haltung gegenüber einer dringend notwendigen Gewichtsreduktion andererseits auf (IVSTA-act. 297, S. 12).

9.3.3.3 Weder aus dem D. _____-Gutachten vom 3. November 2011, dem G. _____-Gutachten vom 11. Februar 2019, den Stellungnahmen der Ärzte des medizinischen Dienstes noch aus den weiteren Arztberichten ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass die Adipositas eine Folge gesundheitlicher Störungen wäre. Sodann ist durch die vorliegenden Akten auch erstellt, dass die Herzinsuffizienz, der Diabetes mellitus, die arterielle Hypertonie und die Hyperlipidämie sowie hieraus die Arbeitsfähigkeit erst dann eine Verbesserung erfahren, wenn das Gewicht reduziert wird (vgl. insbesondere IVSTA-act. 298, S. 22, 48, 51). Gestützt auf die vorstehend zitierten Arztberichte und das Gutachten steht fest, dass weder die Gutachter noch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte davon ausgehen, die Adipositas sei neu nicht mehr behandelbar und dem Beschwerdeführer sei

eine Gewichtsabnahme nicht mehr zumutbar (vgl. IVSTA-act. 298, S. 24 f.).

9.3.3.4 Es ist nach dem Gesagten festzustellen, dass die weitere Gewichtszunahme im vorliegenden Fall keine für das Revisionsverfahren anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes darstellt, zumal diese zwar eine Veränderung des Gesundheitszustandes begründet, jedoch keine (zusätzlich zur kardialen Problematik) *weitere* Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hat.

9.3.4 In Bezug auf die somatischen Beschwerden rügt der Beschwerdeführer, die im Arztbericht von Dr. U. _____ vom 19. Dezember 2017 (IVSTA-act. 351) gestellte Diagnose Schwindel und Taumel (ICD-10: R42) sei unberücksichtigt geblieben. Diese Kritik ist unbegründet: Der neurologische Gutachter, Dr. med. Gg. _____, hält explizit fest, die vom Versicherten vorgetragene unspezifische Schwindelbeschwerden seien klinisch nicht fassbar (IVSTA-act. 299, S. 11 f.; so die Gutachter auch in der Konsensbeurteilung, vgl. IVSTA-act. 297, S. 8 und 12). Die diesbezüglich durchgeführten neurologischen Untersuchungen (Frenzelbrille, Nystagmus-Trommel, Kopfpulstest) seien unauffällig (vgl. IVSTA-act. 299, S. 11 und 12). Es ist sodann darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Befragung durch den internistischen sowie kardiologischen Gutachter, Dr. med. Ff. _____, Schwindel auf Nachfrage verneinte (IVSTA-act. 298, S. 15 und 41).

9.3.5 Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht des Allgemeinspitals (...) vom 25. April 2020, unterzeichnet von Dr. Mm. _____, zu den Akten. Aus diesem geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer infolge eines hohen Blutdrucks am 25. April 2020 notfallmässig in Behandlung begeben musste. Dem Bericht ist die Diagnose einer essentiellen (primären) Hypertonie (ICD-10: I10) zu entnehmen (Beilage zu BVGer-act. 8). Dabei handelt es sich hingegen nicht um eine neue Diagnose: Eine arterielle Hypertonie wird sowohl im D. _____-Gutachten als auch im G. _____-Gutachten als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (vgl. IVSTA-act. 43, S. 19, Rz. 5.2; IVSTA-act, 297, S. 9). Dass diese Diagnose nunmehr zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, wird weder geltend gemacht, noch geht dies aus dem Bericht vom 25. April 2020 hervor. Der nach Verfügungserlass datierte Arztbericht enthält keine weiteren (vom bisher Bekannten abweichende) somatischen Befunde, die Rückschlüsse auf den vorliegend interessierenden Zeitraum erlaubten.

9.3.6 In somatischer Hinsicht fehlt es nach dem Gesagten gestützt auf das G. _____-Gutachten vom 11. Februar 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einer nach dem 23. April 2013 eingetretenen anspruchserheblichen Sachverhaltsveränderung.

9.4 In *psychischer* Hinsicht ergibt sich das Nachstehende:

9.4.1

9.4.1.1 Dem G. _____-Gutachten sind keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Der psychiatrische Gutachter stützt sich auf die Anamnese und das Interaktions- und Kommunikationsverhalten des Beschwerdeführers während der persönlichen Untersuchung vom 8. Januar 2019 sowie auf den dabei erhobenen ausführlichen psychopathologischen Befund nach dem System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) und erläutert einleuchtend, dass bei den aktenkundigen Diagnosen der jeweilige Befund nicht oder nur spärlich dargelegt und im Wesentlichen die subjektiven Beschwerdeangaben zur Diagnosestellung berücksichtigt worden sind. Der Gutachter zeigt im Weiteren nachvollziehbar auf, dass eine Diskrepanz zwischen subjektiv vorgetragener und objektiv tatsächlich vorhandener Symptomatik und überwiegend wahrscheinlich eine Aggravation besteht, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus einem enttäuschten und vom Versicherten als rechtmässig empfundenen Versorgungsbegehren resultiere. Ebenfalls nachvollziehbar ist die Schlussfolgerung des Gutachters, wonach die Frequenz der psychiatrischen Konsultationstermine sowie die Spiegelbestimmungen, welche eine mindestens unregelmässige Einnahme der antidepressiven Medikation zeigt, einem namhaften Leidensdruck des Beschwerdeführers entgegenstehen.

9.4.1.2 Hinsichtlich des reversionsspezifischen Beweisthemas hält der Gutachter überzeugend fest, dass aufgrund aktuell durchgeführter Untersuchungen und Befunde bereits im Rahmen des D. _____-Gutachtens vom 3. November 2011 keine namhafte psychische Einschränkung mehr objektiviert werden könne. Es zeigten sich aus den Inhalten der Begutachtung Diskrepanzen in den Angaben des Beschwerdeführers gegenüber dem behandelnden Psychiater. So werde in den vorhandenen ärztlichen Berichten mehrfach aufgeführt, dass der Versicherte ein Vermeidungsverhalten in der Art, das Haus nicht zu verlassen, aufgrund von Angstsymptomen angegeben habe. Dieser Darstellung habe er im Rahmen der D. _____-Begutachtung selbst widersprochen, in dem er angegeben habe, Aussenaktivitäten durchaus nachzugehen. Es werde im D. _____-Gutachten darauf

Bezug genommen, dass der Versicherte bereits damals in der Lage gewesen sei, selbstständig einzukaufen, einen Park zu besuchen und fischen zu gehen, an einem Arbeitsprogramm teilzunehmen und mit dem Flugzeug in seine Heimat zu fliegen.

9.4.1.3 Der Gutachter geht ab dem Herzinfarktereignis im Juni 2008 ca. bis Ende Dezember 2008 von einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit als Folge einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems aus. Ab dem Januar 2009 sei retrospektiv noch eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit bis Juni 2009 und ab Juli 2009 bis Dezember 2009 eine maximal 20 %-ige Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachvollziehbar. Ab dem 1. Januar 2010 sei beim Versicherten aus aktueller gutachterlicher Sicht retrospektiv wieder von einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit von psychiatrischer Seite auszugehen.

9.4.2 Betreffend das psychiatrische Teilgutachten moniert der Beschwerdeführer zunächst, der G. _____-Gutachter habe zum Austrittsbericht der Kk. _____ Psychiatrie, Dr. med. Jj. _____, vom 10. Juli 2014 nicht Stellung genommen (BVGer-act. 1, Rz. 5.1). In Bezug auf den Austrittsbericht der Kk. _____ Psychiatrie, unterzeichnet von Dr. med. Nn. _____, Oberärztin, und Dr. med. Jj. _____, Assistenzärztin (IVSTA-act. 100), ist festzuhalten, dass sich im Gutachten unter den berücksichtigten Vorakten («Aktenauszug / Fachspezifische Aktenzusammenfassung», S. 19) ein Kurzbericht zum Austritt der Kk. _____ Psychiatrie vom 20. Juni 2013, betreffend den Aufenthalt des Versicherten vom 22. Mai 2014 bis zum 17. Juni 2014, unterzeichnet von Dr. med. Nn. _____ und Dr. med. Jj. _____ (vgl. IVSTA-act. 94) findet. Dort werden übereinstimmend mit dem Austrittsbericht vom 14. Juli 2014 die psychiatrische Hauptdiagnose Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) sowie als Nebendiagnose eine psychische Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.2) genannt (IVSTA-act. 301, S. 19). Sodann stimmen Procedere und Hinweise zu der Behandlung mit Antidepressiva im Wortlaut überein. Mit diesem Bericht setzt sich der psychiatrische Gutachter denn auch vertieft auseinander und legt dar, dass der Versicherte gemäss Bericht in psychisch stabilisiertem Zustand in gegenseitigem Einvernehmen in die bekannten Verhältnisse entlassen worden sei und das Ausmass der psychischen Beeinträchtigung beim Versicherten im Vergleich zu den weiteren Vorberichten deutlich relativiert werde. Es werde lediglich noch eine Anpassungsstörung, eine Störung, deren Ausmass per Definition ausserhalb einer leichten depressiven Episode liege, postuliert. Der Gutachter führt im Speziellen an, dass entsprechend

den Beschreibungen aus seiner Sicht eine noch diskret vorhandene herzphobische Symptomatik zu erwähnen gewesen wäre und damit ein Restzustand einer Phobie (IVSTA-act. 301, S. 40). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass im Gutachten für den medizinischen Sachverhalt unter anderem auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-644/2017 verwiesen wird (vgl. «Medizinischer Sachverhalt», S. 3), in welches der Austrittsbericht vom 10. Juli 2014 (IVSTA-act. 100) ebenfalls Eingang fand (vgl. dortige E. 5.4.2.2). Nach dem Gesagten enthält der Austrittsbericht vom 10. Juli 2014 keine objektiven Befunde, zu welchen der psychiatrische Gutachter nicht in nachvollziehbarer Weise Stellung genommen hätte.

9.4.3 Der Beschwerdeführer bemängelt weiter, die in den Arztberichten von Dr. Li. _____ (IVSTA-act. 338) und Dr. Q. _____ (IVSTA-act. 304 und 349) gestellte Diagnose einer depressiven Episode bzw. einer rezidivierenden (gegenwärtig schweren) Episode würden vom psychiatrischen Gutachter als subjektiv vorgetragene Beeinträchtigungen beschrieben. Der Psychiater Li. _____ habe diese Feststellung ohne Testverfahren nach BDI oder einem ähnlichen Testverfahren gemacht (BVGer-act. 1, Rz. 5.3).

9.4.3.1 Dem Teilgutachten ist zu entnehmen, dass sich der psychiatrische Gutachter in der Befunderhebung auf das (klassische) System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) abstützte (vgl. IVSTA-act. 301, S. 32), welches in den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP zur Anwendung empfohlen wird (abrufbar unter: <www.psychiatrie.ch/sgpp> Fachleute und Kommissionen > Leitlinien > Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten 2016>, abgerufen am 5. März 2024 [nachfolgend: Qualitätsleitlinien SGPP], S. 10, Rz. 4.3.1). Das Prüfsystem beinhaltet Instrumente zur standardisierten Erfassung des psychopathologischen Befundes, körperlicher Symptome und Anamnese-Daten bei psychisch Kranken. Es findet international Anwendung (<www.amdp.de/#!/das-amdp-system>, abgerufen am 5. März 2024). Zu Zusatzuntersuchungen enthalten die Qualitätsleitlinien SGPP den Hinweis, dass je nach Symptomatik der Einsatz von psychodiagnostischen Instrumenten (Selbst- und Fremdrating, Fragebögen, mehr oder weniger strukturierte Interviews) sinnvoll sein könne. Die psychodiagnostisch gewonnenen Resultate könnten nur zur Ergänzung der eigentlichen Exploration dienen. Die klinische Untersuchung sowie die Beurteilung von Konsistenz und Validität blieben Grundlage dafür, ob die psychodiagnostisch gewonnenen Resultate plausibel seien (Qualitätsleitlinien SGPP, S. 19, Rz. 4.3.2). Vorliegend hat der psychiatrische Gutachter

auf zusätzliche Tests verzichtet, jedoch Laboruntersuchungen vornehmen lassen. In diesem Vorgehen ist keine Begutachtung contra legem artis zu erkennen. Die laborchemische Kontrolle des Escitalopramspiegels und der Metaboliten des Methyl-Citaloprams sowie der Mirtazapinspiegel und seiner aktiven Metaboliten hat zudem gezeigt, dass die Aussagen des Beschwerdeführers zur Medikamenteneinnahme nicht objektiviert werden können (IVSTA-act. 301, S. 34). Aus dem Verzicht auf zusätzliche Testungen ist daher nicht auf eine mangelnde Aussagequalität des Gutachtens zu schliessen.

9.4.3.2 In Bezug auf den durch den Beschwerdeführer genannten Bericht von Dr. LI._____, Fachärztin für Psychiatrie, vom 26. November 2014 (IVSTA-act. 338), ist festzuhalten, dass dieser Bericht dem psychiatrischen Gutachter vorgelegen hat (vgl. IVSTA-act. 301, S. 20 und 41). Das psychiatrische Teilgutachten setzt sich mit dem Bericht von Dr. LI._____ vertieft auseinander und legt dar, dieser sei in sich widersprüchlich, da zunächst ein vermeintlich schlechter Zustand geschildert werde, dann ein Verlauf mit Stabilisierung. Nachvollziehbarerweise hält der Gutachter fest, die diagnostische Einstufung der Art, dass eine depressive Episode und eine rezidivierende Störung gleichermassen verschlüsselt würden, sei fachlich wenig kompetent. Zum Bericht vom 26. November 2014 führt der Gutachter aus, in diesem werde ein unveränderter Zustand postuliert (vgl. IVSTA-act. 301, S. 41).

9.4.3.3 Der psychiatrische Gutachter legt sodann nachvollziehbar dar, dass die im Bericht von Dr. Q._____ vom 8. August 2016 (IVSTA-act. 188 [deutsche Übersetzung]) genannte *schwere* depressive Störung anhand des psychopathologischen Befunds nicht plausibel erscheine, dieser Diagnose auch die Dosierung der antidepressiven Medikation widerspreche und der Versicherte insbesondere keine Krankenhausbehandlung angenommen habe, welche bei dieser Diagnose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit notwendig gewesen wäre. Sodann werde von Dr. Q._____ betreffend die Kontrolluntersuchung am 7. April 2017 (Bericht vom 11. April 2017; IVSTA-act. 207) als Diagnose eine depressive Episode (ICD-10: F32) aufgeführt, was im Widerspruch zur vorhergehenden diagnostischen Einschätzung stehe. Ebenfalls fehle es an einer Angabe der Ausprägung. Die beschriebene Beschwerdesymptomatik sei in weiten Strecken äquivalent zum Bericht, in welchem die Ärztin eine schwere depressive Episode postuliere. Im Bericht vom 19. Oktober 2017 (IVSTA-act. 223) werde eine rezidivierende depressive Störung mit schwerer Ausprägung (ICD-10:

F33.2) verschlüsselt. Allerdings werde keine nachvollziehbare Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten aus diesem Bericht plausibel. Es würden dieselben subjektiv beklagten Symptome wie in den Vorberichten beschrieben. Mit Bezug auf den durch den Beschwerdeführer genannten Bericht von Dr. Q. _____ vom 8. Oktober 2018 (IVSTA-act. 265 = 267 = 304) legt der Gutachter dar, dass diesem ein unveränderter Gesundheitszustand zu entnehmen sei und im Wesentlichen dieselben Beschwerden wie in den Vorberichten dargelegt würden. Auch aus diesem Bericht lasse sich keine namhafte psychische Beeinträchtigung objektivieren (vgl. IVSTA-act. 301, S. 41 f.). Der Gutachter hat sich demnach vertieft mit den diversen Berichten und den darin gestellten Diagnosen von Dr. Q. _____ auseinandergesetzt und in nachvollziehbarer Weise die bestehenden Diskrepanzen und eine zumindest zweifelhafte Objektivität dieser Befunde aufgezeigt. In diesem Zusammenhang ist im Weiteren der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2).

9.4.4 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, Dr. Q. _____ habe in ihrem Bericht vom 18. April 2016 ausdrücklich festgehalten, es handle sich um objektive Befunde (BVGer-act. 1, Rz. 5.2). Dr. Q. _____ diagnostiziert eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2). Der Beschwerdeführer habe eine auffällige Haltung und auffälliges Verhalten (er rutsche auf dem Sessel hin und her, stehe ständig auf und setze sich wieder hin, knacke mit den Fingern), er sei wach, in alle Richtungen richtig orientiert, hypervigile Aufmerksamkeit, hoch anxiös, depressiv polarisierte Hyperthy-mie, Konzentrationsverlust, niedere Frustrationsschwelle, fehlende Impulskontrolle, derzeit gestörter dynamischer Antriebswille in Form von Hypobulie, transitorische Schlaflosigkeit, derzeit distanzieren er sich von suizidalen Vorstellungen und Absichten (IVSTA-act. 349). Diese Ausführungen der behandelnden Ärztin stimmen mit ihren Vorberichten weitgehend überein; der Bericht vermag keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens zu wecken. Er enthält keine objektiven Befunde, welche im G. _____-Gutachten nicht berücksichtigt worden wären. Es kann auf die vorhergehenden Ausführungen verwiesen werden (vgl. E. 9.4.3.3 hiervoor).

9.4.5 Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. BVGeract. 1, Rz. 5.4) legt der psychiatrische Gutachter ebenfalls dar, dass es nach dem Herzinfarktereignis im Juni 2008 zu einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems gekommen sei, in deren Rahmen möglicherweise auch sporadische Panikattacken aufgetreten seien. Diese hätten zu einem nachvollziehbaren ängstlich geprägten Vermeidungsverhalten geführt. Mindestens ab dem Jahr 2010 sei allerdings retrospektiv von einer sukzessiven Remission der Symptomatik mit aktuell lediglich noch diskreter Restsymptomatik auszugehen.

9.4.6 Soweit der Beschwerdeführer ausführt, der psychiatrische Gutachter habe seine geklagten Beschwerden nicht berücksichtigt, erweist sich diese Rüge als aktenwidrig. Der Gutachter geht mehrfach auf die geklagten Beschwerden ein und legt dar, weshalb eine Diskrepanz zwischen den subjektiv vorgetragenen und der objektiv tatsächlich vorhandenen Symptomatik zu vermuten ist (vgl. E. 9.4.1.1). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass auf Seite 27 ff. des Gutachtens hervorgehe, dass er über Aggressivität, Nervosität, Ängste bis Todesängste mit Schmerzen, Zittern, Druck in der Brust und Panikattacken geklagt habe, der Gutachter auf Seite 33 (Psychiatrischer Befund nach AMDP) jedoch festhalte, Panikattacken würden verneint und Ängste würden keine vorliegen, kann darin keine Widersprüchlichkeit gesehen werden. Vielmehr handelt es sich bei Letzterem nicht um die wörtliche Widergabe der geklagten Beschwerden, sondern um die Befundung durch den Gutachter zur Abklärung des Vorhandenseins oder Nicht-Vorhandenseins einer psychischen Beeinträchtigung.

9.5

Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 418 E. 6). Wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 4.2.1 hiervor), besteht das Wesen des strukturierten Beweisverfahrens darin, anhand eines Kataloges von Standardindikatoren, unterteilt in verschiedene Kategorien, das unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Unter der Bedingung, dass im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 (Leistungseinschränkung auf Aggravation beruhend, erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen

und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, Angabe von intensiven Schmerzen, deren Charakterisierung vage bleibt, keine Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung und Therapie, unglaubwürdige und demonstrativ vorgetragene Klagen, Behauptung schwerer Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld) die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, besteht rechtsprechungsgemäss von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_491/2015 vom 24. September 2015, E. 4.2.2 mit Hinweisen auf BGE 141 V 281 E. 2.2, 2.2.2 und 4.2).

Aufgrund der obgenannten gutachterlichen Beurteilungen hat zweifellos als erstellt zu gelten, dass die Diskrepanzen zwischen den vom Beschwerdeführer geltend gemachten bzw. zum Ausdruck gebrachten Einschränkungen seines Leistungsvermögens und den Erkenntnissen anlässlich der Begutachtung nicht bzw. nicht in ihren Ausprägungen objektiv erklärt werden konnten (vgl. hierzu Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts C-1237/2017, C-4500/2018 vom 20. Januar 2021 E. 7.2.2 mit Hinweis auf Urteil C-2961/2014 vom 14. Juli 2015 E. 9.2.2). Insofern sind die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einschränkungen nicht plausibel (zur Plausibilisierung von Funktionseinschränkungen vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1; 140 V 290 E. 3.3.2; 130 V 352).

Nach dem vorstehend Dargelegten besteht Klarheit darüber, dass beim Beschwerdeführer Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 vorliegen (erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, intensive Schmerzen werden angegeben, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; es wird keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen; demonstrativ vorgetragene, unglaubwürdig wirkende Klagen; Behauptung schwerer Einschränkungen im Alltag bei intaktem psychosozialen Umfeld). Es besteht demnach von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente aus rein psychischen Gründen, selbst wenn – was nicht der Fall ist – beim Beschwerdeführer die klassifikatorischen Merkmale einer (rezidivierenden) depressiven Störung oder eines anderen psychosomatischen Leidens diagnostiziert worden wären (vgl. Urteil des BGer 8C_491/2015 vom 24. September 2015, E. 4.2.2 mit Hinweisen auf BGE 141 V 281 E. 2.2, 2.2.2 und 4.2).

9.6

Aus dem Gesagten ergibt sich zusammenfassend, dass der rechtserhebliche Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt wurde (Art. 43 ff.

ATSG sowie Art. 12 VwVG) und sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der vorliegenden Aktenlage und mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418; 143 V 409 und 141 V 281) schlüssig und zuverlässig beurteilen lässt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Es ist somit entsprechend der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der G. _____ davon auszugehen, dass im hier zu beurteilenden Zeitraum keine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist. Soweit der Beschwerdeführer die Erstellung eines neuen Gutachtens verlangt, ist zu entgegnen, dass das vorliegende Gutachten die Voraussetzungen an eine beweiswertige Expertise erfüllt und von weiteren Beweisabnahmen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Damit ist der Antrag auf ergänzende medizinische Abklärungen in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 141 I 60 E. 3.3; 122 V 157 E. 1d) abzuweisen.

10.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Die Beschwerde vom 12. März 2020 ist folglich abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 13. Februar 2020 zu bestätigen.

11.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

11.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da dem unterliegenden Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 6. Juli 2020 (BVGer-act. 9) die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, sind ihm keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der obsiegenden Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

11.2

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

11.2.2 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat zufolge Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung einen Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Da im vorliegenden Verfahren 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 Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.– gerechtfertigt.

11.3 Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er zu hinreichenden Mitteln gelangt (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Infolge Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung wird Rechtsanwältin Melanie Schneider-Koch zu Lasten der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'800.– zugesprochen. Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so hat er diesen Betrag dem Bundesverwaltungsgericht zurückzuerstatten.

4.

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Rahel Schöb

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: