Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-2685/2023

Urteil vom 27. November 2025

Besetzung

Richter Philipp Egli (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Martina Filippo.

Parteien

A._____, (Österreich),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 17. April 2023.

Sachverhalt:

A.

A.a Der am (…) 1967 geborene A._____ (Beschwerdeführer), Vater zweier Kinder (geb. 1992 und 1994), lebt seit 2016 in Österreich und verfügt über die österreichische Staatsbürgerschaft (vgl. Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [im Folgenden: IVSTA-act.] 1, 10). Von Januar 1987 bis Februar 2004 war er mit Unterbrüchen in der Schweiz erwerbstätig. Ab 2011 arbeitete er zunächst wieder als Grenzgänger in der Schweiz, verlegte aber dann von November 2013 bis April 2016 seinen Wohnsitz von Österreich in die Schweiz (IVSTA-act. 1, 8, 77 f.). Bis zur Kündigung des Arbeitgebers aus gesundheitlichen Gründen per 31. Juli 2014 (letzter effektiver Arbeitstag: 31. Oktober 2013) war der Beschwerdeführer zuletzt als Projektleiter im Bereich Wärme- und Schalldämmung von Fahrzeugen bei der B._____AG tätig (IVSTA-act. 15). Von September 2014 bis April 2016 war er als arbeitslos gemeldet. Insgesamt entrichtete er während 242 Monaten Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; IVSTA-act. 77 f.).

A.b Am 16. April 2014 meldete sich der Beschwerdeführer aufgrund eines Burnouts erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an (IVSTA-act. 1). Wegen fehlender Mitwirkung des Beschwerdeführers erliess die IV-Stelle des Kantons C._____ am 21. März 2016 eine Nichteintretensverfügung, die unangefochten in Rechtskraft erwuchs (IVSTA-act. 67).

A.c Am 3. Juli 2017 meldete sich der Beschwerdeführer erneut aufgrund eines Burnouts, Übergewicht, schwergradigen chronischen Schlafapnoe-Syndroms, anamnestischen Tinnitus und rechtseitiger belastungsabhängiger Knieschmerzen zum Bezug von IV-Leistungen an (vgl. IVSTA-act. 5, 91, 98). Nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Pneumologie; IVSTA-act. 124) wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Vorinstanz) das Leistungsbegehren am 9. Oktober 2019 ab (IVSTA-act. 153). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-5879/2019 vom 17. März 2022 mit der Begründung ab, der medizinische Sachverhalt sei rechtsgenüglich abgeklärt worden und von weiteren medizinischen Abklärungen seien keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (IVSTA-act. 192).

A.d Gegen dieses Urteil erhob der Beschwerdeführer am 24. April 2022 Beschwerde vor Bundesgericht (IVSTA-act. 199). Mit Urteil 8C_253/2022

vom 31. Mai 2022 trat das Bundesgericht mangels sachbezogener Begründung nicht auf die Beschwerde ein (IVSTA-act. 211).

B.

B.a Am 11. Februar 2022 meldete sich der Beschwerdeführer über die österreichische Verbindungsstelle erneut bei der Vorinstanz zum Bezug von IV-Leistungen an (IVSTA-act. 187, 218). Am. 4 April 2022 übermittelte die österreichische Verbindungsstellte einen ärztlichen Bericht («Gutachten») vom 11. Januar 2022 mit Ergänzung vom 20. Januar 2022 sowie einen psychodiagnostischen Untersuchungsbericht vom 20. Dezember 2021 (IVSTA-act. 194–196).

B.b Nach Einholung von Stellungnahmen des RAD D._____ und des medizinischen Dienstes der Vorinstanz (IVSTA-act. 213, 226) stellte die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 10. Februar 2023 die Ablehnung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IVSTA-act. 227). Mit Verfügung vom 17. April 2023 erliess die Vorinstanz eine dem Vorbescheid entsprechende Verfügung (IVSTA-act. 228).

C.

C.a Gegen die Verfügung vom 17. April 2023 erhob der Beschwerdeführer am 4. Mai 2023 Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 17. April 2023, eine Rückweisung an die Vorinstanz zwecks weiterer Abklärungen seines Gesundheitszustandes sowie die Erstellung eines neuen Gutachtens. Zudem beantragte er die unentgeltliche Prozessführung (BVGer-act. 1). Der Beschwerde legte er zwei vom 2. Mai 2023 datierte medizinische Berichte als Belege für die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen bei (BVGer-act. 1 Beilagen).

C.b Am 31. Oktober 2023 hiess das Bundesverwaltungsgericht, nach mehrfach erstreckter Frist zwecks Einholung weiterer Unterlagen (BVGer-act. 3–11), das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung gut (BVGer-act. 12).

C.c Mit Vernehmlassung vom 11. Dezember 2023 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde, nachdem sie die vom Beschwerdeführer neu eingereichten fachärztlichen Berichte von ihrem ärztlichen Dienst beurteilen liess (BVGer-act. 15 und Beilagen).

C.d Mit Replik vom 26. Februar 2024 reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen neueren Datums als Beleg für eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ein (BVGer-act. 21).

C.e Die neu eingereichten medizinischen Unterlagen legte die Vorinstanz ihrem ärztlichen Dienst zur Stellungnahme vor (BVGer-act. 23 Beilagen). In der Duplik vom 27. März 2024 hielt die Vorinstanz an ihren in der Vernehmlassung getroffenen Feststellungen und den darin gestellten Anträgen fest (BVGer-act. 23).

C.f Mit Eingabe vom 15. April 2024 reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen ein (BVGer-act. 25).

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 und Art. 69 IVG [SR 831.20]).

1.2 Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher – nachdem dem Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 31. Oktober 2023 die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde – einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

2.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

2.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und

im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; Art. 13 VwVG; BGE 125 V 193 E. 2 und 122 V 157 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

2.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 17. April 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 8C_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.; BGE 121 V 362 E. 1b).

3.

3.1 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 17. April 2023 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.

Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 11. Februar 2022 erfolgten Neuanmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 31. Dezember 2021 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) beurteilt sich die Streitigkeit demnach nach der ab 1. Januar 2022 geltenden Rechtslage.

3.2 Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und war in der der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

4.

4.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 17. April 2023, mit welcher die Vorinstanz den Antrag des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abgelehnt hat (IVSTA-act. 228). Prozessthema ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung, nachdem zuvor ein Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 9. Oktober 2019 verneint worden ist (Bst. A.c vorstehend).

4.2

4.2.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person – gleich wie im Revisionsgesuch – glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung – wie hier – auf die Neuanmeldung ein, unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (BGE 133 V 450 E. 3.2; 109 V 108 E. 2b).

4.2.2 Bei einer Neuanmeldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevision (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) analog Anwendung (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]; BGE 133 V 108 E. 5.2; 130 V 71). Daher ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob das Erfordernis einer anspruchsrelevanten Veränderung des Sachverhalts erfüllt ist; erst in einem zweiten Schritt ist der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9; Urteil des BGer 8C_40/2024 vom 21. November 2024 E. 3.2.1 m.w.H.). Im Beschwerdefall obliegt diese materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; 109 V 108 E. 2b). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2 und 5.4).

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

4.3 Vorliegend hat sich das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-5879/2019 vom 17. März 2022, in welchem ein Anspruch auf eine IV-Rente verneint wurde, bei der Beurteilung der Streitsache auf den Sachverhalt abgestützt, der bis zum Erlass der Verfügung vom 9. Oktober 2019 eingetreten war (Bst. A.c vorstehend). Die zeitlichen Referenzpunkte bilden vorliegend mithin einerseits der Zeitpunkt der Verfügung vom 9. Oktober 2019 und andererseits derjenige der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. April 2023. Im Folgenden ist daher in analoger Anwendung der Grundsätze zur Rentenrevision zu prüfen, ob seit der rechtskräftigen Rentenverneinung vom 9. Oktober 2019 bis zum Erlass der streitigen

Verfügung vom 17. April 2023 eine anspruchserhebliche Änderung der Invaliditätsgrades bzw. der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist.

5.

5.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend zweifelsohne erfüllt (Bst. A.a vorstehend), weshalb darauf nicht näher einzugehen ist.

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

5.3 Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt.

5.4 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

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

5.6 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärztinnen und Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Expertinnen und Experten anderseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende

Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3).

5.7 Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für allgemein praktizierende Hausärztinnen und Hausärzte wie behandelnde Spezialärztinnen und Spezialärzte (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärztinnen und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3).

5.8 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 145 V 97 E. 8.5; 139 V 225 E. 5.2). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

5.9 Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt

(vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

5.10 Geht es um psychische Erkrankungen sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 145 V 361 E. 3.1).

6.

6.1 Vorliegend ist streitig, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Dabei ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem massgeblichen Referenzzeitpunkt (9. Oktober 2019) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (17. April 2023) in anspruchsrelevanter Weise verschlechtert hat (E. 4.3 vorstehend). Dazu ist nachfolgend zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nachgekommen ist und den medizinischen Sachverhalt hinreichend abgeklärt hat.

6.2 Die Verfügung vom 9. Oktober 2019 stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der SMAB AG

Bern (nachfolgenden SMAB) vom 6. Februar 2019 (IVSTA-act. 124 f.) mit einem internistischen, neurologischen, psychiatrischen und pneumologischen Teilgutachten (Bst. A.c vorstehend).

6.2.1 Die Sachverständigen der SMAB stellten folgende Diagnosen (IVSTA-act. 124 S. 6):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

Keine

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Schwergradige obstruktive Schlafapnoe (OSA), ED 06/2014, AHI 54/h, ESS 4/24
   - wenig resp. keine OSA-typischen Beschwerden
   - St. n. gescheiterter CPAP-Therapie 2014 wegen Maskeninakzeptanz
   - aktuell untherapiert
2. Chronische Bronchitis
   - St. n. Hämoptysen 2013/2014
   - anhaltendes Zigarettenrauchen (ca. 60–70 py)
   - COPD ausgeschlossen
3. Neurapraxie N. ulnaris rechts
4. Adipositas Grad I mit/bei BMI 33.5 kg/m^2
5. Splenektomie 1986 mit unbekanntem Impfstatus
6. Anpassungsstörung (reaktive Depression) 2013

6.2.2 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung zur Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 124 S. 7 ff.) hielten die Sachverständigen fest, dass die Arbeitsfähigkeit weder aus somatischer noch aus psychischer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eingeschränkt sei. Für die Zeit ab Oktober 2013 bis ein Jahr könne von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % ausgegangen werden. Eine punktuelle Terminierung der Entwicklung des depressiven Syndroms sei aber retrospektiv nicht möglich. Aus somatischer Sicht sei zu erwarten, dass der Beschwerdeführer von einer korrekt angewendeten CPAP-Therapie profitieren würde. Beim Beschwerdeführer sei 06/2014 eine schwergradige obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert. Diese kompromittiere die kognitiven Leistungen, zumindest ein Teil der Beschwerden sollte unter konsequenter CPAP-Therapie ein Besserungspotential haben. Die Indikation zu einer CPAP-Therapie sei zweifelsohne gegeben. Die behandelbare OSA ohne OSA-typische

Beschwerden, insbesondere bei fehlender Tagesschläfrigkeit, habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Für eine in den Akten mehrfach genannte COPD gebe es keine Evidenz. Der Beschwerdeführer leide bei fortgesetztem Nikotinabusus an einer chronischen Raucherbronchitis. Auf neurologischem Gebiet bestehe eine Neurapraxie des N. ulnaris rechts. Hinweise für eine zerebrovaskuläre Erkrankung oder eine Migräne lägen nicht vor. Der neurologische Untersuchungsbefund sei vollkommen unauffällig ausgefallen. Eine relevante neurologische Diagnose liege nicht vor. Die internistisch bestehende Adipositas Grad I habe insbesondere im Rahmen der Gesundheitsprävention eine Bedeutung. Auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestehe kein Einfluss. Aus psychiatrischer Sicht lägen keine Symptome, Beeinträchtigungen, Defizite oder Phänomene mit Krankheitswert vor. Eine konkrete psychiatrische Diagnose könne daher nicht benannt werden. Es bleibe lediglich die Feststellung, dass narzisstische Persönlichkeitszüge vorlägen (Hervorhebung der eigenen Leistungen als besonders, leichte Kränkbarkeit), ohne dass von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung gesprochen werden könnte.

6.2.3 Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil C-5879/2019 vom 17. März 2022 dem SMAB-Gutachten vom 6. Februar 2019 vollen Beweiswert zugemessen und dabei einlässlich begründet, warum die abweichenden Beurteilungen der behandelnden Psychiaterin Dr. E._____und in den Arztberichten («Gutachten») gegenüber der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt daran nichts zu ändern vermögen (vgl. E. 7.2 und Zusammenfassung in E. 7.3 des Urteils). Das gilt namentlich für die Beurteilung des psychiatrischen SMAB-Gutachters, wonach die vom Beschwerdeführer beschriebenen mannigfaltigen psychophysischen Symptome (Müdigkeit, Kopfschmerzen, Tinnitus, Kribbeln linke Gesichtshälfte bis Taubheit, Taubheit Zunge mit Auswirkungen auf das Sprechen, Herzstolpern, Herzrasen, Schwindelgefühl, Durchfall und Verstopfung, Druck auf der Brust, Ziehen linker Oberarm, Ziehen linker Arm bis in die Fingerspitzen, Ziehen linke Körperhälfte [vgl. IVSTA-act. 125 S. 55]), welche gemäss Angaben des Beschwerdeführers stress-assoziiert auftreten würden, sich nicht unter ein spezifisches Syndrom subsumieren liessen (E. 7.2.2 und E. 7.2.5 des Urteils).

Da seit der SMAB-Begutachtung (12/2018) bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 9. Oktober 2019 keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorlag, war gestützt auf das beweiskräftige SMAB-Gutachten vom 6. Februar 2019 davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit

seit Anfang 2015 keine Arbeitsunfähigkeit erlitten hatte (E. 7.4 des Urteils). Dabei hielt das Bundesverwaltungsgericht abschliessend fest, dass der Beschwerdeführer allfällige gesundheitliche Verschlechterungen nach Erlass der Verfügung vom 9. Oktober 2019 im Rahmen einer neuen Anmeldung zum Leistungsbezug geltend zu machen hätte (E. 7.4 des Urteils).

6.3 Die Neuanmeldung vom 11. Februar 2022 (IVSTA-act. 187, 218) begründet der Beschwerdeführer mit einer rechtserheblichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes. Diesbezüglich liegen für den streitbetroffenen Zeitraum ab Oktober 2019 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. April 2023 namentlich die folgenden medizinischen Berichte vor:

6.3.1 Im ärztlichen Bericht («Gutachten») im Auftrag der Pensionsversicherungsanstalt Landstelle F._____ von Dr. G._____, Facharzt Psychiatrie (Österreich), vom 18. Oktober 2019 (Untersuchung vom 1. Oktober 2019) wird als Hauptdiagnose eine somatoforme Funktionsstörung (ICD-10: F45.3) und als Nebendiagnose eine gemischte Angststörung (ICD-10: F41.0) aufgeführt. Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar, allseits orientiert mit intakter Auffassung, jedoch seien die Konzentration und Merkfähigkeit störungsanfällig. Das formale Denken sei kohärent, inhaltlich gebe es keine psychotischen Elemente. Die Stimmung des Beschwerdeführers sei gereizt, er sei leicht stressbar und nervös, mit situativer Verstärkung, in den positiven Bereichen affizierbar. Der Antrieb sei wechselhaft, die Psychomotorik unauffällig bei erhöhter Einschlaflatenz. Dr. G._____ schlägt eine psychopharmakologische Behandlung mit anxiolytischen Komponenten vor, um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen (IVSTA-act. 170).

6.3.2 Der ärztliche Bericht von Dr. med. H._____, Allgemeinmedizinerin (Österreich), vom 31. Oktober 2019 verweist in wesentlichen Teilen auf den ärztlichen Bericht von Dr. G._____ (E. 6.3.1 vorstehend) und übernimmt die Diagnose einer somatoformen Funktionsstörung (ICD-10: F45.3). Zuletzt sei eher eine Verschlechterung mit suizidialen Gedanken eingetreten, ohne Medikation habe sich die depressive Symptomatik leicht gebessert, jedoch sei die Belastbarkeit weiterhin stark beeinträchtigt. Insgesamt lasse sich beim Beschwerdeführer weiterhin keine ausreichende Besserung in der Gesamtsymptomatik feststellen, wobei bis dato auch keine wirksame Therapie durchgeführt worden sei. Eine Änderung gegenüber einem vorherigen Bericht vom 22. [recte: 20.] November 2017 (vgl. IVSTA-act. 80) wird verneint (IVSTA-act. 169).

6.3.3 Die behandelnde Psychiaterin Dr. E._____, Fachärztin für Psychiatrie (Österreich), diagnostiziert im ärztlichen Bericht vom 11. Mai 2021 rezidivierende depressive Episoden mit zuletzt mittelgradigem depressivem Zustandsbild (ICD-10: F33.1), Erschöpfungssyndrom (ICD-10: Z73.0) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Anteilen (ICD-10: F61). In Konzentration, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit sei der Beschwerdeführer kognitiv anhaltend beeinträchtigt, aber in sämtlichen Qualitäten orientiert. Der Antrieb sei vermindert, die Affektkontrolle habe etwas gebessert. Insgesamt sei der Beschwerdeführer aber nach wie vor schnell gereizt oder deprimiert. Ohne Medikation bestünden Schlafstörungen, psychomotorische Unruhen sowie psychisch und physisch reduzierte Belastbarkeit (IVSTA-act. 173).

6.3.4 Die versicherungsinterne Ärztin Dr. I._____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, hält am 28. Mai 2021 fest, dass der medizinische Bericht von Dr. G._____ (E. 6.3.1 vorstehend) die gestellten Diagnosen nicht ausreichend begründe. Relevante Auffälligkeiten in der Persönlichkeit des Beschwerdeführers seien nicht explizit dargestellt, hingegen werde die fachspezifische Behandlung, insbesondere die medikamentöse, als unzureichend beurteilt. Es erschliesse sich nicht, inwieweit Dr. G._____ die vorgängigen, nicht tolerierten medikamentösen Behandlungsversuche im Detail bekannt waren. Es werde nicht stichhaltig und nachvollziehbar dargelegt, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen respektive von einer anders einzuschätzenden gesundheitlichen Situation auf psychiatrischem Gebiet auszugehen sei. Das psychiatrische SMAB-Gutachten gelte nach wie vor als Referenz (IVSTA-act. 177; E.6.2.1 f. vorstehend).

6.3.5 Dr. E._____ verweist im ärztlichen Bericht vom 26. Juli 2021 auf die Vorbefunde vom Mai 2021. Diagnostisch habe sich die Situation nicht verändert. Der Beschwerdeführer leide an rezidivierenden depressiven Episoden, einem Erschöpfungssyndrom sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischem und anankastischem Anteil. Er sei kognitiv in Konzentration, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit deutlich beeinträchtigt, jedoch in sämtlichen Qualitäten orientiert. Antrieb, Freudempfinden und Interesse seien reduziert, die Affektkontrolle habe sich leicht gebessert, jedoch werde der Beschwerdeführer im Gespräch nach wie vor schnell negativ getriggert. Mit Medikation hätten sich die Schlafstörungen gebessert, die psychophysische Belastbarkeit sei aber nach wie vor reduziert (IVSTA-act. 182).

6.3.6 Der ärztliche Bericht («Gutachten») im Auftrag der Pensionsversicherungsanstalt Landstelle F._____ von Dr. G._____ vom 11. Januar 2022 (Untersuchung vom 18. Oktober 2021) – mit Ergänzung vom 20. Januar 2022 (IVST-act. 196) – hält folgende massgebliche Diagnosen für die Minderung der Erwerbsfähigkeit fest:

1. Hauptdiagnose:

   ICD-10: F331, rezidivierend depressive Störung, mittelgradiger Ausprägung

2. Nebendiagnosen:

   - ICD-10: F413, gemischte Angststörung
   - ICD-10: G473, Schlafapnoesyndrom

Gemäss Dr. G._____ habe sich an der Befindlichkeit des Beschwerdeführers «kaum etwas verändert». Der Beschwerdeführer gebe an, weiterhin motivationslos, antriebslos und körperlich müde zu sein. Gleichzeitig sei er gereizt, leide unter situativen Ängsten, meide Menschenmengen und halte Leute nicht aus. Wenn er sich aus unangenehmen Situationen nicht entfernen könne, werde sein Tinnitus stärker, er bekomme linksseitige Kribbelparästhesien im Gesicht bis Zungentaubheit und Zungenlähmungen, so dass er kaum mehr sprechen könne. Dr. G._____ hält eine insgesamt weiterhin reduzierte Belastbarkeit und emotionale Instabilität mit depressiv gereizter Stimmungslage fest, wodurch der Beschwerdeführer weiterhin nicht in der Lage sei, den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden. Zur besseren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ordnete Dr. G._____ eine psychologische Testung bezüglich Konzentration, Merkfähigkeit und psychische Belastbarkeit an, die am 16. Dezember durchgeführt wurde (E. 6.3.7 nachfolgend). Dem ärztlichen Bericht liegt ein Merkmalprofil zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA) bei (IVSTA-act. 194).

6.3.7 Mag. rer. nat. J._____, Psychologe (Österreich), kommt im psychodiagnostischen Untersuchungsbericht, vom 20. Dezember 2021 (Untersuchung am 16. Dezember 2021) zum Schluss, dass Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeitsaktivierung, mentales Verarbeitungstempo, Flexibilität und Planungsbefähigung normentsprechend seien, das Reaktionsvermögen des Beschwerdeführers sei hingegen überdurchschnittlich. Die Konzentrationsgenauigkeit und die verbale Lern-/Merkleistung würden leicht störanfällig erscheinen, was sich auf die Qualität und Quantität des Leistungs-/Arbeits-Outputs und auf die Aneignung neuen Wissens

auswirke. Die kognitive Belastbarkeit sei im Ausmass der Untersuchungszeit stabil gewesen. Frühzeitige psychologische Ermüdungserscheinungen seien nicht ersichtlich gewesen. Chronische Selbstüberforderungstendenzen seien in der Persönlichkeit des Beschwerdeführers verankert. Die psychische und kognitive Beschwerdevalidierung über Test- und Fragebogenmethodik erbrachten keine auffälligen Ergebnisse. Abschliessend hält J._____ fest, dass die psychische Belastbarkeit des Beschwerdeführers auch noch bei wenigen Mitarbeiter-/Kundenkontakten erheblich eingeschränkt sei (IVSTA-act. 195).

6.3.8 Gemäss Beurteilung vom 25. August 2022 der versicherungsinternen Ärztin Dr. med. K._____, Fachärztin für Innere Medizin, hat sich mit Blick auf diese neu vorgelegten ärztlichen Unterlagen von Dr. G._____ und Mag. rer. nat. J._____ aus somatischer Sicht nichts geändert. Aus psychiatrischer Sicht müsse aber eine Fachpsychiaterin beigezogen werden (IVSTA-act. 213).

6.4 Der versicherungsinterne Arzt Dr. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, verweist in seiner Stellungnahme vom 2. Februar 2023 zu den Berichten von Dr. G._____ auf die Stellungnahme von Dr. I._____ vom 28. Mai 2021 (E. 6.3.4 vorstehend). Dr. G._____ könne nicht «durch Befunde überzeugen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der SMAB-Begutachtung geändert hat». Zudem seien die Berichte weder nachvollziehbar noch stichhaltig. Im Bericht vom 18. Oktober 2019 sei Dr. G._____ noch von den Diagnosen Somatoforme Funktionsstörung F45.3 und Gemischte Angststörung F41.0 ausgegangen, wobei letzteres falsch sei, da F41.0 Panikstörung bedeute, «Andere gemischte Panikstörung» sei F41.3 (E. 6.3.1 vorstehend). Im Bericht vom 11. Januar 2022 gehe Dr. G._____ von einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung F33.1, nun korrigiert von einer gemischten Angststörung F41.3 aus (E. 6.3.6 vorstehend). Trotzdem schreibe er, dass sich an der Befindlichkeit des Beschwerdeführers kaum etwas verändert habe. Die Änderung der Diagnose erörtere Dr. G._____ nicht, sondern ergehe sich in Schilderungen der vielen subjektiven körperlichen Sensationen des Beschwerdeführers. Es gelte weiterhin die sorgfältige, nachvollziehbare Stellungnahme von Dr. I._____ vom 28. Mai 2021 (IVSTA-act. 226; E. 6.3.4 vorstehend).

6.5 Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer folgende neue medizinische Beurteilungen zu den Akten:

6.5.1 Ärztlicher Bericht von Dr. E._____ vom 26. April 2022, in dem sie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Anteilen, rezidivierende depressive Episoden sowie ein Erschöpfungssyndrom diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei in sämtlichen Qualitäten orientiert, fühle sich subjektiv aber in der Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit und längerfristigen Konzentration beeinträchtigt, bei wechselhaftem Antrieb, anhaltender Affektlabilität, beträchtlich erhöhter Kränkbarkeit und Irritierbarkeit, ohne inhaltliche Denk- oder Wahrnehmungsstörungen, bei durchgehender vom Beschwerdeführer beschriebener Vulnerabilität und Stressintoleranz (BVGer-act. 21 Beilagen).

6.5.2 Ärztlicher Bericht von Dr. E._____ vom 29. November 2022, in dem sie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Anteilen, rezidivierende depressive Episoden, derzeit in Teilremission, und ein Erschöpfungssyndrom diagnostiziert. Die Gesamtsituation zeige «sich unverändert schlecht». Dr. E._____ verweist bezüglich des Längsschnittes auf zahlreiche vorliegende Befunde. Der Beschwerdeführer sei in sämtlichen Qualitäten orientiert, habe aber subjektiv längerfristig Schwierigkeiten, die Konzentration und Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten. Der Antrieb sei aktuell reduziert. Es bestünden durchgängig eine grosse Affektlabilität sowie Stimmungsschwankungen. Neben erhöhter Kränkbarkeit bei gleichzeitigem Mangel an Empathie bestünden diffuse Angstflutungen sowie physische als auch psychische Stressintoleranz (BVGer-act. 21 Beilagen).

6.5.3 Schreiben der M._____GmbH vom 1. Dezember 2022, ausgestellt von N._____, dipl. psych. Gesundheits- und Krankenpflege (Österreich), in dem darauf hingewiesen wird, dass trotz grosser Bemühungen seitens des Beschwerdeführers keine Stabilisierung des Gesundheitszustandes erreicht werden konnte. Ausgelöst durch permanente Schlafstörungen seien eine chronische Erschöpfungssymptomatik sowie eine Tinnitus-Erkrankung und andere körperliche Beeinträchtigungen vorhanden (BVGer-act. 21 Beilagen).

6.5.4 Ein der Beschwerde beigelegter ärztlicher Bericht von Dr. E._____ vom 2. Mai 2023 «[z]ur neuerlichen Vorlage bzgl. Beeinspruchung Pensionsbegehren», in dem sie bezüglich der Vorgeschichte auf «bereits zahlreiche vorliegende Vorbefunde» verweist und sowohl Gesamtsituation als auch die Alltagsgestaltung als «weitgehend unverändert» bezeichnet. Neben einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Anteilen sowie rezidivierender depressiven Episoden

diagnostiziert sie ein Erschöpfungssyndrom. Der Beschwerdeführer sei psychisch und physisch nur reduziert belastbar und zeige sich aktuell wiederum mehr erschöpft. Er sei in sämtlichen Qualitäten orientiert und kognitiv weitgehend adäquat, jedoch sei die längerfristige Konzentration schwer möglich. Bei reduziertem Antrieb bestehe Affektlabilität, Kränkbarkeit und soziale Isolierung. Die Belastbarkeit sei psychisch und physisch reduziert. Abschliessend bittet die Ärztin «um neuerliche Prüfung» (BVGer-act. 1 Beilagen).

6.5.5 N._____ vom sozialpsychiatrischen Dienst M._____GmbH, der den Beschwerdeführer seit Januar 2018 sozialpsychiatrisch und fachärztlich begleitet, schreibt am 2. Mai 2023, dass trotz regelmässiger Begleitung und Unterstützung keine Stabilisierung des Gesundheitszustandes erreicht worden sei. Verschiedene zusätzliche Erkrankungen wie etwa Tinnitus würden die Gesamtsituation und die Instabilität verschlechtern (BVGer-act. 1 Beilagen).

6.5.6 Notfallbericht von Prim. Dr. O._____ (Österreich), Facharzt für Neurologie am Institut für Akutneurologie und Schlaganfall im Landeskrankenhaus (…), vom 19. Dezember 2023. Der Beschwerdeführer sei am 19. Dezember 2023 aufgrund Kribbelparästhesien in der linken Körperhälfte und der Zunge aufgenommen worden. Es seien keine objektivierbaren fokal-neurologischen Defizite, insbesondere keine Paresen, keine Extremitätenataxie, keine Dysarthrie und keine Gangstörung gefunden worden. Laborchemisch finde sich kein wegweisender Befund, das EKG sei unauffällig. In der Sonographie der extrakraniellen-hirnzuführenden Gefässe zeige sich ein kleiner Plaque im Bereich der rechten Arteria carotis interna (ACI), ansonsten seien keine Gefässverschlüsse oder hämodynamischerelevante Stenosen ersichtlich. Insgesamt seien die Beschwerden für den Patienten nicht neu, weshalb die Beschwerden, vor allem auch aufgrund der neurotopographisch nicht nachvollziehbaren Lokalisation, funktionell im Rahmen der bekannten Depression zu sehen seien (BVGer-act. 21 Beilagen).

6.5.7 Ärztlicher Bericht von Dr. E._____ vom 13. Februar 2024, in dem sie eine kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Anteilen, rezidivierende depressive Episoden und ein Erschöpfungssyndrom diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei in sämtlichen Qualitäten orientiert, kognitiv weitgehend adäquat, es sei jedoch nach eigenem subjektivem Ermessen keine längerfristige Konzentration möglich. Im Antrieb sei der Beschwerdeführer leicht reduziert bei deutlicher Affektlabilität

und Kränkbarkeit. Die Belastbarkeit sei physisch und psychisch deutlich reduziert bei massiven Ein- und Durchschlafstörungen. Die Aggressionstendenzen mit häufiger krisenhafter Zuspitzung kompensiere der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben mit sozialem Rückzug. Da es in den letzten Monaten vermehrt zu körperlichen Symptomen im Sinne von Kribbelparästhesien, Kopfschmerzen und einer Beeinträchtigung des Gangbildes gekommen sei, seien weitere Abklärungen durch einen Facharzt für Neurologie sowie eine Bildgebung in die Wege geleitet worden. Differentialdiagnostisch erscheine eine psychische Überlagerung der Beschwerden aber sehr wahrscheinlich (BVGer-act. 21 Beilagen).

6.5.8 Neurologischer Befund von Dr. P._____(Österreich), Fachärztin für Neurologie, zur Untersuchung vom 29. Februar und 20. März 2024. Das MRT-Cerebrum zeige einen unauffälligen Befund, insbesondere keine Hinweise für stattgehabte ischämische Ereignisse. Der Kopfschmerz sei nicht mit einer primären Kopfschmerzform vereinbar. Es sei sehr wahrscheinlich von einer funktionellen Genese der Beschwerden auszugehen (BVGer-act. 25 Beilagen).

6.5.9 Befundbericht von Dr. Q._____ (Österreich), Facharzt für Radiologie, vom 14. März 2024, in dem er ein altersentsprechendes Neurokranium mit hyperplastischer und elongierter linken Vertebralarterie mit diskreter Impression des Pons (relativ häufiger, zumeist asymptomatischen Zufallsbefund) beschreibt (BVGer-act. 25 Beilagen).

6.5.10 Ärztlicher Bericht Dr. E._____ vom 8. April 2024, in dem sie mitteilt, dass sich seit der Letztbeurteilung im Februar 2024 im Gesamtbild des Beschwerdeführers keine Änderungen ergeben haben. Das MRT zeige bis auf eine Veränderung der linken Vertebralarterie keinen auffälligen Befund, die neurologische Untersuchung habe differentialdiagnostische eine funktionelle Genese der vom Patienten erlebten körperlichen Symptome ergeben (BVGer-act. 25 Beilagen).

6.6 Die Vorinstanz liess die vom Beschwerdeführer neu eingereichten ärztlichen Berichte und Unterlagen versicherungsintern ärztlich beurteilen:

6.6.1 In der Stellungnahme vom 27. November 2023 kommt Dr. I._____ zum Schluss, dass sich in der Zusammenschau der verschiedenen Berichte die bisherige psychiatrische Stellungnahme grundsätzlich bestätige. Einzig die wiederholt beschriebene Stressintoleranz, beziehungsweise die damit in Verbindung gebrachte eingeschränkte Fähigkeit zu Kontakten mit

anderen Menschen und das störanfällige Konzentrationsvermögen wären für die Arbeitsfähigkeit als Projektleiter allenfalls von Bedeutung. Anderweitige relevante Einschränkungen der Leistungsfähigkeit liessen sich nicht aus den Unterlagen ableiten (BVGer-act. 15 Beilagen).

6.6.2 Dr. I._____ verweist in ihrer Stellungnahme vom 7. Dezember 2023 auf ihre frühere Stellungnahme vom 27. November 2023, präzisiert diese aber dahingehend, dass die immer wieder erwähnte Stressintoleranz ein zu bedenkender Aspekt bei einer Tätigkeit als Projektleiter sei. Jedoch sei die Stressintoleranz bereits 2018/2019 bei der polydisziplinären Begutachtung in der Schweiz bekannt gewesen und habe sowohl Erwähnung als auch Berücksichtigung in der fachärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gefunden. Dr. I._____ bestätigt ihre bisherige Beurteilung und damit die volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Projektleiter (BVGer-act. 15 Beilagen).

6.6.3 Dr. I._____ hält in der medizinischen Stellungnahme vom 22. März 2024 fest, dass im Notfallbericht vom 19. Dezember 2023 (E. 6.5.6 vorstehend) kein Psychostatus enthalten sei, da es sich um eine neurologische Konsultation gehandelt habe. Es fänden sich keine neuen Informationen auf psychiatrischem Fachgebiet. Zu den mit der Replik vom 26. Februar 2024 eingereichten Berichten der behandelnden Psychiaterin äussert sie, dass keine Ergänzungen erfolgten. Aus ihrer Sicht sei zur anzunehmenden Leistungsfähigkeit und zu den allenfalls zu beachtenden bereist bekannten Aspekten für die angestammte und angepasste Tätigkeit abschliessend Stellung genommen worden.

7.
Zu prüfen ist nachfolgend, ob ein Neuanmeldegrund vorliegt.

7.1

7.1.1 Was zunächst den ärztlichen Bericht («Gutachten») von Dr. G._____ gegenüber der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt vom 18. Oktober 2019 (E. 6.3.1 vorstehend) betrifft, ist zu beachten, dass die Untersuchung zum ärztlichen Bericht vom 18. Oktober 2019 bereits am 1. Oktober 2019 und damit vor Erlass der als Referenzpunkt dienenden Verfügung vom 9. Oktober 2019 durchgeführt wurde. Dieser Bericht war daher bereits im Beschwerdeverfahren C-5879/2019 zu berücksichtigen (E. 4.3 vorstehend). Zu diesem ärztlichen Bericht – wie auch zum Bericht von Dr. H._____ vom 31. Oktober 2019 (E. 6.3.2 vorstehend) – stellte

das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 17. März 2022 fest, dass die in diesen Berichten aufgeführten Diagnosen nicht ausreichend begründet und diskutiert werden, die allfälligen funktionellen Einschränkungen blieben unerwähnt. Der psychiatrische SMAB-Gutachter habe glaubhaft dargelegt, dass die vom Beschwerdeführer beschriebenen mannigfaltigen psychophysischen Symptome, welche gemäss Angaben des Beschwerdeführers stress-assoziiert auftreten würden, sich nicht unter ein spezifisches Syndrom subsumieren liessen (E. 6.2.3 vorstehend). Festzuhalten ist weiter, dass im Bericht von Dr. H._____ – der sich wesentlich auf den ärztlichen Bericht vom 18. Oktober 2019 stützt – eine Veränderung gegenüber einem früheren Bericht aus dem Jahr 2017 ausdrücklich verneint wird (E. 6.3.2 vorstehend). Aus diesen Berichten ergibt sich keine Veränderung respektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

7.1.2 Was den Bericht von Dr. G._____ vom 11. Januar 2022 mit Ergänzung vom 20. Januar 2022 betrifft (E. 6.3.6 vorstehend), ist es gemäss Einschätzung von Dr. L._____ vom 2. Februar 2023 nicht verwunderlich, dass Dr. G._____ dem SMAB-Gutachten widerspreche, sei er doch schon in der Vergangenheit konträrer Ansicht gewesen. Zwar halte Dr. G._____ in den erwähnten Berichten andere psychiatrische Diagnosen fest, als im psychiatrischen Teilgutachten der SMAB festgestellt worden seien (E. 6.2 vorstehend). Trotzdem schreibe er, dass sich an der Befindlichkeit des Beschwerdeführers kaum etwas verändert habe. Auch erörtere er die Änderung seiner Diagnose überhaupt nicht, sondern schildere vielmehr die subjektiven Befindlichkeiten des Beschwerdeführers. Im Ganzen gesehen bringe der ärztliche Bericht vom 11. Januar 2022 keine neuen Erkenntnisse. Er sei weder stichhaltig noch nachvollziehbar (IVSTA-act. 226; E. 6.4 vorstehend).

7.1.3 Die Einschätzung von Dr. L._____ ist nachvollziehbar und schlüssig. Im ärztlichen Bericht von Dr. G._____ vom 11. Januar 2022 wird ausdrücklich festgehalten, es habe sich in der Befindlichkeit des Beschwerdeführers «kaum etwas verändert». Der psychopathologische Status wird in den ärztlichen Berichten vom 18. Oktober 2019 und vom 11. Januar 2022 weitgehend übereinstimmend umschrieben:

Ärztlicher Bericht vom 18. Oktober 2019: «Bewusstseinsklar, allseits orientiert, Auffassung intakt, Konzentration und Merkfähigkeit störungsanfällig, formales Denken kohärent, inhaltlich keine psychotischen Elemente, Stimmung gereizt, leicht stressbar, nervös, mit situativer Verstärkung, in den positiven Bereich[en] affizierbar, Antrieb wechselhaft, Psychomotorik unauffällig, Schlaf: erhöhte Einschlaflatenz mit 5–6 Stunden langer Schlafdauer, jedoch wenig erholsam, Verhalten zugewandt.»

Ärztlicher Bericht vom 11. Januar 2022: «Bewusstseinsklar, allseits orientiert, Auffassung intakt, Konzentration und Merkfähigkeit störungsanfällig, formales Denken kohärent, inhaltlich keine psychotischen Elemente. Stimmung ist wechselhaft, leicht reizbar, emotional instabil, gelegentlich affektinkontinent. Antrieb reduziert, Psychomotorik unauffällig. Schlaf: massive Einschlafstörungen, Schlafdauer 4 bis maximal 5 Stunden. Verhalten kooperativ.»

Aus der psychologischen Testung (MELBA-Profil) ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine erhebliche Verschlechterung. Zwar ist bei zwei Merkmalen («Lernen/Merken» und «Kritikfähigkeit») in den Berichten von 2021 (E. 6.3.6 und E. 6.3.7 vorstehend) ein geringerer Profilwert als im Bericht von 2019 (E. 6.3.1 vorstehend) verzeichnet («niedrig» statt «durchschnittlich»). Hingegen sind bei sechs Merkmalen («Problemlösen», «Umstellung», «Durchsetzung», «Führungsfähigkeit», «Kontaktfähigkeit» und «Teamarbeit») höhere Profilwerte verzeichnet («durchschnittlich» statt «niedrig» bei Führungs- und Kontaktfähigkeit bzw. «niedrig» statt «sehr niedrig» bei den übrigen Merkmalen).

Hinsichtlich der Beurteilung der Leistungsfähigkeit wird im Bericht von Dr. G._____ vom 11. Januar 2022 ausgeführt, beim Beschwerdeführer lasse sich – auch unter Berücksichtigung der psychologischen Testung vom 16. Dezember 2021 (E. 6.3.7 vorstehend) – *weiterhin* eine reduzierte Belastbarkeit, emotionale Instabilität mit depressiv gereizter Stimmungslage explorieren, wodurch der Beschwerdeführer weiterhin nicht in der Lage wäre, den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden.

7.1.4 Insgesamt fehlen Anhaltspunkte dafür, dass sich hinsichtlich des psychopathologischen Befundes und des Schweregrades der Symptomatik, welche in diesem Zusammenhang in erster Linie massgebend sind (vgl. Urteil des BGer 9C_310/2022 vom 28. Juli 2022 E. 4.3.1; Urteil des BVGer C-2563/2020 vom 31. Dezember 2024 E. 10.3.2), beim Beschwerdeführer eine erhebliche Verschlechterung der Befundlage eingestellt hätte.

7.2

7.2.1 Die im Einwand- und Beschwerdeverfahren C-5879/2019 eingereichten Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin Dr. E._____, darunter die Berichte vom 11. Mai 2021 (E. 6.3.3 vorstehend) und 26. Juli 2021 (E. 6.3.5 vorstehend), vermochten die Einschätzungen des psychiatrischen SMAB-Sachverständigen damals nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. IVSTA-act. 149, 162, 173, 182 Beilage). Das Bundesverwaltungsgericht hielt ausdrücklich fest, dass diese Stellungnahmen «weder neue Befunde noch andere Aspekte enthalten, die bei Erstellung des SMAB-Gutachtes noch nicht

bekannt gewesen waren» (vgl. Urteil C-5879/2019 E. 7.2.6). Vielmehr bestätigten sie die bereits im Bericht vom 26. November 2018 von Dr. E._____ geäusserten Diagnosen und Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen (IVSTA-act. 149), mit denen sich der psychiatrische SMAB-Gutachter bereits eingehend auseinandergesetzt hatte (IVSTA-act. 124 S. 54 ff.). Insbesondere liessen die damaligen Berichte von Dr. E._____ eine vertiefte Begründung, weshalb sie – entgegen dem psychiatrischen SMAB-Gutachten – an den Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Anteilen, rezidivierenden depressiven Episoden sowie Zustand nach Erschöpfungssyndrom festhält und gestützt darauf weiterhin auf eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers schliesst (zuletzt mit Stellungnahme vom 26. Juli 2021 [IVSTA-act. 182]), vermissen (Urteil C-5879/2019 E. 7.2.6).

7.2.2 Dr. E._____ diagnostiziert in den neu eingereichten Berichten vom 26. April 2022 (E. 6.5.1 vorstehend), vom 29. November 2022 (E. 6.5.2 vorstehend), vom 2. Mai 2023 (E. 6.5.4 vorstehend), vom 13. Februar 2024 (E. 6.5.7 vorstehend) und vom 8. April 2024 (E. 6.5.10 vorstehend) weiterhin eine kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Anteilen sowie rezidivierende depressive Episoden und ein Erschöpfungssyndrom. Hinweise auf eine erhebliche Verschlimmerung oder Verstärkung der gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. April 2023 (E. 2.3 und E. 4.3 vorstehend) finden sich in den neu eingereichten Berichten weiterhin keine. Namentlich hält Dr. E._____ in dem für das vorliegende Beschwerdeverfahren angefertigten Bericht vom 2. Mai 2023 ausdrücklich fest, dass sich die Gesamtsituation «weitgehend unverändert» gestalte. Die Erschöpfungsgefühle hätten sich wieder verstärkt, die klassischen depressiven Achsensymptome hingegen seien derzeit nicht vorhanden (E. 6.5.4 vorstehend). Auch die späteren Berichte bestätigen dies.

7.2.3 Die Vorinstanz legte diese Berichte ihrem ärztlichen Dienst zur Stellungnahme vor. Dr. I._____ hielt am 27. November 2023 fest, dass die von Dr. E._____ erwähnte Stressintoleranz und die damit in Verbindung gebrachte eingeschränkte Fähigkeit für Kontakte mit anderen Menschen und das störanfällige Konzentrationsvermögen ein zu bedenkender Aspekt bei einer Tätigkeit als Projektleiter seien. Am 7. Dezember 2023 präzisierte die Dr. I._____ diese Aussage wie folgt: «Die Stressintoleranz war jedoch bereits 2018/2019 bei der polydisziplinären Begutachtung in der Schweiz bekannt und fand Erwähnung sowie entsprechende Berücksichtigung in der fachärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des

Versicherten». In der Zusammenschau würden die Berichte die bisherigen psychiatrischen Stellungnahmen grundsätzlich bestätigen (E. 6.6 vorstehend).

7.2.4 Diese Präzisierung ist nachvollziehbar und schlüssig: Die Stressempfindlichkeit und die körperlichen Symptome (Kribbelparästhesien, Tinnitus, Kopfschmerzen, Taubheit der Zunge) des Beschwerdeführers in Stresssituation bestehen tatsächlich schon seit langem (seit etwa 2013; siehe z.B. BVGer-act. 50, 62, 80–82, 84, 86, 87, 150, 170). Die geklagten Beschwerden sowie die entsprechenden Berichte wurden bei der Begutachtung berücksichtigt (IVSTA-act. 124 S. 7 f., 14 ff.; E. 6.2.3 vorstehend). Eine objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Oktober 2019 geht aus den Berichten von Dr. E._____ nicht hervor, erwähnt sie doch auch selber mehrfach, dass sich nichts geändert hat und hält an ihren seit jeher (vom SMAB-Gutachten abweichenden) Diagnosen fest. Abgesehen davon sind nicht die gestellten Diagnosen massgebend, sondern primär der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (E. 7.1.4 vorstehend). Eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers lässt sich gestützt auf diese neuen Berichte nicht erkennen.

7.3

7.3.1 Sowohl der Notfallbericht vom 19. Dezember 2023 von Dr. O._____ als auch die von Dr. E._____ in die Wege geleiteten neurologischen Abklärungen und Bildgebung von Dr. Q._____ und Dr. P._____ führen zum gleichen Ergebnis (E. 6.5.6, E. 6.5.8 und E. 6.5.9 vorstehend): Im klinisch-neurologischen Status findet sich kein objektivierbares fokal-neurologisches Defizit. Die körperlichen Beschwerden des Beschwerdeführers werden funktionell im Rahmen der Depression lokalisiert. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte merken an, dass der Beschwerdeführer am Vortag mit Rauchen aufgehört hatte, was sie als Auslöser für die stressbedingten Symptome werten.

7.3.2 Folglich ist auch in diesem Punkt der Einschätzung von Dr. I._____ beizupflichten. Sie verweist in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2024 darauf, dass der Beschwerdeführer schon seit 2013 an derartigen Beschwerden leidet, weshalb bereits eine ausführliche Schlaganfalldiagnostik erfolgte (E. 6.6.3 vorstehend; siehe auch IVSTA-act. 16 S. 3; 47 S. 8; 62 S. 12; 195 S. 4). Sowohl die behandelnden Fachärztinnen und -ärzte als auch die behandelnde Psychiaterin des Beschwerdeführers sowie die

versicherungsinterne Fachärztin kommen zum gleichen Schluss. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ergibt sich auch nicht aus diesen ärztlichen Berichten.

7.4 Bei den am 1. Dezember 2022 und 2. Mai 2023 ausgestellten Schreiben durch N._____ der M._____GmbH handelt es sich nicht um ärztliche Berichte, sondern um Stellungnahmen des sozialpsychiatrischen Diensts, welcher den Beschwerdeführer sozialpsychiatrisch und fachärztlich begleitet und bei dem er regelmässig Gesprächstermine wahrnimmt (E. 6.5.3 und E. 6.5.5 vorstehend). Auch diese beiden Stellungnahmen erwähnen die bereits bekannten Schlafstörungen, die geringe Frustrations- und Stressintoleranz, den Tinnitus so wie die Erschöpfungssymptomatik des Beschwerdeführers. Zusätzliche Hinweise auf eine objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers enthalten diese Stellungnahmen jedoch nicht.

7.5 Insgesamt ist eine anspruchsrelevante objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Da damit keine neuanmelderechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliegt, fällt eine umfassende tatsächliche und rechtliche Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs ausser Betracht. Die angefochtene Verfügung ist daher nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

8.

8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung mit Zwischenverfügung vom 31. Oktober 2023 (BVGer-act. 12) stattgegeben wurde.

8.2 Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.
Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

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:
Philipp Egli	Martina Filippo

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 Handen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift 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: