



Urteil vom 14. Juli 2021

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Daniel Stufetti,
Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiberin Yvette Märki.

Parteien

A._____, (Serbien),
vertreten durch **B.**_____,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Neuanmeldung/Rentenanspruch;
Verfügung der IVSTA vom 19. August 2019.

Sachverhalt:**A.**

A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren am (...) 1965, serbischer Staatsangehöriger und wohnhaft in seiner Heimat, arbeitete nach Absolvierung eines einjährigen Hilfspfleger-Kurses von 1996 bis 2002 als Spitalangestellter in der Schweiz und leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Akten der Vorinstanz [doc.] 23 S. 1, 27 S. 2 und 8, 79, 263 S. 6). Nachdem therapieresistente Rückenschmerzen aufgetreten waren, kündigte die Arbeitgeberrin das Arbeitsverhältnis nach Ablauf der Krankenlohnleistungen per 31. Juli 2002 wegen 100-prozentiger Arbeitsunfähigkeit (doc. 23 S. 2).

B.

B.a Am 31. Juli 2002 (Eingangsdatum) stellte der Beschwerdeführer aufgrund von multiplen Beschwerden im Rückenbereich bei der IV-Stelle C._____ ein Rentengesuch (doc. 18). Mit Verfügung vom 29. September 2003 wies die IV-Stelle das Gesuch ab mit der Begründung, in der angestammten Tätigkeit sei er arbeitsunfähig; hingegen seien eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 15 kg und Arbeiten mit ergonomisch günstiger Körperhaltung ganztags zumutbar. Basierend auf einem Einkommensvergleich berechnete die IV-Stelle C._____ einen Invaliditätsgrad von 11 % (doc. 30 S. 6 f.). Mit Einspracheentscheid vom 12. August 2004 wies die IV-Stelle C._____ eine dagegen gerichtete Einsprache ab (doc. 35), wogegen der Beschwerdeführer am 13. September 2004 Beschwerde erhob (doc. 36 S. 3 ff.). In seinem Urteil vom 30. November 2004 stellte das Sozialversicherungsgericht des Kantons C._____ aufgrund eines lumbospondylogenen Syndroms fest, dass er nur noch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, dabei ein Invaliditätsgrad von 18 % resultiere, weshalb der Einspracheentscheid vom 12. August 2004 zu bestätigen sei (doc. 38).

B.b Ein erstes Gesuch um berufliche Massnahmen wurde wegen fehlender Mitwirkung des Beschwerdeführers am 31. August 2005 abgelehnt (doc. 79 S. 1, 250 S. 1). Ein weiteres Gesuch, welches der Beschwerdeführer am 18. April 2007 stellte (doc. 47), wurde am 26. Juli 2007 aus demselben Grund abgeschlossen (doc. 49, doc. 79 S. 1). Das am 1. März 2007 gestellte IV-Gesuch wurde mit Verfügung vom 26. Juli 2007 ebenso aufgrund fehlender Mitwirkung des Beschwerdeführers abgewiesen (doc. 250 S. 1).

C.

C.a Nach seiner Rückkehr in sein Heimatland Serbien im Jahr 2009 meldete sich der Beschwerdeführer am 9. Mai 2013 (doc. 1,2,5 und 9) erneut zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung an (Neuanmeldung; doc. 8, 123). Als Grund für eine gesundheitliche Verschlechterung gab er mit Verweis auf entsprechende Arztberichte an, er sei an einem Kehlkopfkrebs erkrankt und habe in der Folge eine partielle Laryngectomie mit beidseitiger Entfernung einiger Hals-Lymphknoten durchführen müssen. Überdies leide er an einer rezidivierenden depressiven Störung mit aktuell mittelschwerer Episode (F33.1). Gestützt auf diese neue gesundheitliche Beeinträchtigung errechnete die Vorinstanz einen 43 %-igen Invaliditätsgrad aus und damit eine nicht nach Serbien exportierbare Rente (doc. 123). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (doc. 121) wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 7. August 2015 ab (doc. 123). Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 14. September 2015 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (doc. 158). Mit Urteil C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde insoweit gut, als es die angefochtene Verfügung vom 7. August 2015 aufhob und die Vorinstanz anwies, ergänzende Abklärungen in Form einer polydisziplinären Begutachtung in den Fachrichtungen Innere Medizin, Orthopädie, Hals-Nasen-Ohren (nachfolgend: HNO) und Psychiatrie einzuholen, den Status festzustellen, allenfalls einen neuen Einkommensvergleich und eine neue Haushaltsabklärung durchzuführen, auch im Hinblick auf die Schadenminderungspflicht, und anschliessend erneut über das Leistungsbegehren zu entscheiden (doc. 214).

C.b Auf Grundlage einer polydisziplinären Begutachtung des Beschwerdeführers verfügte die Vorinstanz am 19. August 2019 rückwirkend – mit vorheriger Durchführung des Vorbescheidverfahrens (doc. 251) – eine befristete, volle Rente vom 1. November 2013 bis zum 31. März 2014 (inkl. Kinderrente, doc. 263). Zur Begründung führte sie an, der Beschwerdeführer sei aufgrund der Krebserkrankung in einer angepassten Tätigkeit ab dem 26. November 2012 bis zum 31. Dezember 2013 zu 100 % arbeitsunfähig (Invaliditätsgrad von 100 %) gewesen; rund sechs Monate nach der Bestrahlung d.h. ab circa 1. Januar 2014 sei er lediglich zu 30 % arbeitsunfähig gewesen, woraus ein Invaliditätsgrad von 33 % resultiere (doc. 261 S. 2, 263, 250 S. 2).

D.

D.a Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 25. September 2019 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 19. August 2019 und die Zusprache einer vollen, unbefristeten Rente ab dem 1. November 2012. In formeller Hinsicht ersuchte er um unentgeltliche Rechtspflege und beantragte eine Nachfrist zur Beschwerdeverbesserung. Als Begründung in der Hauptsache brachte er im Wesentlichen vor, das polydisziplinäre Gutachten weise Mängel auf und es könne nicht auf dieses abgestellt werden. Vielmehr sei unter anderem auf das vom serbischen Versicherungsträger in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. D. _____, Allgemeinmediziner, vom 1. Juli 2013 (B-act. 1 Beilage 11, doc. 4) sowie auf das psychologische Gutachten von Dr. sci. E. _____ vom 14. Oktober 2015 (B-act. 1 Beilage 9) abzustellen, da nur diese auf persönlichen Untersuchungen im Zeitraum November 2012 bis Mai 2018 beruhten und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachweisen würden (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

D.b Mit Zwischenverfügung vom 24. Dezember 2019 wurde das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung gutgeheissen (B-act. 16).

D.c Mit Vernehmlassung vom 6. Dezember 2019 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung vom 19. August 2015 (recte: 2019) mit der Begründung, das polydisziplinäre Gutachten entspreche den bundesgerichtlichen Anforderungen. In Bezug auf die Rückenschmerzen – unter Berücksichtigung der geklagten Schulterschmerzen – bestehe seit dem 11. Juli 2001 eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Einzig im Zeitraum der Akutbehandlung des Karzinoms bis zum Abklingen der lokalen Folgen der Bestrahlung (26.11.2012 bis 1.1.2014) sei in Anwendung der allgemeinen Methode (Einkommensvergleich) und unter Beachtung eines Leidensabzugs von 10 % von einem Invaliditätsgrad von 100 % auszugehen (B-act. 11).

D.d Mit Replik vom 26. Februar 2020 brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen die Verletzung von Grundrechten sowie die fehlerhafte Berechnung des Invaliditätsgrades vor und monierte das polydisziplinäre Gutachten in orthopädischer, psychiatrischer, sowie allgemeinmedizinischer

Hinsicht und das HNO-Teilgutachten. Hierzu reichte er weitere Arztberichte aus Serbien ein (B-act. 20).

D.e In ihrer Duplik vom 28. April 2020 entgegnete die Vorinstanz mit Verweis auf die ärztliche Stellungnahme des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 16. April 2020, Schwankungen im Schweregrad seien Teil der rezidivierenden depressiven Störung; eine durchgehend bestehende, schwere Depression sei nicht belegt (B-act. 24). In ihrer ergänzenden Duplik vom 2. Juli 2020 wendete die Vorinstanz unter Verweis auf den ärztlichen Rapport der IVSTA vom 26. Juni 2020 ein, der neu zur Kenntnis genommene Bericht von Dr. sci. E. _____ vom 14. Oktober 2015 (B-act. 26 S. 4 f.) ändere die arbeitsmedizinische Einschätzung nicht, und der Bericht von Dr. F. _____ vom 20. Januar 2020 (B-act. 20 Beilage 3) sei nach der strittigen Verfügung erstellt worden. In somatischer Hinsicht sei kein Rückfall (Rezidiv oder Metastase) nachgewiesen worden, die Gehörsminderung bewirke keine bedeutenden funktionellen Einschränkungen und das Lipom im Gehirn sei gutartig (B-act. 29 S. 1 ff.).

D.f Mit Triplik vom 30. Oktober 2020 und ergänzender Triplik vom 27. November 2020 machte der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs und der Beweiswürdigung geltend, da die Vorinstanz nicht auf seine Kritik am polydisziplinären Gutachten eingegangen sei, und führte die Kritik weiter aus (B-act. 33, 35).

D.g Die Vorinstanz hielt mit Quadruplik vom 23. Februar 2021 an ihren Anträgen fest (B-act. 41).

E.

Auf die weiteren Vorbringen und Unterlagen der Parteien wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

1.3 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

1.4 Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist einzutreten.

2.

Der Beschwerdeführer ist serbischer Staatsangehöriger und wohnt in Serbien. Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (Sozialversicherungsabkommen; SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2B, 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien) neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Seit 1. Januar 2019 ist das Abkommen vom 11. Oktober 2010 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Serbien über Soziale Sicherheit (Sozialversicherungsabkommen Serbien und Montenegro, SR 0.831.109.682.1) in Kraft. Für serbische Staatsangehörige findet dieses in der Folge Anwendung. Der sachliche Geltungsbereich des Abkommens bezieht sich gemäss Art. 2 in der Schweiz unter anderem auf die Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung. Nach Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens Serbien und Montenegro sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt soweit nichts anderes bestimmt ist. Da vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung aufgrund des schweizerischen Rechts.

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).

3.2 In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 19. August 2019; doc. 263) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

3.3 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).

3.4 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

wiederherstellen, 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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Nach Art. 5 des Sozialversicherungsabkommen Serbien und Montenegros werden ordentliche Renten der schweizerischen Invalidenversicherung für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, nur bei Wohnsitz in der Schweiz gewährt.

3.5 Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 7 Abs. 1 IVG) alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 mit Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C_236/2009] E. 4.1 und 4.3).

3.6 Das erste IV-Renten-Leistungsbegehren des Beschwerdeführers wurde mit Verfügung vom 29. September 2003 (doc. 36 S. 22) rechtskräftig abgelehnt. Mit seinem Gesuch vom 9. Mai 2013 (doc. 8, 123) liegt deshalb eine Neuanmeldung vor (BGE 109 V 108 E. 1 in fine).

3.6.1 In zeitlicher Hinsicht sind bei einer Neuanmeldung grundsätzlich die Rechtssätze des Revisionsverfahrens massgeblich. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5; 113 V 273 E. 1a). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 130 V 77 E. 3.2.3; 133 V 108 E. 5.4).

3.6.2 Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung (Ausgangspunkt) bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; vgl. auch BGE 133 V 108). Im vorliegenden Fall bildet daher die erste rentenverneinende Verfügung vom 29. September 2003 den zeitlichen Ausgangspunkt für die Frage, ob eine wesentliche Änderung der tatsächlichen gesundheitlichen Verhältnisse bis zum Zeitpunkt der streitigen Rentenverfügung vom 19. August 2019 eingetreten ist.

3.7 Vorliegend sind in Beachtung von Art. 28 Abs. 1 Bst. b und c IVG (Wartejahr) und Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG (sechsmonatige Karenzfrist) Leistungsansprüche frühestens ab dem 1. November 2013 zu prüfen.

3.8

3.8.1 Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

3.8.2 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 (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache

allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

3.8.3 Jedoch gilt in der Beweiswürdigung bei Entscheiden, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer vom 12. April 2017 E. 3 mit Verweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7 sowie Urteil 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.2; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee).

3.9 Bei Vorliegen psychosomatischer Leiden fordert die bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person grundsätzlich die Prüfung systematisierter Indikatoren, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einer versicherten Person einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Gemäss neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung lässt sich eine Limitierung des Vorgehens nach BGE 141 V 281 auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden nicht länger rechtfertigen. Damit sind im Sinne des Erwogenen grundsätzlich

sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418 E. 7.2; siehe auch BGE 143 V 409).

4.

4.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer leistete während den Jahren 1996 bis 2002 in der Schweiz Versicherungsbeiträge (263 S. 6). Er erfüllt damit die dreijährige Mindestbeitragsdauer der schweizerischen Invalidenversicherung.

4.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob zwischen der letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 29. September 2003 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. August 2019 eine gesundheitliche Verschlechterung und damit eine rentenrelevante Invalidität eingetreten ist (vgl. E. 3.6 hiavor).

4.3 Als Referenzzeitpunkt im Sinne von E. 3.6.2 ist auf die Berichte von Dr. med. G._____, Assistenzarzt und Dr. med. H._____, Oberarzt, Stadtpital I._____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, vom 17. August 2001 sowie Dr. med. J._____, FMH Orthopädie, Zentrum für Wirbelleiden – K._____ vom 27. August 2002 abzustellen resp. auf das darauf gestützt ergangene Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons C._____ vom 30. November 2004, welches den Einspracheentscheid vom 12. August 2004 resp. die Verfügung vom 29. September 2003 (doc. 36 S. 22) bestätigte (doc. 38 S. 6 ff.), wonach der Beschwerdeführer in seiner ursprünglichen Tätigkeit als Spitalangestellter zu 100 % arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit ab 11. Juli 2002 zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. doc. 36 S. 22).

4.4 Dr. med. G._____, Assistenzarzt und Dr. med. H._____, Oberarzt, Stadtpital I._____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation diagnostizierten im Austrittsbericht des Stadtpitals I._____ vom 17. August

2001, wo der Beschwerdeführer vom 31. Juli bis zum 17. August 2001 wegen einer therapieresistenten Lumboischialgie hospitalisiert war, ein lumbospondylogenes Syndrom beidseitig, links mehr als rechts, bei dehydrierter Bandscheibe mit Anulusriss L4/5 und Zwischenwirbelverschmälerung L4/5, mit Fehlstatik des Achsenskeletts und dekonditionierter Rumpfmuskulatur (doc. 15 S. 1). Aus rheumatologischer Sicht bestehe für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 15 kg sowie Arbeiten in ergonomisch ungünstiger Körperhaltung keine Arbeitsunfähigkeit (doc. 15 S. 2).

4.5 Dr. med. J. _____, FMH Orthopädie, Zentrum für Wirbelleiden – K. _____, diagnostizierte in seinem Verlaufsbericht vom 27. August 2002 einen leicht engen Spinalkanal L4/5 mit Anulusriss links und geringer Fazettenarthrose (doc. 21 S. 1). Im Verlaufsbericht vom 28. Mai 2003 stellte derselbe fest, dass der Beschwerdeführer an einer Osteochondrose L4/5 leide, welche eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule ergebe, sodass der Beschwerdeführer als Spitalangestellter in seiner beruflichen Tätigkeit eingeschränkt sei, insbesondere, wenn er im Zusammenhang mit der Patientenpflege Gewicht heben müsse (doc. 25 S. 2). Zur Arbeitsbelastbarkeit und Arbeitsfähigkeit hielt er in der medizinischen Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. doc. 25. S. 4).

5.

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere folgende ärztliche Berichte und Gutachten vor:

- Die Stellungnahme von Dr. L. _____, Fachärztin für Onkologie und Hämatologie des IV-ärztlichen Dienstes, vom 16. April 2014 nach Eingang weiterer medizinischer Unterlagen aus Serbien (doc. 81). Sie bestätigte die Diagnose eines Kehlkopfkrebses (Neoplasma malignum laryngis [C32]). Am 10. (recte: 16) Januar 2013 sei eine partial horizontale, supraglottische Laryngektomie durchgeführt worden (doc. 58 f.). Die Behandlung sei mit einer postoperativen Radiotherapie im Klinischen Zentrum M. _____ (nachfolgend: KCM. _____) fortgesetzt worden. Die eingereichten Kontrollberichte vom 5. September und 5. Dezember 2013, beide von Dr. N. _____, Facharzt für Otorhinolaryngologie, bestätigten die Absenz von Rezidiven und Metastasen (doc. 73 und 74).

- Der Bericht von Dr. O._____, Facharzt für Radiologie, KCM._____, vom 7. Juni 2013 nach einer Multidetektor-Computertomographie des Halses im Anschluss an die Operation vom 16. Januar 2013. Es fehle ein Teil der Epiglottis. Die Halswirbelsäule weise degenerative Veränderungen auf, insbesondere in der Ebene C6-C7 (doc. 71).
- Das vom serbischen Versicherungsträger in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. D._____, (Allgemeinmediziner) vom 1. Juli 2013. Er stellte u.a. einen Status nach erfolgter Kehlkopfoperation fest sowie einen status post irradiationem. Sowohl am Tag der Untersuchung als auch am Tag der Antragsstellung betrage die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers 80 % (B-act. 1 Beilage 1, doc. 9).
- Der Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. sci. E._____, KCM._____, vom 16. Dezember 2013. Sie stellte den Status nach Kehlkopfkrebs, Status nach partieller Laryngektomie, Status nach postoperativer Bestrahlung sowie einen Status nach Neurose (F32) fest. Die Arbeitsfähigkeit sei vermindert und sie befürworte eine Invalidenrente (doc. 76).
- Der Bericht von Dr. P._____, der neurologischen Ambulanz des Spitalzentrums M._____, vom 16. Januar 2014. Darin wurde neben der erfolgten Kehlkopfoperation auch eine vertebrale Spondylose zervikal und lumbal sowie eine Radikulopathie C5/C6 und L5/S1 erwähnt. Die Ultra-Schall-Untersuchung habe eine degenerative Veränderung, insbesondere in C6 und C7 ergeben (doc. 77).
- Der Entlassungsbericht von Dr. Q._____, Dr. sci. med. R._____, Dr. S._____, T._____, Institut Serbien, vom 18. Juli 2014 betreffend Aufenthalt vom 15. bis 18. Juli 2014. Der Beschwerdeführer wurde in die onkologische Chirurgie zwecks Reexploration eines Schilddrüsen Adenoms mit anschließender Entfernung der linken Seite der Schilddrüse (Lobo-Isthmectomy) aufgenommen, wobei sich die beiden Befunde ex tempore als gutartig herausgestellt hätten (doc. 170).
- Der Bericht von Dr. sci. med. U._____, Fachärztin für HNO und Spezialistin für Phoniatrie, vom 25. August 2014, in welchem sie feststellte, dass der Beschwerdeführer rezidiv- und metastasenfrem sei (doc. 101).
- Der radiologische Bericht von Dr. O._____, Facharzt für Radiologie, KCM._____, vom 12. September 2014, in welchem u. a. festgehalten

wurde, die Wirbelsäule weise keine verdächtigen Veränderungen auf (Röntgen des Halses, doc. 102).

- Dr. sci. E._____, die behandelnde Psychiaterin, KCM._____, erwähnte in ihrem Bericht vom 30. September 2014 eine erstmalige depressive Episode nach der Operation im Januar 2013 (F32.1) und beschrieb eine zweite Episode (F33.1) nach der Teilentfernung der Schilddrüse im Juli 2014. Der Beschwerdeführer habe u. a. schlechte Laune, sei lustlos, leide an Schlaflosigkeit und Konzentrationsschwäche. Zur Medikation verschrieb sie Lata, Lorazepam und Sanval (doc. 172).
- Nach Eingang zusätzlicher medizinischer Unterlagen aus Serbien (Entlassungsbericht des Instituts für T._____, vom 18.07.2014, Bericht von Dr. sci. U._____, Fachärztin HNO, vom 25.08.2014, RM des Halses mit Bericht von Dr. O._____, vom 12.09.2014) bestätigte Dr. L._____, Fachärztin für Onkologie und Hämatologie des IV-ärztlichen Dienstes, am 15. Januar 2015 die vollständige Remission des Kehlkopfkrebses; anschliessende Arztberichte hätten weder Rezidive noch Metastasen aufgezeigt. Die Entfernung eines Schilddrüsenadenoms zeitige keine Konsequenzen. Einzig schwere Tätigkeiten und Tätigkeiten über Schulterhöhe seien schwierig geworden. Aus somatischer Sicht bestehe keine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherte sei vom 10. Januar 2013 bis zum 1. Juli 2013 im Haushalt zu 60 % arbeitsunfähig gewesen, ab dem 1. Juli 2013 zu 20 % (doc. 105).
- Der IV-Arzt Dr. V._____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte am 17. Februar 2015, gestützt auf den Bericht der Invalidenkommission W._____, vom 27. Juni 2013 und den Bericht der behandelnden Psychologin (Dr. sci. E._____) vom 30. September 2014 eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere Episode (F33.1). Der Versicherte leide seit Juli 2014 an einer zweiten mittelschweren Episode im Rahmen der im Januar 2013 festgestellten rezidivierenden depressiven Störung. Die Beschreibungen im Bericht vom September 2014 liessen auf eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit schliessen. Um eine Schlussfolgerung zur Arbeitsunfähigkeit und zur Entwicklung der aktuellen depressiven Episode aus psychiatrischer Sicht machen zu können, benötige es weitere medizinische Unterlagen. Es liege eine somatische Komorbidität vor (doc. 108)

- Die behandelnde Psychiaterin, Dr. sci. E. _____, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 19. März 2015 eine mittelschwere bis schwere Depression (F.33.1/F33.2 in Observation). Sie verschrieb dem Beschwerdeführer zur Behandlung Lata, Bromazepam, Trittico und Sanval. Eine Kontrolluntersuchung sei in einem Monat notwendig (doc. 174).
- Dr. sci. E. _____ stellte auch im Bericht vom 28. April 2015 die Diagnose einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode (F33.1/F33.2 in Observation). Es seien monatliche Konsultationen notwendig (doc. 175).
- Nach Eingang weiterer medizinischer Unterlagen aus Serbien hielt der IV-Arzt Dr. V. _____, 2. Juni 2015, v.a. gestützt auf die beiden Berichte der behandelnden Psychiaterin vom 19. März 2015 und vom 28. April 2015, eine rezidivierende depressive Störung mit einer aktuell mittelschweren bis schweren Episode (F33.1-2) sowie ein voll remittiertes Larynxkarzinom fest (doc. 107). Der Beschwerdeführer sei – nach erfolgter Berechnung gemäss dem BSV-Kreisschreiben – im Haushalt ab dem 1. Juli 2013 zu 20 % und ab dem Datum des Berichts der behandelnden Psychiaterin vom 30. September 2014 zu 43 % arbeitsunfähig. Als funktionelle Einschränkungen hielt er fest: Depressive Laune, gesenkte Lebensfreude, Schlafstörungen, niedrige Konzentration und Entschlussunfähigkeit sowie Schwierigkeiten, längerfristig Aufgaben zu planen (doc. 120).
- Der Bericht von Dr. sci. E. _____ vom 14. Oktober 2015. In diesem wurde eine schwere Depression diagnostiziert (F33.2). Es wurde Lust- und Schlaflosigkeit, Missstimmung, Konzentrationsschwäche und sozialer Rückzug festgestellt. Neu wurde erwähnt, dass er Haushaltsarbeiten gar nicht mehr erledige. Negative Gedanken bezüglich seines Gesundheitszustandes beeinträchtigten seine Funktionsweise im Arbeits-, Familien- und sozialen Umfeld. Er fühle sich minderwertig und sei nicht in der Lage, seine aktuellen Ängste zu überwinden. Weiterhin werde u. a. Bromazepam verschrieben (B-act. 26 S. 4 f.).
- In der Stellungnahme vom 3. November 2015 stellt die IV-Onkologin, Dr. L. _____, Fachärztin für Onkologie und Hämatologie des IV-ärztlichen Dienstes, klar, dass der Beschwerdeführer gemäss den regelmässig durchgeführten Kontrollen vom Kehlkopfkrebs vollständig geheilt sei. Der zweite Tumor (Schilddrüsen Adenom) habe sich als gutartig herausgestellt (doc. 179).

- Die weiteren Berichte im Zeitraum November 2015 bis Juli 2016 wurden vom Bundesverwaltungsgericht im Rückweisungsurteil C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 angezweifelt sowie als nicht schlüssig und beweiskräftig eingestuft wurde.
- Im polydisziplinären Gutachten vom 31. August 2018 stellten Dr. med. X._____, Innere Medizin FMH, Prof. Dr. med. Y._____, Fachärztin für Otorhinolaryngologie, spez. Hals- und Gesichtschirurgie FMH, Dr. med. Z._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie Prof. Dr. med. Aa._____, MBA, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (doc. 247 S. 8 f.):

«1. Status nach supraglottischer partieller Laryngektomie (recte: Laryngektomie) am 16.01.2013 mit selektiver Neckdissection beidseits bei:

mittelgradig differenziertem Karzinom (eine Stadieneinteilung gemäss TNM System ist in den vorhandenen Unterlagen nicht aufgeführt):

- postoperative Radiotherapie mit insgesamt 65 Gy (45 Gy in 25 Fraktionen, danach reduzierte Dosis)
- bisher kein Rezidivhinweis, keine Metastasen.

2. Lumbospondylogenes Syndrom bei/ mit (ICD 10: M 54.5), ED 2001

- Osteochondrose LWK 4/5 und LWK 5 / SKW 1
- dehydrierte Bandscheibe mit Anulusriss L4/5
- 07.02.2003: Facetteninfiltration L4/5 beidseits

3. Cervikales Schmerzsyndrom bei/ mit (ICD 10: M 47.82)

- geringe dorsale Spondylose HWK 3/4, Facettengelenksarthrose HWK 3 bis 5, Fortgeschrittene, Osteochondrose HWK 6/7, Unkovertebralarthrose Punctum maximum HWK 4/5, geringe Degeneration des medianen atlantoaxialen Gelenkes.
- mässig eingeengte Neuroforamina HWK 3/4 beidseits mit Kontakt zur Wurzel C4 beidseits.

4. Hochgradige sensorineurale Hörminderung links.

5. Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2).

6. V.a. Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.2).»

- Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestieren sie dem Beschwerdeführer zwei weitere Diagnosen (S. 8):

«1. Raumforderung unklarer Ätiologie Stimmlippe rechts, ca. 3 mm messend: Differenzialdiagnose Polyp;

2. Diffuse Struma mit Knoten links, euthyreot (ED 2014): 17.07.2014: Lobo-Isthmektomie des linken Schilddrüsenlappens.»

Dr. med. X._____, Innere Medizin FMH, stellte keine internistischen Leiden mit Krankheitswert fest. Aus allgemeininternistischer Sicht und unter Berücksichtigung der zusätzlich in Auftrag gegebenen labormedizinischen Untersuchungen liege kein relevantes Gesundheitsproblem vor (S. 42).

Dr. med. Z._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, schliesst in ihrem psychiatrischen Teilgutachten auf eine Anpassungsstörung (F43.2) und eine Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2) und legt dar, dass die aus der Anpassungsstörung resultierenden Einschränkungen gering seien (S. 8). Aufgrund der divergieren Diagnosen der behandelnden Psychiaterin und der Gutachterin wird der Krankheitsverlauf, die Herleitung und Begründung in Erwägung 6.2 eingehend diskutiert.

Im Hals-Nasen-Ohren-ärztlichen Teilgutachten stellte Prof. Dr. med. Y._____, Otorhinolaryngologie, spez. Hals- und Gesichtschirurgie FMH, einen Status nach supraglottischem Larynxkarzinom mit partieller Laryngektomie, Hals-Lymphknoten-Entfernung beidseits sowie nachfolgender Bestrahlung im Jahre 2013 und einen Status nach Teil-Thyreoidektomie bei benignem Befund im Jahre 2014 fest. Die klinische HNO-ärztliche Untersuchung zeige keinen eindeutigen Hinweis für ein Rezidiv, im Bereich des rechten vorderen Drittels der rechten Stimmlippe zeige sich eine etwa 2-3 mm messende Veränderung, die aus gutachterlicher Sicht kontrollbedürftig sei. Gemäss den vorliegenden Unterlagen stehe der Explorand in der Nachsorge, wo zuletzt alles als unauffällig beurteilt worden sei. Weiter zeige das durchgeführte Audiogramm eine hochgradige pancochleäre sensorineurale Hörminderung links, deren Ätiologie unklar sei (S. 65). Er betrachte damit als Folge der Karzinomkrankung die Gesamtleistungsfähigkeit als herabgesetzt und gehe von einer Arbeitsleistung von 70 % aus, wobei insbesondere Arbeiten in sehr staubiger Umgebung oder aber Tätigkeiten,

bei denen eine dauernde und intensive Kommunikation nötig ist, für den Exploranden nicht geeignet seien (S. 66).

Von orthopädischer Seite her stellte Prof. Dr. med. Aa. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, MBA, zusätzlich zum Röntgen und MRI der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule vom 18. Mai 2018 anlässlich der Untersuchung fest, dass Zehengang, Zehenstand, Hackengang, Hackenstand, Kniebeuge, Aufstehen aus der Kniebeuge möglich seien. Das Gangbild sei ohne Schonhinken, das Hinsetzen und Aufstehen vom Untersuchungsstuhl sowie Hinlegen und Aufstehen auf und von der Untersuchungsliege seien durchführbar. Die Alltagsbewegungen bei der Anamneseerhebung sowie beim Entkleiden der Ober- und Unterbekleidung seien unauffällig und Alltagsbewegungen während der klinischen Untersuchung ohne Anzeichen von Schmerzen. Die Bewegungen seien ohne Anwendung einer Rückenschule durchgeführt worden (S. 27 f., 71, 74).

In der Begründung und Herleitung der orthopädischen Diagnose hielten die Gutachter fest, dass radiologisch sich die bereits vorbeschriebenen degenerativen Veränderungen im Bereich der gesamten HWS finden würden, welche die Bewegungseinschränkungen vollumfänglich erklären würden. Im Bereich der LWS zeige sich ebenfalls eine eingeschränkte Beweglichkeit, hier mit endgradiger Schmerzhaftigkeit. Eine Neurologie könne während der Wirbelsäulenuntersuchung nicht ausgelöst werden. Radiologisch finde sich eine Osteochondrose LWK4/5 und LWK5/SKW1, welche die Bewegungsschmerzen und Bewegungseinschränkung teilweise erkläre, auch wenn diese akzentuiert zur Darstellung gebracht werde. Insgesamt erschienen die beklagten Rückenbeschwerden seit der ersten Rentenverfügung vom 29. September 2003 im Wesentlichen unverändert, weshalb sich fachorthopädisch auch keine Änderungen bezüglich der schon damals festgelegten Arbeitsfähigkeitseinschränkung ergeben würden. Die beklagten Schmerzen an der rechten Schulter seien ein Residuum der durchgeführten Neck-Dissection (Entfernung einiger Lymphknoten im Halsbereich; S. 7).

Als funktionelle Auswirkung der gutachterlich diagnostizierten leichten Anpassungsstörung folgern die Gutachter eine eingeschränkte Durchhaltefähigkeit. Die degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS führten zu einer Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit (Gewichts-/Hebebelastungen, Zwangspositionen). Weiter hätten

die Beschwerden an der rechten Schulter keine orthopädische Ursache und fachorthopädisch keine funktionellen Auswirkungen. Aufgrund der einseitigen Schwerhörigkeit seien Tätigkeiten mit dauernder und intensiver Anforderung an die Kommunikation nicht geeignet, ebenso Tätigkeiten in akustisch anspruchsvoller Umgebung wie Grossraum, lauter Arbeitsort etc. (S. 9). Die aus der Anpassungsstörung resultierenden Einschränkungen seien gering und führten gegenüber den somatischen Limitierungen zu keiner weiteren Einschränkung (S. 8).

Die Gutachter kamen in ihrer Konsensbeurteilung zum Schluss, dass angesichts der unveränderten Situation bezüglich des Bewegungsapparats eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit weiterhin zu bestätigen sei und damit die frühere Tätigkeit in der Pflege, wie bereits in Vorbeurteilungen des Rückenleidens, als nicht mehr möglich beurteilt werde (S. 10). Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit stellten sie in zeitlicher Hinsicht fest, dass aus gesamtmedizinischer Sicht eine 70-%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Diese zeitliche Einschränkung lasse sich einerseits primär aus HNO-Sicht aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs und andererseits aus psychiatrischer Sicht aufgrund der leichten Anpassungsstörung erklären (S. 10 und 12). In qualitativer Hinsicht ergäben sich aus HNO- oder orthopädischer Sicht Einschränkungen. Als Belastungsprofil wird eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit in Wechselbelastung, ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 15 kg, beschrieben. Dabei werde eine Arbeit mit ergonomisch günstiger Körperhaltung, ohne Zwangshaltungen, vorausgesetzt. Tätigkeiten in staubiger Umgebung und mit hoher Anforderung an die Kommunikation oder in akustisch anspruchsvoller Umgebung seien nicht möglich (S. 11). Schliesslich werde mit Blick auf den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit für die Zeit der Akutbehandlung des Karzinoms (dokumentierter Abklärungsbeginn 11/2012) inkl. nachfolgender Bestrahlung (Ende ca. 06/2013) und circa sechs Monate nach Abschluss der Bestrahlung (bis 12/2013) bis zum Abklingen der lokalen Folgen der Bestrahlung und der Angewöhnung von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Danach werde eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, wie oben beschrieben, für grundsätzlich zumutbar erachtet; retrospektiv lasse sich die Arbeitsfähigkeit anhand der ungenügenden Aktenlage nicht enger bestimmen (S. 11). Demgegenüber neu sei sicher der Status nach Diagnose eines malignen Larynx-Tumors mit in der Folge partieller horizontaler supraglottischer Laryngektomie mit selektiver Lymphknoten-Entfernung beidseits am 16. Januar 2013 und nachfolgender Radiotherapie mit insgesamt 65 Gy (45

Gy in 25 Fraktionen, danach reduzierte Dosis). Bislang sei kein Rezidiv nachgewiesen worden, wobei der differenzialdiagnostisch festgehaltene Polyp kontrollbedürftig sei (S. 8).

- Die IV-Ärztin, Dr. med. Bb._____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie nahm am 16. April 2020 duplikweise zu den psychiatrischen Berichten und den Vorbringen des Beschwerdeführers Stellung. Es werde von der behandelnden Psychiaterin keine seit 2015 durchgehend bestehende, schwere Depression belegt. Zum Gutachtenzeitpunkt würde die Gutachterin eine Anpassungsstörung diagnostizieren. Eine solche Anpassungsstörung würde üblicherweise mit einer leicht bis mittelgradigen depressiven Symptomatik einhergehen (B-act. 24 S. 3). Unter Einbezug der aus ihrer Sicht verwertbaren psychiatrischen Berichte attestiere sie dem Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung ohne Hinweis auf eine erhebliche psychiatrische Komorbidität. Zum Zeitpunkt der Bestrahlung stellt sie auf die Diagnose von Der IV-Psychiater Dr. V._____, ab. Die Einschätzung von Dr. V._____ von Februar und Juni 2015 stütze sich auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin, Dr. sci. E._____, wobei sich diese psychiatrische Einschätzung damals ausschliesslich auf die Leistungsfähigkeit im Haushalt bezogen habe. Was die Verunsicherungen und Ängste anbelangt, stellt sie klar, dass keine eigenständige Angsterkrankung diagnostiziert werde. Schliesslich könne aus fachärztlicher Sicht nicht von einer Traumatisierung durch die Rückenleiden gesprochen werden (B-act. 24 S.4).
- Anlässlich eines stationären Aufenthalts vom 24. bis 29. Januar 2019 wegen einer Grippe mit viraler Lungenentzündung und eines Kollapses wurde ein CT der äusseren Hirnhaut aufgenommen. Das Ergebnis wurde von Cc._____, praktizierender Arzt, KZ M._____, im Entlassungsbrief vom 29. Januar 2019 erklärt. Es sei ein Lipom (gutartiges Fettgeschwulst) auf der Höhe der Basalzisternen ersichtlich; weiter seien keine pathologischen Inhalte oder Veränderungen zu erkennen (doc. 257 S. 1). Der Sturz aufgrund des Kollapses habe zu keinen traumatischen Läsionen geführt (doc. 257 S. 3).

6.

Vorliegend stützt sich die angefochtene Verfügung vom 19. August 2019 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des Dd._____ mit den Fachdisziplinen Innere Medizin, Orthopädie, HNO und Psychiatrie (act. 247).

6.1 Darin kommen die Gutachter, Dr. med. X._____, Innere Medizin FMH, Prof. Dr. med. Y._____, Otorhinolaryngologie, spez. Hals- und Gesichtschirurgie FMH, Dr. med. Z._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Prof. Dr. med. Aa._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, MBA, zum Schluss, dass die bisherige Tätigkeit in der Pflege bereits in den Vorbeurteilungen aufgrund des Rückenleidens als nicht mehr möglich beurteilt worden sei. Aus orthopädischer Sicht könne diese volle Arbeitsunfähigkeit weiterhin bestätigt werden, bei unveränderter Situation bezüglich Bewegungsapparat. In angepasster Tätigkeit bestehe aus gesamtmedizinischer Sicht eine 70 %-ige Arbeitsfähigkeit (S. 10): Dabei ergebe sich die zeitliche Einschränkung primär aus HNO-Sicht aufgrund des Pausenbedarfs, die qualitativen Einschränkungen ergäben sich sowohl aus HNO-Sicht wie aus orthopädischer Sicht (S. 12).

6.2 Die Diagnose der Anpassungsstörung von Dr. med. Z._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ist in ihrem Teilgutachten als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt worden. Sie beruht auf einer Herleitung und nachvollziehbaren Begründung, wobei sie auch den Verlauf, unter kritischer Würdigung der eingereichten Berichte, schildert und die mangelnde Begründung bemängelt: Der Explorand scheine bis zur Tumorerkrankung keine psychischen Probleme entwickelt zu haben. Die Tumordiagnose, aber vor allem auch die Operation und der postoperative Zustand mit den damit verbundenen Einschränkungen, habe er als sehr bedrohlich und schockierend erlebt. Auch die Gesamtsituation im Krankenhaus mit seinen Mitpatienten und deren Leid scheine den Exploranden stark beeindruckt und mitgenommen zu haben, obwohl ihm solche Situationen durch seine frühere Tätigkeit bekannt sein müssten (S. 55 f.). Der erste psychiatrische Bericht sei vom 16. Dezember 2013 von Dr. sci. E._____, worin eine Neurose diagnostiziert werde, allerdings mit der ICD-10 Kodierung für eine (erstmalige) Depression. Bis auf die Berichte des Regionalärztlichen Dienstes seien sämtliche psychiatrischen Dokumente aus dem Serbischen übersetzt und in der Diagnoseherleitung nicht ausführlich. Es sei deswegen rückwirkend nicht sicher zu beurteilen, ob die damaligen Symptome einer depressiven Episode nach ICD-10 entsprechen würden oder ob sie der jetzigen Symptomatik ähneln würden und im Rahmen einer Anpassungsstörung zu sehen seien. Gemäss Akten werde im Jahr 2013 eine erste depressive Episode aufgeführt. Im zweiten Bericht von Dr. sci. E._____ vom 30. September 2014 würden depressive Symptome beschrieben. Im Bericht vom IV-Arzt, Dr. Perret, vom 17. Februar 2015 werde eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger Episode seit Juli 2014 festgehalten, bei einer ersten Episode Januar 2013

und einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit, im zweiten Bericht vom 11. November 2015 werde keine Änderung festgestellt. Der IV-Arzt, Dr. V._____, scheine den Exploranden aber nicht gesehen zu haben, vielmehr habe er seine Berichte auf der Basis der übersetzten, äusserst knappen Berichte aus Serbien erstellt. Es folgten Berichte der psychiatrischen Klinik M._____, vom 19. März 2015 und vom 28. April 2015, in denen eine rezidivierende Störung mittelgradig/schwergradig angegeben werde, und ein Bericht vom 3. März 2016, in welchem depressive Symptome beschrieben würden und keine Arbeitsfähigkeit gesehen werde (S. 56 und 58). Ob 2013 eine depressive Episode vorgelegen habe oder die Symptome bereits damals einer Anpassungsstörung entsprochen hätten, lässt sich nicht sicher festlegen, auch, ob die Symptomatik von 2013 abgeklungen sei und der Explorand erneut depressiv erkrankt sei, lasse sich aus den Unterlagen und seinem Bericht nicht ersehen. Der Explorand selber könne keine Episoden abgrenzen. Im Moment sei der Explorand in seiner Stimmung nur gedrückt, wenn er sich mit seiner jetzigen Situation beschäftige würde. Er sei jederzeit aufhellbar, voll schwingungsfähig und sei während der Exploration nur anfänglich niedergedrückt, im weiteren Verlauf euthym gewesen. Auch Antrieb und Konzentrationsfähigkeit seien unauffällig (S. 56).

6.3 In der Konsensbeurteilung legten die Gutachter unter Berücksichtigung der Standardindikatoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 4) Folgendes dar: Zur *Gesundheitsschädigung und Ausprägung bzw. zum Schweregrad* ergäben sich aus orthopädischer Sicht degenerative Veränderungen im Bereich der HWS und LWS, die zu einer Einschränkung der Belastbarkeit führten. Dies gelte zum einen für Gewichtsbelastungen, zum anderen für Zwangspositionen, welche die Wirbelsäule über die Masse belasten. Die beklagten Beschwerden an der rechten Schulter hätten keine orthopädische Ursache und fachorthopädisch keine funktionellen Auswirkungen (S. 77, s. unten E. 6.1). Erschwerend komme in psychischer Hinsicht hinzu, dass seine Frau und seine Töchter mittlerweile wieder ihr Alltagsleben mit Berufstätigkeit und Schule aufgenommen hätten und über einen ausgefüllten Alltag im Gegensatz zu ihm verfügen würden. Diese Situation führe dazu, dass er sich auch in seiner Familie immer mehr über seine Krankheiten definiere, was wiederum die psychischen Symptome unterhalte (S. 56). Allerdings sei er jederzeit aufhellbar, voll schwingungsfähig und sei während der Exploration nur anfänglich niedergedrückt im weiteren Verlauf euthym gewesen (S. 56). Zum *Behandlungserfolg oder zur Behandlungsresistenz* legen die Gutachter dar, der Explorand scheine zurzeit keine intensive psychiatrische Behandlung zu haben. Nach eigenen Angaben habe er alle 2-

3 Monate einen Termin bei seiner Psychiaterin. Aus psychiatrischer Sicht sei eine konsequentere psychiatrische Behandlung in Form einer engmaschigen Verhaltenstherapie mit Ziel v.a. eines Aktivitätsaufbaus zu empfehlen (S. 12). *Zur Persönlichkeit* wurde angemerkt, dass keine Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 vorliege. Es falle dem Exploranden jedoch schwer die veränderte Familienkonstellation, dass seine Frau und seine Töchter einer erfolgreichen und für sie befriedigenden Tätigkeit nachgehen würden, selbstständig seien und ihn nicht direkt benötigen würden, zu akzeptieren. Er reagiere mit einem Rückzug auf seine gesundheitlichen Beschwerden (S. 10). Die *Fähigkeiten, Ressourcen sowie die Belastungen* wurden eingehend gegeneinander abgewogen. In psychiatrischer Hinsicht werde festgehalten, dass der Explorand über gute soziale und auch intellektuelle Fähigkeiten zu verfügen scheine. Er sei durch seine Familie in ein gutes soziales Netz eingebettet. Als Belastung bestehe die durchgemachte Krebserkrankung mit der ständigen Sorge um ein Rezidiv, sowie seine Überzeugung, dass er keine Tätigkeit in Serbien findet würde, die er ausführen könne (S. 10, 57). *Zum Indikator sozialer Kontext* komme erschwerend hinzu, dass er sich in seiner Familie immer mehr über seine Krankheiten definiere, was die psychischen Symptome unterhalte (S. 56). *Zur Konsistenz* seien insgesamt keine Ausfälligkeiten vorgefunden worden. Insbesondere würden die im Alltag gezeigten Fähigkeiten im Einklang mit dem geschilderten Beschwerdebild stehen. Die leichte Symptomausgestaltung in der orthopädischen Untersuchung sei unbewusst und es sei in der Zumessung der Arbeitsfähigkeit auf die objektivierbaren Befunde abgestellt worden (S. 10).

6.4 Damit ist in einem Zwischenfazit festzustellen, dass das polydisziplinäre Gutachten vom 3. September 2018 die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen erfüllt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a): Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie unter Diskussion abweichender Berichte (s. dazu E. 6.2 f.) getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend, die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar hergeleitet und begründet (s. E. 3.8.2 hiervor) und überzeugen unter Berücksichtigung der Standardindikatoren (s. E. 3.10 hiervor). Damit kann auf die polydisziplinären Gutachten des Dd. _____ mit den Fachdisziplinen Innere Medizin, Orthopädie, HNO und Psychiatrie (doc. 247) abgestellt werden.

6.5 Demzufolge hat die IVSTA in ihrer juristisch-medizinischen Beurteilung zu Recht festgestellt, dass dem polydisziplinären Gutachten volle Beweiskraft zukommt, und darauf gestützt, seit dem 11. Juli 2001 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfspfleger/Spitalangestellter, in einer angepassten Tätigkeit ab dem 26. November 2012 eine 100 %-ige und ab dem 1. Januar 2014 eine 30 % Arbeitsunfähigkeit angenommen werden könne. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 26. November 2012 bis zum 31. Dezember 2013 werde durch die Kehlkopfentfernung im Spital von M. _____ erklärt. Die Erhöhung der Arbeitsfähigkeit erfolge 6 Monate nach der Bestrahlung und sei damit begründet (doc. 249).

7.

7.1 Die vom Beschwerdeführer unter Berufung auf den endokrinologischen Bericht von Prof. Dr. Ee. _____, KCM. _____, vom 3. Dezember 2019 (B-act. 20 Beilage 7), die neurochirurgischen Berichte von Dr. Ff. _____ vom 11. Dezember 2019 und Dr. P. _____ vom 14. Dezember 2019, beide KCM. _____, (B-act. 20 Beilage 5 und 6), den orthopädischen Bericht von Dr. Gg. _____, KCM. _____, vom 23. Dezember 2019 (B-act. 20 Beilage 4), den psychiatrischen Bericht Dr. F. _____, KCM. _____, vom 20. Januar 2020 (B-act. 20 Beilage 3), sowie den neurologischen Bericht von Dr. P. _____ vom 27. Januar 2020 und 7. Februar 2020 (B-act. 20 Beilage 1 und 2) vorgebrachte Rüge, das polydisziplinäre Gutachten spiegle nicht seinen Gesundheitszustand wieder, verfängt in formeller Hinsicht nicht. Denn in zeitlicher Hinsicht ist praxisgemäss relevant, wie sich der Sachverhalt, insbesondere die medizinischen Gegebenheiten, bis zum Zeitpunkt der Verfügung darstellt (BGE 141 V 15 E 3.1; BGE 137 V 334 E. 3.2; BGE 125 V 146 E. 2c). Der vom Beschwerdeführer eingereichte Befund (Neoplasma malignum glottidis Status post operationem [C320] s. B-act. 20 Beilage 20) ist zeitlich nach dem zu beurteilenden Zeitraum aufgetreten und die genannte Diagnose damit erst nach Abschluss des vom Gericht zu beurteilenden Zeitraums (vgl. E. 3.2.) aktenkundig. Der Bericht vom 20. Mai 2020 sowie die anderen Berichte können deshalb grundsätzlich nicht mehr berücksichtigt werden, soweit sich daraus keine Erkenntnisse für den Zeitpunkt vor der Verfügung ergeben. Der neue Befund und die neuen Berichte sind im Rahmen einer Neuanschauung zu prüfen. Vorliegend ist folglich lediglich der Sachverhalt bis zur Verfügung vom 19. August 2019 zu beurteilen (geheilter Kehlkopfkrebs, gutartiges Schilddrüsen Adenom, gutartiges Lipom [s. Bst. D.e; s. E. 7.4.2 hiernach).

7.2 Der Beschwerdeführer rügt replikweise, die Auftragsvergabe sei nicht neutral gewesen, und bringt sinngemäss Kritik an der Neutralität der Gutachter an, zumal diese aufgrund der Vielzahl an Gutachteraufträgen in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Vorinstanz stünden (B-act. 20). Insoweit sich der Beschwerdeführer auf die Grundrechte beruft, ist die Rüge unbegründet. Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung schafft das Auftrags- und Honorarvolumen für sich allein keine als Ausstandsgrund zu qualifizierende Abhängigkeit einzelner Experten von den IV-Stellen (Urteil 8C_740/2015 vom 11. Februar 2016, E. 4.2).

7.3

7.3.1 Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, das psychiatrische Gutachten der behandelnden Psychiaterin, Dr. sci. E. _____ vom 14. Oktober 2015 sei im polydisziplinären Gutachten nicht berücksichtigt worden. Daraus leitet er eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab dem 1. Januar 2014 ab. Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, es beständen auch nach dem Zeitpunkt der Kehlkopfkrebserkrankung, der teilweisen Entfernung des Kehlkopfes und der Bestrahlung eine chronisch schwere Depression (F33.2) sowie chronische Angstzustände und Panikattacken B-act. 1 S. 3 f.)

7.3.2 Vorab ist festzuhalten, dass dieser Bericht, wie die Vorinstanz und die OAIE zu Recht in Ihrer Duplik festhalten, beinahe identisch mit dem Bericht vom 28. April 2015 ist und daraus keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden können (vgl. B-act. 29 S. 1 und 4).

7.3.3 Die behandelnde Psychiaterin stellt die Diagnose einer Neurose mit depressiver Episode (F32) bereits im Bericht vom 20. September 2013 fest. Sodann wird dem Beschwerdeführer im Bericht vom 24. Oktober 2015 eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) attestiert. Insgesamt attestieren auch alle späteren Berichte eine geminderte Arbeitsfähigkeit oder befürworten eine Rente, ohne sich jedoch mit dem Befund differenziert auseinanderzusetzen und die Diagnose ansatzweise herzuleiten.

7.3.4 Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Berichte seiner behandelnden Psychiaterin vermögen mit Bezug auf die Diagnose und die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen, fehlt doch eine entsprechende nachvollziehbare Begründung. Da sich die behandelnden

den Ärztinnen und Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb, wie vorliegend auch, selten die materiellen Anforderungen, die an ein Gutachten gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung gestellt sind (BGE 135 V 465 E. 4.5 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang zudem, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten der Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b./3cc mit Hinweisen).

7.3.5 Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass der Explorand im Affekt stellenweise leicht niedergedrückt, aber jederzeit gut aufhellbar und schwingungsfähig wirke (S. 52). Vor diesem Hintergrund erscheint es nachvollziehbar, dass der Gutachter, im Gegensatz zum behandelnden Arzt, davon ausgeht, es liege zum Begutachtungszeitpunkt keine affektive Störung vor. Er hat zur Diagnosestellung das MDP-System (AMDP = Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) sowie zwei testpsychologische Zusatzuntersuchungen herangezogen. Im Montgomery-Asperg Depression Rating Scale-Fremdbeurteilungsbogen (MADRS) erzielte der Explorand 10 von maximal 60 Punkten (10-20 Punkte leichte, 20 bis 30 mittelschwere, über 30 schwere Depression). Der Rey Memory Test (RMT) zur Detektion von Simulation/Aggravation war negativ (S. 53).

7.3.6 Im Übrigen fällt weiter auf, dass der Beschwerdeführer lediglich je nach Bedarf, nur alle 1 bis 3 Monate, eine Psychiaterin aufsucht (nach eigenen Angaben alle 2-3 Monate, vgl. S. 59) und einen strukturierten Tagesablauf in familiärer Atmosphäre geniesst (vgl. S. 51). Dies widerspricht der attestierten mittelschweren bis schweren Depression in den Berichten der behandelnden Psychiaterin. Allein auch die Tatsache, dass Bromazepam eingenommen werde, könnte für sich alleine betrachtet und unter Würdigung der gesamten medizinischen Akten nicht beweiskräftig eine Depression belegen oder darf nicht dazu führen, dass auf eine Depression geschlossen wird. In diesem Zusammenhang ist vor allem eine Reduktion der Einnahme des besagten Medikaments und eine engmaschige Therapie mit dem Ziel eine berufliche Perspektive zu entwickeln, angebracht (vgl. S. 59). Die Einnahme des besagten Medikaments ohne therapeutisches

Setting steht zudem im Widerspruch zur Diagnose. Wie bereits oben dargelegt, kann den Berichten der behandelnden Psychiaterin mangels Herleitung und Begründung ihrer Diagnose nicht gefolgt werden.

7.3.7 Nach dem Gesagten kann über die Periode (1. November 2013 bis 31. März 2014) der Kehlkopfkrebserkrankung, der Teil-Entfernung des Kehlkopfes und der Bestrahlung hinaus keine mittelschwere bis schwere Depression nachgewiesen werden. Einzig zu diesem Zeitpunkt, der Krebserkrankung und 6 Monate nach der Bestrahlung, ist mit dem IV-Psychiater, Dr. V._____, der sich auf die behandelnde Psychiaterin stützt, eine psychische Komorbidität anzunehmen. Das Gutachten erlaubt sich diesbezüglich auch keine Schlüsse und stellt fest, dass retrospektiv nicht gesagt werden könne, ob die Symptome damals einer Anpassungsstörung entsprochen hätten oder der Beschwerdeführer eine depressive Episode erlebt habe, die wieder abgeklungen sei (S. 12 und 56). Damit berücksichtigt die Gutachterin die Tatsache, dass im strittigen Zeitpunkt keine persönliche Untersuchung stattgefunden hat. Die einzigen Berichte im strittigen Zeitpunkt enthalten keine stichhaltige Begründung und Herleitung der Diagnose und weisen Widersprüche und Mängel auf. Damit sind die vom Beschwerdeführer angeführten Berichte seiner behandelnden Psychiaterin weder geeignet, Zweifel an der Zuverlässigkeit der gutachterlichen Feststellung zu wecken, noch beweistauglich, um eine gesundheitliche Verschlechterung bzw. rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit nach dem 1. Januar 2014 nachzuweisen.

7.4

7.4.1 Weiter moniert der Beschwerdeführer das Gutachten in onkologischer Hinsicht. Er macht geltend, es sei kein MRI/CT des Kehlkopfes und der Schilddrüse durchgeführt worden. Überdies rügt er, es sei aufgrund der Operation am 17. August 2014 nach dem 1. Januar 2014 keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten.

7.4.2 Hierzu ist festzuhalten, dass gemäss den eingereichten Berichten, wie die IV-Onkologin, Dr. L._____ bestätigt, weder Rezidive noch Metastasen in der Kehlkopfgregion vorgefunden wurden. Was die Schilddrüse angeht, bestätigt die IV-Onkologin gestützt auf die eingereichten Unterlagen, dass sich das Adenom der Schilddrüse nach einer kleinen Intervention als gutartig herausgestellt hat (doc. 105). Aus diesem Grund sind zusätzliche MRI und CT entbehrlich und eine Aktenwürdigung genügt, um

rückwirkend einzig eine befristete, volle Rente für die Periode vom 1. November 2013 (Kehlkopfkrebs) bis sechs Monate nach der Radiotherapie, am 31. März 2014, zu gewähren. Das im Entlassungsbrief vom 29. Januar 2019 mittels CT vorgefundene Lipom ist gutartig, wie im IV-ärztlichen Rapport der OAIE vom 26. Juni 2020 festgestellt wird, und es ergibt sich daraus keine funktionelle Einschränkung (B-act. 29 S. 4).

7.5 Zu allerletzt moniert der Beschwerdeführer das orthopädische Teilgutachten und macht aufgrund von Bandscheibenvorfällen mit Radikulopathien (C4-C5, C6-C7, L3-L4, L4-L5, L5-S1) und Rückenschmerzen eine Invalidität zu 100 % geltend (B-act. 20 S. 6ff.).

7.5.1 Die anlässlich der Untersuchung demonstrierte Einschränkung in der aktiven Bewegungsprüfung der rechten Schulter könne fachorthopädisch nicht erklärt werden. Dass es sich um ein Residuum der durchgeführten Neck-Dissection handle, erscheint plausibel aufgrund der freien Schulterbeweglichkeit beim Bekleiden und Entkleiden (S. 7).

7.5.2 Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers handelt es sich gemäss Dd. _____ Gutachten vom 31. August 2018 bei den geltend gemachten Veränderungen um bereits bestehende degenerative Schäden der Wirbelsäule, welche seit der ersten Rentenverfügung vom 29. September 2003 im Wesentlichen unverändert geblieben sind (doc. 247 S. 76). Deshalb hat die Vorinstanz zu Recht keine Änderung der damals festgestellten Arbeitsfähigkeit angenommen. Damit ist der Beschwerdeführer nach wie vor aufgrund des Rückenschadens in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

7.6 Die Ausführungen des Beschwerdeführers vermögen damit in keinerlei Hinsicht das polydisziplinäre Gutachten des Dd. _____ in Zweifel zu ziehen und die Vorinstanz hat damit zu Recht – nach einer Verschlechterung aufgrund der Kehlkopf-Krebserkrankung am 1. November 2013 bis zu sechs Monaten nach der Bestrahlung und der vollständigen Remission – eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ab dem 1. Januar 2014 angenommen.

8.

Um den Invaliditätsgrad bestimmen zu können, ist weiter zu prüfen, nach welcher Bemessungsmethode vorzugehen ist bzw. ist die Statusfrage zu klären.

8.1 Das Sozialversicherungsgericht des Kantons C._____ berechnete in seinem Urteil vom 30. November 2004 den Invaliditätsgrad gestützt auf einen Einkommensvergleich nach der allgemeinen Methode (doc. 38). Nachdem die Vorinstanz in vorliegendem Revisionsverfahren die spezifische Methode (doc. 208 S. 2, Haushaltsbericht, IV-Grad 44 %) angewandt hatte, zweifelte das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 22. Juni 2017 die Statusfrage an, weshalb vorliegend unter Zugrundelegung des polydisziplinären Gutachtens und der vom Beschwerdeführer beantragten Haushaltsabklärung die Statusfrage nochmals aufgeworfen wird.

8.2 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden. Die Beurteilung hypothetischer Geschehensabläufe stellt eine Tatfrage dar, soweit sie auf Beweiswürdigung beruht, selbst wenn darin auch Schlussfolgerungen aus der allgemeinen Lebenserfahrung mitberücksichtigt werden. Ebenso sind Feststellungen über innere oder psychische Tatsachen Tatfragen, wie beispielsweise was jemand wollte oder wusste (BGE 144 I 28 E. 2.3 f.).

8.3 Vorliegend arbeitete der Beschwerdeführer bis zum 8. April 2002 als Hilfspfleger, bevor ihm wegen Rückenproblemen gekündigt wurde (s. Sachverhalt Bst. A). Aufgrund eines lumbospondylogenen Syndroms stellte das Sozialversicherungsgericht des Kantons C._____ in seinem Urteil vom 30. November 2004 fest, dass der Beschwerdeführer nur noch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, wobei ein Invaliditätsgrad von 18 % resultiere. In der Folge wurden zwei Gesuche um berufliche Massnahmen wegen fehlender Mitwirkung abgelehnt (s. Sachverhalt Bst. B.b). Seit der Rückkehr in sein Heimatland im Jahr 2009 bis zur Neuanmeldung wegen dem Krebsleiden im Jahr 2013 war der Beschwerdeführer nicht erwerbstätig. Im Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten schrieb er, er würde 35 Stunden pro Woche für die Besorgung

der Kleintiere aufwenden (vgl. doc. 64 S. 7). Der Haushaltsbericht vom 2. Januar 2015 ergab einen Invaliditätsgrad von 43 % (doc. 120 S. 5). Darauf basierend berechnete die Vorinstanz mit Verfügung vom 7. August 2015 unter Anwendung der spezifischen Methode einen Invaliditätsgrad von 43 % im Aufgabenbereich, worauf der Beschwerdeführer entgegnete, er würde ohne Rückenschaden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nach wie vor in einem 100 %-Pensum als Hilfspfleger tätig sein.

8.4 Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung wurde festgestellt, dass der Beschwerdeführer im Bereich Ernährung (Rüsten, Kochen, Anrichten, alltägliche Reinigungsarbeiten in der Küche, Vorrat) keine Einschränkungen einzubüssen habe. Bezüglich der Wohnungs- und Hauspflege wurde festgestellt, dass Einschränkungen für die körperlich schweren Anteile, wie die Gartenpflege, bestünden. Staubsaugen sei in Etappen aber möglich. Bei einem Grosseinkauf würden sich Einschränkungen für das Heben von Lasten über 10-15 kg ergeben. Amtsstellen und weitere Besorgungen seien uneingeschränkt möglich. Für das Aufhängen von Wäsche ergebe sich eine Einschränkung aufgrund der Neckdissection, welche durch die Benutzung eines Kleiderständers umgangen werden könne (doc. 247 S. 14).

8.5 Bei sich widersprechenden Angaben ist auf die Beweismaxime hinzuweisen, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a). Vorliegend fällt ins Gewicht, dass der Beschwerdeführer in seiner Erwerbsbiographie weder eine Erwerbstätigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Rückenbeschwerden) noch Arbeitsbemühungen aufweisen kann. Nach Ergehen des Urteils vom 30. November 2004 hat der Beschwerdeführer nicht in einer angepassten Tätigkeit gearbeitet, obwohl er laut Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons C. _____ vom 30. November 2004 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war (doc. 38). Es widerspricht der allgemeinen Lebenserfahrung, dass ein Versicherter, der in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist, noch einen Erwerb erzielen will, aber während 7 Jahren (2002 – 2009 in der Schweiz) nicht arbeitet und in seinem Heimatland bis zur Krebserkrankung und bis zum Zeitpunkt der Verfügung auch keiner Arbeit nachgegangen ist. Deshalb kann auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass er ohne Gesundheitsschaden, d.h. den Krebsfolgeschäden seit 2013 (und den Rückenproblemen seit

dem Jahr 2003), heute zu 100 % in einer angepassten Tätigkeit tätig wäre. Mit Blick auf die Haushaltsführung ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer explizit erklärte, er würde sich minimal an der Haushaltsführung beteiligen, und die Bereiche Ernährung, Einkaufen und andere Geschäfte sowie die Wäsche und Kinderbetreuung würde ausschliesslich seine Ehefrau erledigen. Dies obwohl dem polydisziplinären Gutachten zu entnehmen ist, dass er im Haushalt sowie in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist. Es bestünden im Haushalt lediglich qualitative Belastungslimiten, die durch entsprechende Einteilung der Arbeiten umgebar seien (doc. 247 S. 7).

8.6 In Würdigung der gesamten Umstände überzeugt deshalb die Schlussfolgerung, wonach der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall nicht mehr erwerbstätig wäre. Damit erscheint die spezifische Methode, die auch Grundlage für die Verfügung vom 7. August 2015 der Vorinstanz war, als massgebend.

8.7 Selbst wenn von einer (teilweisen) beruflichen Tätigkeit ausgegangen und der Invaliditätsgrad in Anwendung der spezifischen Methode berechnet würde, erhöhte sich der Invaliditätsgrad nicht dahingehend, dass die Rente exportierbar wäre. Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten betragen die Einschränkungen im bisherigen Aufgabenbereich 0 % (vgl. doc. 247 S. 7, 10, 14), womit ein Invaliditätsgrad von 0 % resultierte.

9.

Schliesslich ist die Invalidität und der daraus resultierende Invaliditätsgrad zu bemessen.

9.1 Der Beschwerdeführer macht replikweise geltend, das polydisziplinäre Gutachten stelle einen Invaliditätsgrad von 80 % fest und zusätzlich sei der Vorinstanz bei der Berechnung des Invaliditätsgrades ein offensichtlicher Fehler unterlaufen: Er addiert die in den Teilgutachten einzeln festgestellten Prozente zum gewährten Leidensabzug der IVSTA auf. Zusätzlich rechnet er den, im Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 30. November 2004 gewährten, Leidensabzug hinzu (B-act. 20 S. 2). Dabei verkennt der Beschwerdeführer, dass in der Konsensbeurteilung (polydisziplinäres Gutachten, doc. 247 S. 10 f.) die Gutachter insgesamt eine 70-prozentige Arbeitsfähigkeit festlegten, ein Leidensabzug berücksichtigt wurde und der letzte Lohn aus dem Jahre 2002 veraltet ist (weshalb auf das durchschnitt-

liche statistische Jahreseinkommen seiner Branche im Jahr 2016 abgestellt wird, vgl. B-act. 24) und deshalb nicht als Grundlage für eine Berechnung des Valideneinkommens dienen kann.

9.2 Die Vorinstanz berechnete gestützt auf einen Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad von rund 33 % (doc. 250). Im Jahr 2016 lag das durchschnittliche statistische Jahreseinkommen in der Branche Gesundheitswesen (Kompetenzniveau 1) unter Berücksichtigung der branchenüblichen Wochenarbeitszeit (41.6 Stunden) bei Fr. 5'237.44 (Fr. 5'036.- : 40 x 41.6), was das Valideneinkommen ergibt. Für die Berechnung des Invalideneinkommens ist auf das durchschnittliche statistische Jahreseinkommen in einer Verweistätigkeit im allgemeinen Sektor (Kompetenzniveau 1) unter Berücksichtigung der branchenüblichen Wochenarbeitszeit (41.7 Stunden) auf Fr. 5340.- abzustellen. Ausgehend von der 70 %-igen Arbeitsfähigkeit und einem Tabellenlohnabzug von 10 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 3'507.18 (5'340.- : 40 x 41.7 x 0.9 x 0.7). In Gegenüberstellung zum Valideneinkommen von Fr. 5'237.44 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 1'730.26 (Fr. 5'237.44 - Fr. 3'507.18), was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 33.04 % (Fr. 1'730.26: Fr. 3'507.18 x 100) entspricht.

9.3 Die Berechnung der Vorinstanz erweist sich damit als rechtens.

10.

Die angefochtene Verfügung vom 19. August 2019, die dem Beschwerdeführer eine volle Rente vom 1. November 2013 bis 31. März 2014 gewährt, wird damit bestätigt und die Beschwerde ist abzuweisen.

11.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

11.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig, wobei die Verfahrenskosten auf Fr. 800.- festgesetzt (Art. 69 Abs. 1^{bis} und 2 IVG) und gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Vorliegend gehen die Prozesskosten zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 24. Dezember 2019 zu Lasten der Staatskasse.

11.2 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). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten auferlegt.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Yvette Märki

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 Rechtschrift 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: