Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-3375/2020

Urteil vom 11. März 2021

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richter Beat Weber, Richterin Viktoria Helfenstein,
Gerichtsschreiberin Nadja Francke.

Parteien

A._____, (Deutschland),
vertreten durch lic. iur. Christoph Storrer,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Neuanmeldung Rentenanspruch
(Verfügung vom 22. Mai 2020).

Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene, in Deutschland wohnhafte deutsche Staatsangehörige A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer), war von 2002 bis 2014 als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig und leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. Akten der Vorinstanz [nachfolgend: act.] 18). Seit 5. November 2014 war der als Mitarbeiter in der Logistik mit einem vollen Pensum tätig gewesene Versicherte zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis per Ende April 2015 (act. 9). Am 20. Mai 2015 meldete sich der Versicherte zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (act. 1). Die zuständige IV-Stelle B._____ führte das Abklärungsverfahren durch, wobei sie insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten durch das Institut C._____ (nachfolgend: C._____) veranlasste (Gutachten vom 26. April 2016, act. 64). Gestützt auf die Abklärungsergebnisse der IV-Stelle B._____ wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) mit Verfügungen vom 23. August 2016 das Leistungsbegehren einerseits um eine Rente und andererseits um berufliche Massnahmen ab (act. 79, 80). Die vom Versicherten beim Bundesverwaltungsgericht erhobene Beschwerde gegen die rentenabweisende Verfügung vom 23. August 2016 wurde mit Urteil vom 20. September 2017 abgewiesen (Urteil des BVGer C-5792/2016, act. 98). Die Verfügung betreffend Abweisung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

B.

B.a Am 25. Oktober 2017 (Eingang: 2. November 2017) meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (act. 101) und machte unter Beilage diverser Arztberichte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands seit den Verfügungen vom 23. August 2016 geltend (act. 105). Die IV-Stelle B._____ legte die Arztberichte dem regionalen ärztlichen Dienst (nachfolgend: RAD) zur Beurteilung vor. Gemäss Stellungnahmen vom 4. und 17. Januar 2018 erachtete der RAD eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten in somatischer sowie psychischer Hinsicht für möglich und veranlasste die Einholung von Arztberichten bei den behandelnden Ärzten (act. 170, S. 7 ff.). In Würdigung der eingegangenen medizinischen Unterlagen kam der RAD gemäss Stellungnahmen

vom 20. Juni und 18. Juli 2018 zum Schluss, es sei eine Verlaufsbegutachtung beim C._____ in den Fachdisziplinen Kardiologie und Psychiatrie angezeigt (act. 170, S. 10 ff.). Am 2. Mai 2019 erstattete das C._____ das bidisziplinäre Verlaufsgutachten (act. 147 und 149). Der RAD erachtete das Gutachten für beweiskräftig (act. 170, S. 16 f. und 18).

B.b Mit Vorbescheiden vom 12. August 2019 stellte die IV-Stelle B._____ dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens betreffend berufliche Massnahmen einerseits und betreffend eine Rente andererseits in Aussicht (act. 151, 152). Gegen die Vorbescheide liess der anwaltlich vertretene Versicherte am 16. September 2019 jeweils Einwand erheben. Er beantragte einerseits, ihm seien berufliche Massnahmen zuzusprechen zur Umschulung auf eine ihm noch teilweise zumutbare Tätigkeit (act. 156) und andererseits, ihm sei eine IV-Rente zuzusprechen (act. 158). Am 17. Oktober 2019 erfolgten ergänzende Begründungen der Einwände (act. 161, 162).

B.c Entsprechend dem einwandweise gestellten Antrag des Rechtsvertreters des Versicherten forderte die IV-Stelle B._____ am 17. Oktober 2019 bei der Deutschen Rentenversicherung (nachfolgend: DRV) sämtliche dort vorliegenden Akten an (act. 160). Der RAD würdigte die am 6. November 2019 eingegangen Akten der DRV (act. 163) und kam gemäss seinen Stellungnahmen vom 13. und 14. November 2019 zum Schluss, dass nach wie vor auf das C._____-Gutachten vom 2. Mai 2019 abgestellt werden könne (act. 170, S. 20 ff.).

B.d Die IVSTA verfügte am 22. Mai 2020 die Abweisung der Leistungsbegehren des Versicherten. Zur Begründung hielt sie im Wesentlichen fest, es sei gestützt auf die durch den RAD geprüften medizinischen Unterlagen, insbesondere die Würdigung des C._____-Gutachtens vom 2. Mai 2019, davon auszugehen, dass beim Versicherten seit 5. November 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Logistik-Mitarbeiter vorliege. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestünden folgende Arbeitsunfähigkeiten: 100 % vom 5. November bis 31. Dezember 2014, 50 % vom 1. Januar bis 23. Februar 2015, 100 % vom 24. Februar bis 24. März 2015, 0 % vom 25. März 2015 bis 31. Januar 2019 und 20 % ab 1. Februar 2019. Der Einkommensvergleich per 1. Mai 2019 (drei Monate nach der Verschlechterung seit dem 1. Februar 2019) ergebe einen Invaliditätsgrad von 19 %. Es bestehe somit kein Anspruch auf eine Invali-

denrente oder auf berufliche Massnahmen. Sollte Arbeitsvermittlung gewünscht werden, könne ein schriftliches Gesuch eingereicht werden (act. 169, S. 5 und 7).

C.

C.a Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Christoph Storrer, am 1. Juli 2020 (Datum Postaufgabe) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragte, die Verfügung vom 22. Mai 2019 sei aufzuheben und es sei ihm eine volle Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei ihm vorab eine Umschulung zu finanzieren. In verfahrensrechtlicher Hinsicht stellte der Beschwerdeführer den Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Beschwerdeverhandlung. Zur Begründung hielt er hauptsächlich fest, auf das C._____-Gutachten, mit welchem ihm eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten attestiert worden sei, könne nicht abgestellt werden. Das Gutachten stehe im Widerspruch zur Einschätzung der behandelnden Ärzte, welche ihm eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten attestiert hätten. Weiter sei das Gutachten im Zeitpunkt der Verfügung bereits mehr als ein Jahr alt gewesen und die zwischenzeitlich eingetretene weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht berücksichtigt worden (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-act.] 1).

C.b Mit Vernehmlassung vom 16. Oktober 2020 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 7). In der beigelegten Stellungnahme der IV-Stelle B._____ vom 12. Oktober 2020 wurde im Wesentlichen auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung verwiesen (Beilage zu BVGer-act. 7).

C.c Mit Verfügung vom 1. Dezember 2020 wurde dem Beschwerdeführer die Vernehmlassung samt Beilagen zur Kenntnisnahme zugestellt und der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 8).

D.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]; Art. 40 Abs. 2 IVV [SR 831.201]). 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]). Nachdem der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss innert Frist geleistet hat (BVGer-act. 5), ist auf die unbestrittenermassen innert Frist (Zustellung der angefochtenen Verfügung am 2. Juni 2020, vgl. Zustellnachweis, Beilage zu BVGer-act. 7) und im Übrigen auch formgerecht eingereichte Beschwerde vom 1. Juli 2020 einzutreten (Art. 63 Abs. 4 VwVG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

2.
Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die leistungsabweisende Verfügung vom 22. Mai 2020. Nachdem das erste Leistungsgesuch um berufliche Massnahmen mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 23. August 2016 abgelehnt und eine Beschwerde gegen die erste rentenablehnende Verfügung vom 23. August 2016 rechtskräftig abgewiesen worden war, ist vorliegend im Rahmen einer Neuanmeldung streitig und zu prüfen, ob sich entgegen der angefochtenen Verfügung der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers derart verschlechtert hat, dass wie beschwerdeweise hauptsächlich beantragt Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht, eventualiter auf eine Umschulung.

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 22. Mai 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 22. Mai 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

3.3 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung (BGE 138 V 533 E. 2.1). 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 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).

4.2

4.2.1 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Bst. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Bst. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung und Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 Bst. b IVG).

4.2.2 Bei der obligatorischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) sind nur Personen mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert (Art. 1*a* Abs. 1 Bst. a und b AHVG [SR 831.10] i.V.m. Art. 1*b* IVG). Unter der Marginalie "Versicherungsmässige Voraussetzungen" sieht Art. 9 IVG vor, dass Eingliederungsmassnahmen in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland, gewährt werden. Der Anspruch darauf entsteht frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Abs. 1bis). Mit anderen Worten muss eine Person der Versicherung unterstellt sein, sobald und solange sie Eingliederungsmassnahmen beansprucht. Die für sämtliche Eingliederungsmassnahmen geltende, in Art. 9 Abs. 1bis IVG statuierte Voraussetzung der Versicherungsunterstellung hat zur Folge, dass das Recht auf entsprechende Leistungen erlischt, sobald die betreffende Person nicht mehr versichert ist. In diesem Sinne führt das Ende der Versicherungsunterstellung zum Verlust des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen (vgl. BGE 145 V 266 E. 4.2 [mit Hinweis auf BGE 143 V 261 E. 5.2.1] und E. 6.3.6 [betreffend Nachversicherungsnorm] mit Hinweisen; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz. 8 zu Art. 9 IVG; ERWIN MURER, Invalidenversicherungsgesetz [Art. 1-27bis IVG], 2014, Rz. 50 zu Art. 9 IVG).

4.2.3 Schweizerische Staatsangehörige oder Personen mit der Staatsangehörigkeit eines EU-Landes, die – wie der Beschwerdeführer – in der Schweiz ohne Wohnsitz zu haben eine Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmende oder Selbständigerwerbende ausgeübt haben und den schweizerischen

Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegen, weil sie ihre existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz in Folge Unfalls oder Krankheit aufgeben mussten, gelten in Bezug auf den Anspruch von Eingliederungsmassnahmen als versichert. Dies gilt auch während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern sie keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnehmen. Dieser aus dem europäischen Koordinationsrecht hergeleitete Nachversicherungsschutz (vgl. dazu BVGE 2017/ V7 E. 6; Anhang XI, Schweiz, Ziffer 8 der VO Nr. 883/2004) endet hingegen beim Bezug einer (ganzen oder teilweisen) Invalidenrente, bei abgeschlossener erstmaliger Eingliederung oder beim Bezug einer Leistung der Arbeitslosenversicherung des Wohnlandes (vgl. Rz. 1011 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV [KSBIL; gültig ab 4. April 2016; Stand 1. Januar 2020], zum Nachversicherungsschutz eingehend vgl. Urteil des BVGer C-5086/2018 vom 29. November 2019 E. 5 und 6).

4.3 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG.

Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet hat (act. 18), sodass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

4.4 Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Demnach haben Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente, die ihre Erwerbsfähigkeit 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).

4.5 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung – wie vorlie-

gend – auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

4.6 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrads von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchsrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

4.7 Um das Ausmass der Arbeitsfähigkeit zu beurteilen und damit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen

und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

4.8 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Darüber hinaus hängt der Beweiswert eines zwecks Prüfung einer Neuanmeldung erstellten Gutachtens – analog zu in Revisionsverfahren eingeholten Expertisen – wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (siehe dazu eingehend E. 5.5 unten).

5.
Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 25. Oktober 2017 eingetreten und hat nach einer materiellen Prüfung den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der angefochtenen Verfügung vom 22. Mai 2020 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 23. August 2016 und der angefochtenen Verfügung vom 22. Mai 2020 eine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

5.1 Bei der rechtskräftigen rentenabweisenden Verfügung vom 23. August 2016 stützte sich die Vorinstanz auf das polydisziplinäre C._____-Gutachten vom 26. April 2016 (Fachdisziplinen: Allgemeine Innere Medizin [Dr. med. D._____], Kardiologie [Dr. med. E._____], Orthopädie [Dr. med. F._____], und Psychiatrie [Dr. med. G._____]). Insgesamt stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- koronare 1-Gefäss-Erkrankung (ICD-10 I25.1) bei
    - Status nach STEMI im Mai 2013,

  - Status nach Akut-PTCA der LAD mit Thrombusaspiration und Stentimplantation (BVS absorb 3, 0/18 mm),
  - Rekoronarangiographie im November 2014, bei gutem Langzeitergebnis,
  - Status nach passagerer oaK wegen linksventrikulärem apikalem Thrombus,
  - TTE vom 4. April 2016: apikales linksventrikuläres Aneurysma mit möglichem organisiertem Thrombus, LVEF biplan 44 % mit normaler Kontraktilität der basalen Manschette, leichte Mitral- und triviale Aortenklappeninsuffizienz, normale Dimensionen, normale rechtsventrikuläre Funktion, keine pulmonale Druckerhöhung,
  - cvRF: Status nach Nikotinkonsum bis 2013 (ca. 5 py), positive Familienanamnese, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie;
- somatoforme autonome Funktionsstörung des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10 F45.30);
- chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.6/M54.5) bei
  - radiologisch Spondylose der mittleren und unteren Brustwirbelsäule und beginnende Osteochondrose des Lendenwirbelkörpers 3/4/5 (Röntgen vom 5. April 2016).

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden diagnostiziert:

- akzentuierte Persönlichkeit mit neurotisch-unsicheren und ängstlichen Anteilen (ICD-10 Z73.1);
- latente Hyperthyreose (ICD-10 E05.9)
  - Schilddrüsenautonomie rechts gemäss Unterlagen,
  - aktuell normale periphere Schilddrüsenparameter unter Therapie mit Thiamazol;
- rezidivierende Urolithiasis (ICD-10 N20.9);
  - Schrumpfniere rechts,
  - komplizierte Nierenzysten beidseits,
  - Status nach 16-maliger ESWL;
- chronische Beschwerden an Unterschenkel und Knie links (ICD-10 M79.66) bei
  - radiologisch regelrechtem Befund (Röntgen vom 5. April 2016);
- anamnestisch Gichtarthropathie (ICD-10 M10.00).

Gestützt auf diese Diagnosen und die erhobenen Befunde bescheinigten die Gutachter dem Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen körperlich schweren und regelmässig mittelschweren Tätigkeiten seit dem Herzinfarkt von Mai 2013. Hingegen sei der Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt der Untersuchung von April 2016 für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten nach wie vor zu 90 % arbeits- und leistungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit sei vollschichtig umsetzbar mit einem leicht reduzierten Rendement (act. 64, S. 24).

5.2 Das Bundesverwaltungsgericht kam im Urteil C-5792/2016 vom 20. September 2017 zum Schluss, das C._____-Gutachten erfülle die von der Rechtsprechung aufgestellten Qualitätsanforderungen, sodass darauf abgestellt werden könne. Die nach der Begutachtung durch das C._____ eingegangenen ärztlichen Berichte seien nicht geeignet, das Gutachten in Frage zu stellen. Namentlich wurden folgende ärztliche Berichte gerichtlich gewürdigt (vgl. E. 6.4 - 6.8):

– Bericht von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Dezember 2015 zuhanden des Gerichts I._____ (act. 94, S. 21 f.).

– Bericht von Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 30. Mai 2016 (act. 77, S. 17).

– Bericht von Dr. H._____ vom 2. Juni 2016 (act. 82, S. 14 f.).

– Bericht des behandelnden Psychologen K._____ vom 3. Juni 2016 (act. 77, S. 20 f.).

– Untersuchungsbericht des Zentrums L._____ vom 8. Juni 2016 (act. 94, S. 17 ff.).

– Stellungnahmen des RAD vom 13. Juni, 27. Juli und 15. August 2016 (act. 81, S. 13 f.).

– Bericht von Dr. med. M._____, Arzt für Innere Medizin/Endokrinologie/Osteologie, vom 31. August 2016 (act. 94, S. 14 f.).

– Bericht des Orthopäden Dr. med. N._____ vom 19. Oktober 2016 (act. 94, S. 12).

– Bericht des Psychologen K._____ vom 21. Januar 2017 (act. 86, S. 5 f.).

– Bericht des Hausarztes Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 23. Januar 2017 (act. 86, S. 9 f.).

– Bericht von Dr. med. P._____, Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie, vom 26. Januar 2017 (act. 89, S. 8).

– Bericht von Dr. H._____ vom 2. Februar 2017 (act. 89, S. 7).

– Bericht von Dr. med. Q._____, Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie, vom 8. Februar 2017 mit den kardiologischen Diagnosen (1) koronare Eingefässerkrankung,

ED 2013 und (2) ischämische Kardiomyopathie bei mittelgradig reduzierter LV-Funktion bei Vorderwand-Aneurysma, EF 35 %, bei Zustand nach passagerer OAK wegen LV-Thrombus und bei diastolischer Funktionsstörung (act. 89, S. 5 f.).

– Bericht von Dr. O._____ vom 10. März 2017 (act. 94, S. 15).

– Bericht von Dr. med. R._____, Fachärztin für Innere Medizin, vom 27. März 2017 zuhanden der DRV ("Prüfung und Stellungnahme zum Leistungsvermögen", act. 94, S. 23 f.).

– Stellungnahmen des RAD vom 7. und 11. April 2017 (act. 93).

5.3 Bei der vorliegend angefochtenen rentenabweisenden Verfügung vom 22. Mai 2020 stützte sich die Vorinstanz auf das bidisziplinäre Verlaufsgutachten des C._____ vom 2. Mai 2019 (Fachdisziplinen: Kardiologie und Psychiatrie).

5.3.1 Das Verlaufsgutachten berücksichtigt gemäss der Auflistung der Akten sämtliche seit April 2016 (Zeitpunkt der letzten Begutachtung) vorliegenden medizinischen Berichte bis zum Zeitpunkt der Begutachtung im Februar 2019 (vgl. act. 147, S. 14 ff.).

5.3.2 Der kardiologische Gutachter Dr. med. S._____, FMH Kardiologie, gab als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine (1) koronare 1-Gefäss-Erkrankung (ICD-10 I25.1) und eine (2) diastolische Dysfunktion Grad II° an. Die echokardiographisch festgestellte leichte Mitralinsuffizienz und die minime Aorteninsuffizienz hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In der Beurteilung hielt er fest, dass der Beschwerdeführer seit dem im Mai 2013 erlittenen akuten Vorderwandinfarkt Beschwerden habe, welche atypischen, am ehesten extrakardialen Thoraxschmerzen entsprächen und psychisch überlagert seien. Die Anstrengungsdyspnoe sei durch die eingeschränkte systolische LV-Funktion und die diastolische Dysfunktion erklärt. Eine Diskrepanz zeige sich zwischen der von der behandelnden Kardiologin seit Februar 2017 angegebenen Ejektionsfraktion des linken Ventrikels (nachfolgend: LVEF) von 35 % und den aktuellen Werten um 45 % bzw. den Vorwerten im C._____-Gutachten vom April 2016 um 44 %. In der aktuellen Fahrradergometrie sei der Beschwerdeführer schlecht leistungsfähig gewesen (75 Watt). Der Test sei formal bezüglich Ischämie nicht aussagekräftig, elektrisch negativ und klinisch fraglich positiv. Eine LVEF um 45 % und eine Leistungsfähigkeit von 75 Watt ermöglichten eine körperlich leicht belastende Tätigkeit. Für eine solche sei der Beschwerdeführer zu 80 % arbeitsfähig. Diagnostisch wäre noch die Diskrepanz der LVEF-Werte zu klären und zu beantworten, ob eine Ischämie

für die atypischen Beschwerden ursächlich verantwortlich sein könnte. Dafür empfehle er eine bildgebende Ischämiesuche mit gleichzeitig nochmaliger Bestimmung des LVEF-Werts, vorzugsweise mit einer anderen bildgebenden Modalität als der Echokardiographie (z.B. mittels MPS oder MRI). Bestätige sich dort ein LVEF-Wert um 40-45 % und finde sich keine Ischämie, dann gälte die Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Bei einer LVEF von 35 % oder weniger würde er die Arbeitsfähigkeit auf ein Pensum von unter 3 Stunden pro Tag veranschlagen. Die Zusatzfrage der IV-Stelle B._____, ob seit der letzten Verfügung vom 23. August 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, verneinte der Gutachter, machte jedoch einen Vorbehalt bezüglich eines allenfalls tieferen LVEF-Werts und einer allfällig vorliegenden Ischämie (act. 147, S. 22 ff.).

5.3.3 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. T._____, FMH Psychiatrie und Psychologie, gab als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), an. Befundmässig sei die Stimmung des Beschwerdeführers klagsam, herabgesetzt, gelegentlich auch etwas depressiv gewesen. Der Antrieb sei nicht vermindert und der affektive Kontakt zum Untersucher gut gewesen. Der Beschwerdeführer habe nicht über Ängste berichtet und keine Phobien erwähnt. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung bei Status nach Herzinfarkt (ICD-10 F54). Diese Diagnose sei zu stellen, da die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers sich aus somatischer Sicht nicht hinreichend begründen lasse. Der Beschwerdeführer sei belastet durch die angespannte finanzielle Situation und seine Impotenz. Er sehe für sich keine beruflichen Perspektiven. Den Alltag gestalte der Beschwerdeführer aber aktiv und sei dabei nicht wesentlich durch die psychischen Beschwerden beeinträchtigt. Er lebe mit seiner Ehefrau zusammen, führe den Haushalt selbständig und kümmere sich um den Garten. Zudem führe er auch den Haushalt der Eltern. Er kümmere sich um seine 20 Kaninchen, fahre Auto und habe Freude an seiner Briefmarkensammlung. Zu seinen beiden Töchtern habe er eine gute Beziehung. Aufgrund der geschilderten Aktivitäten und der während der Untersuchung erhobenen psychopathologischen Befunde lasse sich die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht nicht begründen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit bestehe eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund der depressiven Verstimmungen und der leicht verminderten psychischen Belastbarkeit. In der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

Bereits im Rahmen der ersten C._____-Begutachtung im Jahr 2016 sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert worden. Die Arbeitsfähigkeit habe sich seither nicht verändert (act. 147, S. 30 ff.).

5.3.4 Konsensual nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- koronare 1-Gefäss-Erkrankung (ICD-10 I25.1) bei
    - Status nach STEMI im Mai 2013,
    - Status nach Akut-PTCA der LAD mit Thrombusaspiration und Stentimplantation (BVS absorb 3, 0/18 mm),
    - Rekoronarangiographie im November 2014, bei gutem Langzeitergebnis,
    - Status nach passagerer OAK wegen linksventrikulärem apikalem Thrombus,
    - aktuelle Echokardiographie
        - EF 44 %,
        - diastolische Dysfunktion Grad II°,
        - leichte Mitralinsuffizienz und minime Aorteninsuffizienz;
    - kardiovaskuläre Risikofaktoren
        - Status nach Nikotinabusus,
        - positive Familienanamnese,
        - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10),
        - Dyslipidämie (ICD-10 E78.2);
- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0).

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, dass sich in kardiologischer Hinsicht objektiv eine relativ unveränderte Situation zu 2016 präsentiere. Die seit dem letzten C._____-Gutachten durch die behandelnde Kardiologin angegebenen echokardiographischen Werte differierten von den Werten der damaligen und aktuellen Begutachtung, sodass aufgrund dieser leichten Unsicherheit ein etwas erhöhter Pausenbedarf zugestanden werden könne. Durch die aus psychiatrischer Sicht festgestellte gegenwärtig leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung sei die Belastungsfähigkeit langfristig leicht reduziert im Sinne eines etwas erhöhten Pausenbedarfs und leicht reduzierten Rendements. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit Mai 2013 nicht mehr

arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Beurteilung gelte ab Februar 2019. Für die Zeit davor könne auf das C._____-Gutachten von 2016 verwiesen werden. Die geringen Leistungseinbussen aus somatischer und psychiatrischer Sicht addierten sich nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten und die gleiche Grunderkrankung betroffen sei. Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 23. August 2016 verändert habe, verneinten die Gutachter aus interdisziplinärer Sicht vorbehaltslos (act. 147, S. 8).

5.3.5 Am 16. Mai 2019 nahm der RAD-Arzt Dr. med. U._____, Arzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. www.medregom.admin.ch, zuletzt besucht am 18.2.2021), aus somatischer Sicht zum C._____-Gutachten vom 2. Mai 2019 Stellung und hielt fest, es könne auf das Gutachten abgestellt werden. Von somatischer Seite bedürfe es keiner weiteren medizinischen Unterlagen (act. 17, S. 16 f.). Gleichentags würdigte auch RAD-Ärztin Dr. med. V._____, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. www.medregom.admin.ch, zuletzt besucht am 18.2.2021), das Gutachten aus psychiatrischer Sicht und wies darauf hin, dass ein kleiner Widerspruch in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im Vergleich zum Vorgutachten von 2016 vorliege. Damals sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und eine 90%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten attestiert worden. Im aktuellen psychiatrischen Gutachten werde für sämtliche Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit angenommen, gleichzeitig aber eine unveränderte Arbeitsfähigkeit seit der Vorbegutachtung beschrieben (act. 170, S. 17). Auf die entsprechende Rückfrage der IV-Stelle B._____ antworteten die Gutachter am 4. Juni 2019, es sei zu Recht auf einen Widerspruch hingewiesen worden. Die diagnostizierte leichtgradig ausgeprägte depressive Störung schränke sowohl die Arbeitsfähigkeit in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit ein. Es habe sich also seit der ersten Begutachtung im Jahr 2016 eine leichtgradige Verschlechterung ergeben, die auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % begründe (act. 149). Daraufhin hielt Dr. V._____ in ihrer Stellungnahme vom 24. Juni 2019 fest, es könne auf die vom psychiatrischen C._____-Gutachter attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten abgestellt werden.

5.4 Auf den einwandweise gestellten Antrag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hin forderte die IV-Stelle B._____ am 17. Oktober 2019

sämtliche Akten der DRV an, welche am 6. November 2019 eingingen. Darunter befinden sich nebst bereits bekannten Unterlagen folgende neuen medizinischen Berichte:

5.4.1 Der Orthopäde Dr. J._____ hielt im Bericht vom 19. März 2018 fest, dass der Beschwerdeführer seit Monaten über Schmerzen im linken Kniegelenk klage, beim Untersuchungstermin aber beschwerdefrei gewesen sei. Die Röntgendiagnostik habe eine Chondropathia patellae links und eine erstgradige Gonarthrose links gezeigt (act. 163, S. 265).

5.4.2 Im Bericht vom 23. Mai 2018 gab Dr. M._____ die bereits im Vorbericht vom 7. März 2017 (act. 106, S. 16 f.) erwähnten Diagnosen an und nannte als aktuelle neue Diagnosen den Verdacht auf Myositis und den Verdacht auf Sarkoidose, beides nicht sicher zu bestätigen. Er hielt fest, dass sich nach der Radiojodtherapie eine deutliche Abnahme des Schilddrüsenvolumens und Normalisierung des THS-Wertes zeige. Es gäbe weiterhin keinen Hinweis auf eine autoimmune Schilddrüsenerkrankung (act. 163, S. 267).

5.4.3 Der Hausarzt Dr. O._____ gab im Bericht vom 27. März 2019 – wie schon in den Vorberichten vom 6. November 2017 und 30. Januar 2018 (vgl. act. 106, S. 2 ff.; act. 105, S. 3 f.) – folgende Diagnosen an: (1) Ischämische Kardiomyopathie, (2) disseminierte Schilddrüsenautonomie, (3) Nierenatrophie rechts, (4) Verdacht auf Kollagenose mit Myositis, (5) Zustand nach Radiojodtherapie, (6) Herzphobie, selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, Angststörung und (7) Anpassungsstörung. Er attestierte eine seit November 2014 durchgehende Arbeitsunfähigkeit. Die psychische Verfassung des Beschwerdeführers habe sich durch die ständigen Rückschläge bezüglich seines Rentenbegehrens verschlechtert (act. 163, S. 270 f.).

5.4.4 Im Bericht vom 19. Juni 2019 gab die behandelnde Kardiologin Dr. Q._____ die bereits im Vorbericht vom 8. Februar 2017 (vgl. act. 163, S. 272 f.) genannten Diagnosen an sowie als neue Diagnose einen Bandscheibenvorfall, anamnestisch 11/2018. Sie hielt fest, der Beschwerdeführer berichte über eine Verschlechterung seit ca. 6 Monaten, namentlich bekomme er schwerer Luft. Somit habe die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv nachgelassen mit Belastungsdyspnoe, eingeschränkt auf Stufe NYHA drei. Die objektiven Befunde seien unverändert seit 2013. Echokardiographisch zeige sich eine weiterhin mittelgradig reduzierte linksventrikuläre Funktion (35 %). Die medikamentöse Herzinsuffizienztherapie sei

zufriedenstellend etabliert. Hinweise auf eine kardiale Verschlechterung in den letzten Monaten ergäben sich damit nicht, auch wenn insgesamt ein Teil der Atemnot kardial bedingt sei. Die bereits geplante pulmonale Abklärung sei sinnvoll. Eine Arbeitsfähigkeit sei unverändert nicht gegeben (act. 163, S. 276 f.).

5.4.5 Im pneumologischen Bericht vom 11. Juli 2019 gab Dr. P._____ als Diagnose eine restriktive Ventilationsstörung (R94.2) an und hielt fest, der Beschwerdeführer habe von der bronchialen Basistherapie weder im durchgeführten Therapieversuch noch im heutigen Lysetest profitiert. In Zusammenschau der Befunde zeigten sich überwiegend restriktive Veränderungen. Die anfangs Jahres durchgeführte CT-Untersuchung (vgl. Bericht der Praxis W._____ vom 3. Januar 2019 betreffend HR-CT Thorax nativ vom 2. Januar 2019, act. 163, S. 274) habe allenfalls marginale kleinknotige Veränderungen lokal gezeigt, welche optisch nicht suspekt erschienen. Im Vordergrund stehe das Rückzugsverhalten bei allgemeinem Krankheitsgeschehen und multifaktorieller Leistungseinschränkung, sodass es bei zunehmend geringerer körperlicher Alltagsanforderung zu einer Spirale von Dekonditionierung sowie auch zunehmender psychischer Belastung gekommen sei. Dem Beschwerdeführer sei empfohlen worden, Training und rehabilitative Massnahmen auszubauen und auf eine erneute bronchiale Medikation zu verzichten (act. 163, S. 300 f.).

5.4.6 Im ärztlichen Gutachten von Dr. R._____, Fachärztin für Innere Medizin, vom 23. September 2019 zuhanden der DRV betreffend den Antrag auf Weitergewährung einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente (11/2015 - 10/2019) wurden folgende Diagnosen angegeben: (1) rezidivierende depressive Störung (F33) unter fortlaufend nervenärztlicher Mitbetreuung, (2) generalisierte Angststörung (F41) und (3) somatoforme Störung des Herz-Kreislaufsystems (F45). Als weitere Diagnosen wurden genannt: (4) koronare 1-Gefässerkrankung, Vorderwandinfarkt 2013, deutlich eingeschränkte Pumpleistung des Herzens mit EF 35 %, (5) Belastungsatemnot auf niedrigem Niveau bei Kombination aus kardialer und pulmonal restriktiver Komponente, (6) Wirbelsäulendeformierung bei Skoliose nach Morbus Scheuermann, (7) urologische Mitbetreuung bei wiederholten Nierenkoliken und (8) Radiotherapie 2017 bei Schilddrüsenüberfunktion. Dr. R._____ hielt fest, dass beim Beschwerdeführer die seelische Alteration im Vordergrund der Beschwerden stehe. Es lasse sich im Verlauf die Entwicklung einer ausgeprägten Angststörung dokumentieren. Auch im Rahmen der Begutachtung zeigten sich starke psychomotorische Anspannung, Unruhe, Zunahme des früher sistierten Stotterns, Schlafstörungen,

Antriebslosigkeit, Grübelneigung und frei flotierende Ängste mit somatoformer Komponente. Beim Beschwerdeführer könne für den ersten allgemeinen Arbeitsmarkt weiterhin kein verwertbares Leistungsvermögen erstellt werden, dies aufgrund der Kombination aus kardialer und psychischer Erkrankung (act. 163, S. 287 ff.).

5.4.7 Die neuen medizinischen Berichte in den Unterlagen der DRV wurden seitens des RAD gewürdigt (vgl. Stellungnahmen vom 13. und 14. November 2019, act. 170, S. 21 f.). Dr. V._____ hielt insbesondere zum Gutachten von Dr. R._____ fest, dass es sich bei den gestellten Diagnosen allesamt um Störungsbilder auf psychiatrischem Fachgebiet handle, womit die Beurteilung fachfremd erfolgt sei. Zudem sei die diagnostische Einordnung unscharf. So werde z.B. bei der rezidivierenden depressiven Störung nicht angegeben, ob aktuell überhaupt eine depressive Episode vorliege und falls ja, in welcher Ausprägung. Es fehle an einem kompletten psychopathologischen Befund, weshalb die Diagnosen sich nicht nachvollziehen liessen. Auch würden die Funktionseinschränkungen nicht weiter ausgeführt und hergeleitet, sodass auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollzogen werden könne. Aus psychiatrischer Sicht könne am (rentenabweisenden) Vorbescheid festgehalten werden. Dr. U._____ hielt in somatischer Hinsicht fest, dass im Bericht von Dr. Q._____ vom 19. Juni 2019 objektiv keine Veränderung seit 2013 beschrieben werde. Dies gelte auch für den pulmologischen Bericht vom 11. Juli 2019. Die Befunde seien nicht gut, jedoch objektiv gleichbleibend zu den Voruntersuchungen. Beim Gutachten von Dr. R._____ handle es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. Somatisch ergebe sich seit der Begutachtung von Mai 2019 keine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Somit könne weiterhin auf die fachärztliche kardiologische Beurteilung gemäss C._____-Gutachten vom 2. Mai 2019 abgestellt werden.

5.5 Um auf das C._____-Gutachten abstellen zu können, muss es zunächst die von der Rechtsprechung aufgestellten allgemeinen Beweisanforderungen erfüllen (vgl. E. 4.8 hiervor). Da es sich vorliegend um ein Gutachten im Rahmen einer Neuanmeldung handelt, hängt sein Beweiswert zudem – analog zu in Revisionsverfahren eingeholten Expertisen – wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Die Feststellung einer neuanmelde- bzw. revisionsrechtlich relevanten Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt

aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben (Urteile des BGer 8C_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m.H.; 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1; 9C_418/2010 vom 29. August 2011).

5.5.1 In Würdigung des C._____-Gutachtens vom 2. Mai 2019 fällt auf, dass die kardiologische Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, wonach der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei, unter Vorbehalt gestellt wurde. So gilt diese Einschätzung nur, wenn der LVEF-Wert tatsächlich – wie im Rahmen der kardiologischen Begutachtung im Februar 2019 festgestellt (LVEF 45 %) – um 40-45 % liegt und zusätzlich keine Ischämie vorliegt. Sollte entsprechend den Angaben der behandelnden Kardiologin ein LVEF-Wert von 35 % oder weniger vorliegen, so wäre dem Beschwerdeführer gemäss dem kardiologischen Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden pro Tag zu attestieren. Zur Klärung, ob eine Ischämie vorliegt und wie hoch die LVEF ist, empfahl der kardiologische Gutachter eine bildgebende Ischämiesuche mit gleichzeitiger Bestimmung der LVEF mit anderer Modalität (z.B. MPS oder MRI, act. 147, S. 26 ff.). In der interdisziplinären Begutachtung wurde – im Widerspruch zum kardiologischen Teilgutachten – bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung kein Vorbehalt mehr gemacht, sondern festgehalten, dass sich kardiologisch objektiv eine relativ unveränderte Situation zur letzten C._____-Begutachtung im April 2016 präsentiere, weshalb leichte Tätigkeiten grundsätzlich weiterhin vollschichtig möglich seien. Da jedoch die echokardiographischen Werte der behandelnden Kardiologin von den anlässlich den C._____-Begutachtungen festgestellten Werten differierten, sei dem Beschwerdeführer aufgrund dieser leichten Unsicherheit ein etwas erhöhter Pausenbedarf zuzugestehen (act. 147, S. 9). Dieser Ansicht kann

nicht gefolgt werden, denn entsprechend den Aussagen des kardiologischen Gutachters hat der LVEF-Wert beim Beschwerdeführer einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung aus kardiologischer Sicht (80%ige Arbeitsfähigkeit bei LVEF um 40-45 % oder Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden pro Tag bei LVEF von 35 % oder weniger). Der Diskrepanz zwischen den LVEF-Werten kann somit nicht einfach – wie in der interdisziplinären Beurteilung ausgeführt – mit einer zusätzlichen Arbeitsunfähigkeit von 20 % Rechnung getragen werden, sondern es hat entsprechend der Empfehlung des kardiologischen Gutachters mittels weiterer Untersuchungen eine diagnostische Klärung zu erfolgen. Das C._____-Gutachten vom 2. Mai 2019 erfüllt somit die allgemeinen Beweisanforderungen nicht, da die interdisziplinäre Arbeitsfähigkeitsschätzung von 80 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit in kardiologischer Hinsicht nicht auf einem umfassend geklärten medizinischen Sachverhalt basiert.

Ohne Klärung betreffend die Diskrepanz zwischen den LVEF-Werten und betreffend das Vorliegen einer Ischämie bleibt auch die Frage nach einer allfälligen Verschlechterung der kardiologischen Situation seit der Verfügung vom 23. August 2016 offen. Im ersten C._____-Gutachten vom 26. April 2016 wurde ein ausgedehntes Aneurysma im Apex des linken Ventrikels und eine leicht eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion festgestellt (LVEF biplan 44 %). Seit Februar 2017 wird von der behandelnden Kardiologin Dr. Q._____ eine LVEF von 35 % bzw. eine mittelgradig reduzierte linksventrikuläre Funktion angegeben und dem Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht eine voraussichtlich dauerhafte Arbeitsunfähigkeit auch für körperlich leichte Tätigkeiten attestiert (act. 89, S. 5 f.; so auch in den Berichten vom 23. April 2018, act. 114, S. 1 ff.; vom 1. März 2018, act. 114, S. 7 f. und vom 19. Juni 2019, act. 163, S. 276). Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens gegen die Verfügung vom 23. August 2016 hielt der RAD in seiner Stellungnahme vom 7. April 2017 fest, dass der Bericht von Dr. Q._____ vom 8. Februar 2017 eine andere Bewertung des gleichen Sachverhalts wie anlässlich der Begutachtung durch das C._____ (im April 2016) darstelle. Dr. Q._____ habe explizit dargelegt, dass der objektive Befund unverändert sei und echokardiographisch weiterhin eine mittelgradig reduzierte linksventrikuläre Funktion bestehe. Eine akute Herzschwäche sei bei einer (optimalen) Sauerstoffsättigung von 99 % und nicht nachweisbaren peripheren Ödemen äusserst unwahrscheinlich (act. 93, S. 2). Im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5792/2016 vom 20. September 2017 wurde dieser Beurteilung des RAD gefolgt (E. 6.7, act. 98, S. 22).

Es trifft zu, dass Dr. Q._____ von einem objektiv unveränderten kardiologischen Gesundheitszustand ausgeht. So gab sie in den Berichten vom 23. April 2018 und vom 19. Juni 2019 an, dass die mittelgradig reduzierte linksventrikuläre Funktion mit EF 35 % bereits seit Mai 2013 (Zeitpunkt des Herzinfarkts) bestehe. Sie geht somit von einer unverändert auf EF 35% reduzierten linksventrikulären Funktion aus. Da auch der kardiologische C._____-Gutachter im Februar 2019 ausgehend von seinen erhobenen Werten in objektiver Hinsicht – mit dem C._____-Gutachten 2016 übereinstimmend – einen unveränderten Zustand seit 2013 beschreibt, wäre es zwar grundsätzlich möglich, dass der gleiche Sachverhalt unterschiedlich beurteilt wurde. Dabei ist jedoch wiederum darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung des kardiologischen Verlaufsgutachters gemäss dessen eigenen Angaben explizit nur unter Vorbehalt gilt, dass sie durch weitere Untersuchungen betreffend den LVEF-Wert bestätigt wird und keine Ischämie vorliegt. Im Weiteren gibt es in den Akten auch Hinweise, die für eine im Verlauf eingetretene Verschlechterung der kardiologischen Situation sprechen. So ergab eine am 19. Dezember 2013 im Klinikum X._____ durchgeführte Kardio-MR-Untersuchung noch eine nur gering reduzierte systolische LV-Funktion (LVEF 52 %, act. 106, S. 49 ff.). Ebenso gab auch der von Juli 2013 bis Januar 2016 behandelnde Kardiologe Dr. Y._____ (vgl. act. 114, S. 2; in derselben Gemeinschaftspraxis tätig wie die ab Dezember 2016 behandelnde Dr. Q._____) in den Berichten vom 16. März und 12. November 2014 eine nur leichte bis beginnend mittelgradig eingeschränkte systolische LV-Ruhefunktion an, dies jeweils ohne Angabe eines LVEF-Werts (act. 163, S. 164; act. 106, S. 44 ff.). Im folgenden Bericht vom 10. Juli 2015 diagnostizierte er einen mittelschweren Myokardschaden, ebenfalls ohne Angabe eines LVEF-Werts (act. 163, S. 171 f.). Am 25. Januar 2016 gab Dr. Y._____ schliesslich einen mittelschweren Myokardschaden und eine Ejektionsfraktion von "ca. 35-40 %" an (act. 163, S. 195 f.). Gemäss Bericht des Zentrums L._____ vom 9. Juni 2016 wurde wiederum eine nur beginnend mittelgradig reduzierte systolische linksventrikuläre Funktion beschrieben mit einer EF von 40% (act. 94, S. 18). Unter Berücksichtigung dieser Angaben wird die Aussage von Dr. Q._____, es habe seit Mai 2013 objektiv ein unveränderter Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit einer LVEF 35 % vorgelegen, in Frage gestellt. Es kann aufgrund der Akten nicht ausgeschlossen werden, dass sich der LVEF-Wert im Verlauf zwischen der C._____-Begutachtung im April 2016 (LVEF 44 %) und Februar 2017 (LVEF 35 %) verschlechtert hat. Im Weiteren wird im C._____-Verlaufsgutachten 2019 als neue Diagnose eine diastolische Dysfunktion Grad II° erwähnt. Sollte sich aus der vom

kardiologischen C._____-Verlaufsgutachter explizit empfohlenen weiteren Abklärung ergeben, dass die LVEF um 40-45 % liegt, so wäre entsprechend dessen Aussage von einer objektiv unveränderten kardiologischen Situation auszugehen. Bei einer LVEF von 35 % oder weniger wäre – ausgehend vom C._____-Gutachten von April 2016 – jedoch eine Verschlechterung anzunehmen. Dies würde auch gelten, wenn sich im Rahmen der weiteren Abklärung zeigte, dass beim Beschwerdeführer eine Ischämie vorliegt. Der kardiologische Sachverhalt erweist sich somit als offensichtlich nicht hinreichend abgeklärt.

5.5.2 Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters beruht insbesondere auf der Annahme, dass beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung vorliege, die sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren lasse. Der Beschwerdeführer leide nicht unter Symptomen einer Herzerkrankung, sondern sei (lediglich) überzeugt davon, aufgrund seiner Herzerkrankung nicht arbeiten zu können, was sich durch die somatischen Befunde nicht objektivieren lasse (act. 147, S. 34 f.). Gestützt darauf stellte der psychiatrische Gutachter als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung bei Status nach zwei Herzinfarkten (ICD-10 F54). Nachdem vorliegend festgestellt wurde, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in kardiologischer Hinsicht nicht abschliessend geklärt wurde, sondern weitere Untersuchungen zur Herzfunktion für eine somatische Beurteilung erforderlich sind, stellt dies die Annahme des psychiatrischen Gutachters betreffend die fehlende Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden und der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers von vornherein in Frage, denn diese Annahmen setzen eine ausreichende somatische Abklärung der Beschwerden voraus. Dass der psychiatrischen Beurteilung eine somatische Abklärung vorausgehen soll, ist mithin unbestritten. HENNINGSEN etwa postuliert ein "Zwei-Stufen-Modell" der psychosomatischen Begutachtung, wobei es auf der ersten Stufe immer um die Prüfung einer möglichen organischen Erklärbarkeit der Beschwerden gehe. Diese Aufgabe übernehme der somatische Fachgutachter. Stellten sich organmedizinisch nicht erklärbare Inkonsistenzen von subjektiv erlebten Beschwerden und somatischen Befunden ein und/oder ergäben sich positive Hinweise auf ein psychisches/psychosomatisches Geschehen, müssten diese Inkonsistenzen im weiteren Verlauf diagnostisch durch den psychosomatischen Facharzt abgeklärt werden. Dieser müsse zunächst einen Überblick über die bereits gelaufene somatische Diagnostik gewinnen. Sei hier kompetent geklärt worden, dass die Beschwerden nicht ausreichend organisch erklärbar seien, werde diese

Feststellung für das psychosomatische Gutachten übernommen (HENNINGSEN/SCHICKEL, in: Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Schneider et al. [Hrsg.], 2. Aufl. 2016, S. 310 Rz. 15.1). In gleicher Weise wird auch in den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] vom 16. Juni 2016 (nachfolgend: Qualitätsleitlinien) betont, dass vorliegende somatische Befunde in der psychiatrischen Beurteilung berücksichtigt werden müssen (Qualitätsleitlinien, S. 14), was voraussetzt, dass bereits hinreichende somatische Abklärungen gemacht wurden (vgl. Qualitätsleitlinien, S. 10 f., Ziff. 4.3.2.1). Die Qualitätsleitlinien legen zwar nur – aber immerhin – die methodischen, formalen und inhaltlichen Grundanforderungen fest (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1.2) und sind als Standard für psychiatrische Gutachten zu beachten (BGE 140 V 260 E. 3.2.2; IV-Rundschreiben Nr. 313 vom 6. Juni 2012). Nach dem Gesagten kann auf die Beurteilung des psychiatrischen C._____-Verlaufsgutachters bereits mangels hinreichender somatischer Abklärung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht abgestellt werden.

5.5.3 Im Rahmen der ersten C._____-Begutachtung im April 2016 wurde der Beschwerdeführer auch orthopädisch untersucht und begutachtet. Der orthopädische Gutachter gab als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.6/M45.5) bei radiologisch Spondylose der mittleren und unteren BWS und beginnender Osteochondrose LWK3/4/5 (Röntgen 5. April 2016) an. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden chronische Beschwerden an Unterschenkel und Knie links (ICD-10 M79.66) bei radiologisch regelrechtem Befund (Röntgen 5. April 2016) und eine anamnestische Gichtarthropathie (ICD-10 M10.00). Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer für leichte und mittelschwere Verrichtungen zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt arbeitsfähig. Aufgrund der an der Wirbelsäule bestehenden Veränderungen seien lediglich körperlich andauernd schwere Verrichtungen nicht mehr zumutbar (act. 64, S. 17 ff.). Im Vorfeld der zweiten Begutachtung hielt RAD-Arzt Dr. U._____ in seiner Stellungnahme vom 18. Juli 2018 fest, dass auf die Disziplin Orthopädie verzichtet werden könne, da seit der Begutachtung (im April 2016) keine aktuellen orthopädischen Befundberichte vorlägen und aus orthopädischer Sicht damals eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestanden habe (act. 170, S. 12). Allerdings berichtete der Orthopäde Dr. J._____ bereits am 30. Mai 2016 von einem

im Vergleich zum C._____-Gutachten vom April 2016 veränderten Befund. So zeigte sich bei der LWS eine Bewegungseinschränkung mit muskulären Verspannungen in den unteren Bewegungssegmenten. Die CT-Untersuchung (vgl. Bericht vom 26. April 2016, act. 163, S. 200 f.) habe eine Bandscheibenprotrusion L5/S1 kleinerer Ausprägung sowie eine kleinere Bandscheibenprotrusion L3-L4 mit Einriss in der Bandscheibe L5/S1 gezeigt. Als Diagnose gab er ein chronisches Lendenwirbelsäulensyndrom bei Bandscheibenprotrusion L3 bis S1 ohne neurologische Ausfälle an (act. 71, S. 5). Im Bericht vom 19. März 2018 gab Dr. J._____ zudem die Diagnosen erstgradige Gonarthrose links und Chondropathia patellae links an (act. 163, S. 265). Schliesslich führte die Kardiologin Dr. Q._____ im Bericht vom 19. Juni 2019 als Diagnose einen anamnestisch im November 2018 erlittenen Bandscheibenvorfall an (act. 163, S. 276 f.), wozu in den Akten aber keine fachorthopädischen Berichte vorliegen.

Aufgrund der vorliegenden nach dem C._____-Gutachten von April 2016 erstellten orthopädischen Berichte kann eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der letzten Verfügung vom 23. August 2016 nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden. Seit der Begutachtung im April 2016 haben sich beim Beschwerdeführer neu Bandscheibenvorfälle der LWS sowie eine erstgradige Gonarthrose und Chondropathia patellae am linken Kniegelenk gezeigt. Ob und inwiefern sich diese Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken, bleibt mangels entsprechender fachorthopädischer Beurteilungen offen.

6.

Zusammengefasst erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Mai 2020 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Entsprechend lässt sich auch die im Rahmen des vorliegenden Neuanmeldeverfahrens wesentliche Frage, ob seit der Verfügung vom 23. August 2016 eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, nicht beantworten. Demzufolge ist es auch nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer im Rahmen der Neuanmeldung vom 25. Oktober 2017 (Eingang: 2. November 2017) Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

6.1 Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidwesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, und nicht von vornherein ausgeschlossen werden kann, dass weitere Abklärungen zu besseren Erkenntnissen führen, steht ausnahmsweise einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Vorinstanz hat das bidisziplinäre C._____-Verlaufsgutachten vom 2. Mai 2019 als ausreichende medizinische Grundlage betrachtet, obwohl diesbezüglich klar erkennbar gravierende Mängel vorliegen und das Gutachten daher weder den allgemeinen, noch den im Rahmen eines Neuanmeldeverfahrens zu erfüllenden speziellen Beweisanforderungen genügt (vgl. E. 5.2.1 und 5.2.2 hiervor). Zudem hat es die Vorinstanz im Rahmen der Neuanmeldung gänzlich unterlassen, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in orthopädischer Hinsicht abzuklären trotz in den Akten vorhandener Hinweise auf eine Verschlechterung seit August 2016 (vgl. E. 5.2.3 hiervor). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen ist vor diesem Hintergrund abzusehen. Zudem litte bei regelmässiger Einholung von medizinischen Gerichtsgutachten die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, könnte doch die Verwaltung von vornherein darauf bauen, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2).

6.2 Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine für die streitigen Belange umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen sowie den im vorliegenden Fall vorzunehmenden Vergleich des Gesundheitszustands mit jenem von August 2016 erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Kardiologie, Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie (letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung, BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281; 145 V 215) geboten. Sollten sich im Rahmen der Begutachtung Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum des Beschwerdeführers ergeben (vgl. die bisherigen Angaben des Beschwerdeführers, wonach er

ca. 3-4 Flaschen Bier pro Woche bzw. abends gelegentlich ein Bier trinke [act. 64, S. 6, 8, 15; act. 147, S. 31]), wäre auch diesbezüglich eine genaue Prüfung angezeigt (zur Aussagekraft relevanter Werte im Zusammenhang mit Alkoholkonsum [insb. CDT-Wert] vgl. Urteile des BVGer C-2820/2019 vom 18. Januar 2021 E. 7 und C-2159/2018 vom 23. September 2020 E. 6.2.1 ff.). Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden (z.B. Pneumologie), ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung – vorliegend die Frage, ob eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands verglichen mit jenem im August 2016 eingetreten ist und wenn ja, inwiefern und in welchem medizinisch objektivierbaren Ausmass mit welcher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – über die erforderlichen Untersuchungen (einschliesslich der für die medizinisch einwandfreie Beurteilung der konkreten Fragestellung erforderlichen Zusatzuntersuchungen [vorliegend z.B. bildgebende Ischämiesuche und Bestimmung des LVEF-Werts mit anderer Modalität als Echokardiographie, z.B. mittels MPS oder MRI]) zu befinden. Dabei sind sie letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, anderseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteile des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1, 9C_297/2017 vom 6. April 2018 E. 4.3). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 23. August 2016 bis zum Zeitpunkt der neu durchzuführenden Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen.

6.3 Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV), wobei die Zufallswahl unter Ausschluss des C._____ zu erfolgen hat. Dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

7.

7.1 Aufgrund der noch abklärungsbedürftigen medizinischen Situation muss zum jetzigen Zeitpunkt auch offen bleiben, ob der Beschwerdeführer, wie er eventualiter beantragt, Anspruch auf eine Umschulung nach Art. 17 Abs. 1 IVG (setzt einen IV-Grad von mindestens 20 % voraus, vgl. BGE 139 V 403 E. 5.3; BGE 130 V 489 f., E. 4.2; Urteil des BGer 9C_511/2015 vom 15. Oktober 2015 E. 3) hat. Dies ist nach der erfolgten medizinischen Abklärung vor einer allfälligen Rentenzusprache vorab zu prüfen (im Sinne des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente", vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Vorbemerkungen N. 86 ff., mit Hinweisen), wobei die Vorinstanz zunächst die versicherungsmässigen Voraussetzungen für einen Eingliederungsanspruch des Beschwerdeführers zu prüfen haben wird; dabei ist insbesondere zu prüfen, ob ein besonderer Sachverhalt mit verlängerter Versicherungsdeckung gemäss der im Rahmen des FZA geltenden Nachversicherungsnorm vorliegt (vgl. E. 4.2 hiervor mit Hinweis auf BGE 145 V 266 E. 6.3.6).

7.2 Im Ergebnis ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 22. Mai 2020 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese die erforderliche Abklärung des medizinischen Sachverhalts im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

8.

Der Beschwerdeführer hat in seiner Beschwerde den Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Parteiverhandlung gemäss Art. 6 EMRK gestellt (BVGer-act. 1, S. 2 Ziff. 6 und S. 4 Ziff. 5).

8.1 Von einer ausdrücklich beantragten öffentlichen Verhandlung kann dann abgesehen werden, wenn der Antrag der Partei als schikanös erscheint oder auf eine Verzögerungstaktik schliessen lässt und damit dem Grundsatz der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens zuwiderläuft oder sogar rechtsmissbräuchlich ist. Gleiches gilt, wenn sich ohne öffentliche Verhandlung mit hinreichender Zuverlässigkeit erkennen lässt, dass eine Beschwerde offensichtlich unbegründet oder unzulässig ist. Als weiteres Motiv für die Verweigerung einer beantragten öffentlichen Verhandlung fällt die hohe Technizität der zur Diskussion stehenden Materie in Betracht, was etwa auf rein rechnerische, versicherungsmathematische oder buchhalterische Probleme zutrifft, wogegen andere dem Sozialversicherungsrecht inhärente Fragestellungen materiell- oder verfahrensrechtlicher Natur wie

die Würdigung medizinischer Gutachten in der Regel nicht darunterfallen. Schliesslich kann das kantonale Gericht von einer öffentlichen Verhandlung absehen, wenn es auch ohne eine solche aufgrund der Akten zum Schluss gelangt, dass dem materiellen Rechtsbegehren der bezüglich der Verhandlung antragstellenden Partei zu entsprechen ist (BGE 136 I 279 E. 1 mit Hinweis auf BGE 122 V 47 E. 3b/ee und 3b/ff.; Urteile des BGer 8C_64/2017 vom 27. April 2017 E. 3.2 [mit Hinweis auf BGE 136 I 279 E. 1 und 122 V 47 E. 3b] und 8C_338/2016 vom 21. November 2016 E. 1.2).

8.2 Nachdem das Bundesverwaltungsgericht im Hauptentscheid die Beschwerde gutheisst, indem es die Sache zur Einholung eines für die invalidenversicherungsrechtlichen Belange umfassenden versicherungsexternen polydisziplinären Verlaufsgutachtens an die Vorinstanz zurückweist, erübrigt sich die Durchführung der beantragten öffentlichen Parteiverhandlung gemäss Art. 6 EMRK. Eine solche vermöchte am vorliegenden Verfahrensausgang nichts zu ändern. Unter diesen Umständen ist auf die beantragte öffentliche Verhandlung zu verzichten (vgl. Urteile des BVGer C-89/2019 vom 13. Oktober 2020 E. 10; C-5626/2017 vom 16. Juli 2019 E. 9 und C-6646/2016 vom 20. März 2019 E. 6).

9.

9.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

9.2 Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. VGKE) Da seitens des Rechtsvertreters keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbe-

tracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung auf Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu z.B. Urteil des BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) festzusetzen.

9.3 Was den Antrag des Beschwerdeführers auf Parteientschädigung für das Einwandverfahren angeht (vgl. BVGer-act. 1, S. 2 Ziff. 5), so betrifft dieser das vorinstanzliche Verwaltungs- und nicht das vorliegende Beschwerdeverfahren. Gegenstand des Beschwerdeverfahrens kann nur sein, was Gegenstand des vorinstanzlichen Verfahrens war oder nach richtiger Gesetzesauslegung hätte sein sollen. Streitfragen, über welche die Vorinstanz nicht entschieden hat, darf die zweite Instanz nicht beurteilen, da sie ansonsten in die funktionelle Zuständigkeit der ersten Instanz eingreifen würde. Auf entsprechende Parteibegehren kann nicht eingetreten werden (BGE 133 II 35 E. 2; BVGE 2009/37 E. 1.3.1). Der Beschwerdeführer hat die Parteientschädigung für das Vorbescheidverfahren gegenüber der Vorinstanz nicht beantragt, weshalb diese auch nicht darüber entschieden hat. Auf den erstmals im vorliegenden Beschwerdeverfahren entsprechend gestellten Antrag ist folglich nicht einzutreten. Es kann jedoch bereits darauf hingewiesen werden, dass sich aus dem Vertretungsverhältnis gegenüber dem Versicherungsträger grundsätzlich kein Anspruch auf eine Entschädigung ergibt, sofern kein Anspruch auf unentgeltliche Vertretung besteht (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, a.a.O., Art. 37 N. 27 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 116).

(Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird, soweit darauf eingetreten wird, insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 22. Mai 2020 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderliche Abklärung des medizinischen Sachverhalts im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

2.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zurückerstattet.

3.
Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2’800.- zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an:

– den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. […]; Einschreiben)
– das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:	Die Gerichtsschreiberin:
Christoph Rohrer	Nadja Francke

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. 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: