

# **BVGer C-1288/2018 vom 11. September 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-09-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1288\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1288_2018)

FR: TAF C-1288/2018 du 11 septembre 2020

IT: TAF C-1288/2018 del 11 settembre 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügungen durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und knapp formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2**

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtenen Verfügungen vom 8. Februar 2018 erlassen hat. Diese drei Verfügungen, mit welchen die Vorinstanz dem Beschwerdeführer von Februar 2015 bis September 2016 eine Viertelsrente, von Oktober 2016 bis April 2017 eine ganze Rente und ab Mai 2017 wiederum eine Viertelsrente zugesprochen hat, bilden nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ein einheitliches Rechtsverhältnis, sodass der Rentenanspruch für die gesamten Bezugszeiten der Überprüfung unterliegen (BGE 125 V 413). Sie bilden demnach als Ganzes das Anfechtungsobjekt und damit die Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Mit Beschwerde vom 28. Februar 2018 beantragte der Beschwerdeführer sinngemäss die Zusprache einer durchgehend ganzen Invalidenrente, während die Vorinstanz mit Vernehmlassung vom 13. April 2018 zunächst die Abweisung der Beschwerde beantragte, mit Duplik vom 31. Januar 2019 indes ihr Rechtsbegehren dahingehend modifizierte, als die bis April 2017 befristete ganze Rente statt erst ab Oktober 2016 bereits ab Juli 2016 zuzusprechen sei. Darüber hinaus sei die Beschwerde jedoch abzuweisen. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist somit die Höhe des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

### **E. 2.1**

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

### **E. 2.2**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

### **E. 2.3**

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

### **E. 2.4**

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des BGer 8C\_843/2016 vom 8. März 2017 E. 2; zum Ganzen auch BGE 144 V 427 E. 3.2).

### **E. 2.5**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu

würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.1**

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). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a sowie E. 2.5 hiervor).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 8. Februar 2018) 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; Urteil des BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Ärztliche Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (vgl. Urteil BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

### **E. 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).

#### **E. 4.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit 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). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters- Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend unbestritten der Fall ist (vgl. IK-Auszug vom 11. September 2014 [Dok. 13]).

#### **E. 4.3**

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

#### **E. 4.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

#### **E. 4.5**

Nach der Rechtsprechung sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a IVV) bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 m.w.H.), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte zu bestimmen (Urteile des BGer 8C\_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 m.w.H.).

#### **E. 4.6**

Um 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).

#### **E. 4.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

#### **E. 4.8**

Auf Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) bzw. des internen medizinischen Dienstes kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d). Die versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Nach der Praxis kann einem reinen Aktengutachten auch voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

#### **E. 4.9**

Bei Vorliegen psychischer Erkrankungen fordert die neue bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6

und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «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 Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

## **E. 5**

Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat; hingegen ist umstritten und im Folgenden zu prüfen, ob die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zu Recht eine abgestufte Rente zugesprochen hat oder ob er einen durchgehenden Anspruch auf eine ganze Rente hat. In diesem Zusammenhang ist vorab darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass ihm die Deutsche Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit zugesprochen hat, nichts zu seinen Gunsten ableiten kann, da Entscheide ausländischer Versicherungsträger keine Bindungswirkung haben (aber immerhin der freien Beweiswürdigung unterliegen; vgl. E. 3.1 in fine hiervor). Zudem beruht die von der Deutschen Rentenversicherung befristet zugesprochene Rente wegen voller Erwerbsminderung nicht ausschliesslich auf dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, sondern auch auf den Verhältnissen des Arbeitsmarktes in Deutschland (vgl. ersten Absatz auf der zweiten Seite des mit Eingabe vom 6. November 2018 eingereichten Rentenbescheids der Deutschen Rentenversicherung vom 14. Mai 2018 [BVGer-act. 12 Beilage 1]).

## **E. 6**

Der vorinstanzliche Entscheid stützt sich auf die Stellungnahmen des RAD vom 30. November 2015, 24. Mai 2016, 16. und 23. Februar 2017, 4. Oktober 2017 sowie 27. Dezember 2017 (vgl. Dok. 108 S 4-9 und Dok. 143 S. 3-5). Zunächst wurden dem RAD folgende medizinischen Dokumente zur Stellungnahme unterbreitet:

### **E. 6.1**

Diverse Atteste der Dres. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bescheinigen im Zeitraum vom 9. Dezember 2013 bis 30. September 2014, vom November 2014 bis März 2015, für den Monat Mai 2015 sowie für den Monat August 2015 eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers (Dok. 10 S. 7-10 sowie S. 20-28, Dok. 25 S. 2-4 und S. 7 f., Dok. 28 S. 1 sowie Dok. 39 S. 22).

#### **E. 6.1.1**

Im Bericht des Instituts I.\_\_\_\_\_, vom 13. Februar 2014 betreffend Biopsie vom 11. Februar 2014 nennt Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Pathologie, die Diagnose «TUR-B: Harnblasenschleimhaut mit Hyperplasie und mässiggradiger chronischer, teils lymphofollikulärer Entzündung». Im Weiteren weist er darauf hin, dass kein Nachweis von Dysplasie oder Malignität bestehe (Dok. 10 S. 18). Aufgrund dessen führte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie und Operative Urologie, noch am gleichen Tag im Spital L.\_\_\_\_\_ eine TUR Blase Nachresektion der Blasenseitenwand links durch. Danach sei

der Versicherte am 13. Februar 2014 schmerzfrei und in gutem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen worden. Im Austrittsbericht des Spitals L. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2014 werden schliesslich die Diagnose Urothelkarzinom pT1, G3 sowie als Nebendiagnose eine arterielle Hypertonie genannt (vgl. Dok. 10 S. 19). Am 21. Februar 2014 begab sich der Beschwerdeführer aufgrund eines fieberhaften Infekts notfallmässig in die Klinik M. \_\_\_\_\_. Gemäss Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, habe der Beschwerdeführer eine Urosepsis mit Pyelonephritis beidseits erlitten. Der Patient habe nach erfolgter Behandlung am 25. Februar 2014 mit deutlich regredienten Entzündungsparametern in gutem Allgemeinzustand entlassen werden können. Dr. med. N. \_\_\_\_\_ stellte schliesslich die Diagnosen Status nach TUR-B der Harnblasenschleimhaut am 10. Dezember 2013 bei Urothelkarzinom (pT1, G3, high grade) linkes Ostium, Status nach TUR-B-Nachresektion am 11. Februar 2014 ohne Nachweis pathologischer Zellen sowie arterielle Hypertonie (vgl. Bericht vom 28. Februar 2014 [Dok. 10 S 13]). Im Bericht vom 19. März 2014 betreffend die ambulante Kontrolluntersuchung vom 18. März 2014 nennt Dr. med. N. \_\_\_\_\_ die Diagnosen irritative Blasenentleerungsstörung mit Schmerzsymptomatik und Harnwegsinfekt bei Status nach Urosepsis mit Pyelonephritis beidseits, TUR-B der Harnblasenschleimhaut am 10. Dezember 2013 bei Urothelkarzinom, (pT1 G3, high grade) linkes Ostium, Status nach TUR-B-Nachresektion am 11. Februar 2014 ohne Nachweis pathologischer Zellen sowie arterielle Hypertonie. In der durchgeführten Sonographie konnte u.a. ein Tumor ausgeschlossen werden (Dok. 10 S. 16 f.).

#### **E. 6.1.2**

Im an die Krankentaggeldversicherung gerichteten Bericht vom 27. Mai 2014 nennt der damalige Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ebenfalls die in den soeben zitierten Berichten (E. 6.1.1 hiervor) genannten Diagnosen, wobei er im Zusammenhang mit der irritativen Blasenentleerungsstörung auf eine Opiatbedürftigkeit hinwies. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führte er im Weiteren aus, dass per Abschluss der Blasenirritationen aufgrund der wiederholten Harnwegsinfekte mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne. Die Prognose erachtete er als gut (Dok. 10 S. 11 f.).

#### **E. 6.1.3**

Im Arztbericht zuhanden der IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ vom 19. September 2014 erwähnt Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radioonkologie-Strahlentherapie, die bekannte Diagnose (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) Urothelkarzinom pT1 G3, High Grade mit persistierenden Unterbauchschmerzzuständen und rezidivierenden Uroseptiden; des Weiteren erwähnt er erstmals eine mittelschwere bis schwere Anpassungsstörung mit Angst und depressiven Zeichen (ICD-10: F43.2), differentialdiagnostisch eine larvierte Depression. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnt er ebenfalls eine arterielle Hypertonie sowie einen Nikotinabusus. Eine Zuweisung an ihn in die psychoonkologische Sprechstunde sei wegen einer psychischen Belastung durch Therapienebenwirkungen (Urämie) anfangs Mai 2014 erfolgt. Die Arbeitsfähigkeit werde vom Hausarzt festgelegt. Seiner Ansicht nach wäre eine schrittweise Wiederaufnahme der Tätigkeit sinnvoll (Dok. 14).

#### **E. 6.1.4**

Dr. med. N.\_\_\_\_\_ nennt im an die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ gerichteten undatierten Arztbericht (eingegangen am 27. Oktober 2014) ein Blasenkarzinom (ED 12/2013) als Diagnose. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hält er fest, dass die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sei (Dok. 17).

#### **E. 6.1.5**

Im Arztbericht zuhanden der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ vom 13. April 2015 nennt der damalige Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nebst dem bekannten Blasenkarzinom erstmals auch eine Niereninsuffizienz und eine Koronare Herzkrankheit als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Bei den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nennt er neben der bereits bekannten Diagnose arterielle Hypertonie neu auch die Diagnosen Adipositas, Hyperurikämie sowie Dyslipidämie. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit habe vom 24. März 2014 bis zum 31. Januar 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die bisherige Tätigkeit erachtete Dr. med. G.\_\_\_\_\_ aufgrund von Anstrengungsintoleranz und psychischer Belastung als nicht mehr zumutbar. Im Weiteren verweist er auf zwei beiliegende Berichte der Dres. med. N.\_\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_\_ (Dok. 23 S. 1-5).

#### **E. 6.1.5.1**

Dr. med. N.\_\_\_\_\_ führt in seinem Bericht vom 23. Oktober 2014 bei unauffälliger Kontrolluntersuchung die folgenden Diagnosen auf: Status nach rezidivierenden Harnwegsinfekten bei unphysiologischer Blasenentleerungsstörung, Status nach BCG-Behandlung, irritative Blasenentleerungsstörung mit Schmerzsymptomatik und Harnwegsinfekt bei Status nach Urosepsis mit Pyelonephritis beidseits, Status nach TUR-B der Harnblasenschleimhaut am 10. Dezember 2013 bei Urothelkarzinom (pT1 G3, high grade) linkes Ostium, Status nach TUR-B-Nachresektion am 11. Februar 2014 ohne Nachweis pathologischer Zellen sowie arterielle Hypertonie (Dok. 23 S. 12 f.).

#### **E. 6.1.5.2**

Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, berichtet am 16. Dezember 2014 von den durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen (u.a. PTCA und Stent-Implantation) und erwähnt die Diagnosen Koronare Herzkrankheit bei signifikanter distalen RIVA-Stenose sowie schwerer Stenose der RCA und diskrete Hypokinesie der medialen und apikalen Anteile der Vorderwand (Dok. 23 S. 6 ff.).

#### **E. 6.1.6**

Im Weiteren orientiert Dr. med. G.\_\_\_\_\_ am 30. Dezember 2014 die Krankentaggeldversicherung darüber, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bei manifester koronarer Herzkrankheit und Niereninsuffizienz mit entsprechender Leistungseinbusse verschlechtert habe. Die Arbeitsfähigkeit sei zurzeit nicht sicher festzulegen (Dok. 25 S. 5 f.). In einem weiteren Verlaufsbericht an die Krankentaggeldversicherung vom 5. Mai 2015 erwähnt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ auch erstmals Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates; insbesondere erwähnt er ein zervico-radikuläres Syndrom beidseits bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit medialer Diskushernie und leichter Myelonimpression C4/C5 sowie neuroforaminalen Stenosen C5 bis C7 beidseits, ein Lumbospondylogenes Syndrom bei Facettengelenksdegenerationen im Bereich der unteren LWS sowie Gangstörungen mit auch Parästhesien vor allem im Sitzen im Bereich des Oberschenkels beidseits. Zudem erwähnt er wiederum die in früheren Berichten erwähnte Koronare Herzkrankheit respektive Hypertensive Herzkrankheit mit Status nach Rekoronarografie und erneuter

Ballondilatation. Im Weiteren berichtet Dr. med. G. \_\_\_\_\_ von zunehmenden Schlafstörungen bei Restless-Legs-Syndrom und depressiver Verstimmung. Aufgrund der bei Arbeitsbelastung zunehmenden Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates, der Anstrengungsdyspnoe sowie zusätzlich der depressiven Verstimmung erachtete der Arzt eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit (in der bisherigen Tätigkeit) als ausgeschlossen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt konnte er noch keine Einschätzung abgeben (Dok. 28 S. 3 f.).

#### **E. 6.1.7**

Im Herzkatheter- und PTCA-Bericht vom 25. März 2015 nennt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen: Koronare Herzkrankheit (Im Vordergrund: schwere distale RIVA-Stenose), Status nach PTCA und Stent-Implantation RCA am 16. Dezember 2014 mit sehr grober Veränderungen, jedoch ohne Restenose sowie unverändert diskrete Hypokinesie der medialen und apikalen Anteile der Vorderwand. Bei der Beurteilung hielt er schliesslich fest, dass sich glücklicherweise im Bereiche der rechten Koronararterie 3 Monate nach komplizierter Intervention ein akzeptables Resultat fände und eine signifikante Restenosierung nicht bestehe. Durch Intervention am distalen RIVA habe durch Dilatation mit einem beschichteten Ballon ein radiologisch gutes Resultat erzielt werden können (Dok. 28 S. 5-8).

#### **E. 6.1.8**

Im radiologischen Befundbericht vom 7. April 2015 beschreibt Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, eine mediane Diskushernie mit leichter Myelonimpression C4/C5, wobei er eine Myelopathie oder entzündliche Myelonläsionen ausschliesst. Im Weiteren stellt er neuroforaminale Stenosen C5-C7 beidseits fest. In der BWS und LWS fand er keine Diskushernie oder höhergradige Spinalkanalstenose, indessen mässige aktivierte Spondylarthrosen, tieflumbal (Dok. 28 S. 9 f.).

#### **E. 6.1.9**

Im undatierten Verlaufsbericht zuhanden der IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ (Eingang am 21. August 2015) nennt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ die bekannten Diagnosen Koronare Herzerkrankung, Niereninsuffizienz und Blasenkarzinom. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führt er aus, dass der Beschwerdeführer im angestammten Beruf nicht mehr arbeitsfähig sei. Angepasste Tätigkeiten seien hingegen im Umfang von 50 % zumutbar, wobei sich die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Behandlungen verbessern liesse (Dok. 29). Seinem Verlaufsbericht legte er - nebst den bereits aktenkundigen Berichten von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2014 (vgl. E. 6.1.5.2 und Dok. 23 S. 6 ff. sowie Dok. 30 S. 6 ff.) und vom 25. März 2015 (vgl. E. 6.1.7 und Dok. 28 S. 5 ff. sowie Dok. 30 S. 10 ff.) - folgende neu Arztberichte bei:

##### **E. 6.1.9.1**

Dem Bericht von PD Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, vom 7. Juli 2015 kann folgende ausführliche Diagnoseliste entnommen werden: 1. Leichte chronische Niereninsuffizienz (Stadium 2) - intermittierend prärenal aggraviert (übermassige Diuretikadosis) - aktuell: Kreatinin-Clearance 69 ml/min./1.73 m<sup>2</sup> - aktuell: keine Proteinurie, keine Mikroalbuminurie - Ätiologie: ischämisch-hypertensiv, Nikotinabusus 2. Hypertensive und koronare Herzkrankheit - stark positive Familienanamnese (Vater, Bruder, Schwester) - aktuell: echokardiografisch Hypokinesie infero-apikal - aktuell: 80%ige RIVA-Stenose, 50%ige ostiale RCA-Stenose, 70-80%ige

Stenose am Abgang des rechtsventrikularen Asts (Koronarangiografie 12/2014) St. n. PTCA/Stenting (DES) der RCA-Stenose und Dilatation des Abgangs des rechtsventrikularen Asts 12/2014 St. n. PTCA des RIVA mit beschichtetem Ballon 3/2015 - cvRF: positive FA (arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Hyperurikämie, St. n. Nikotinabusus (50 py)) 3.Urothelkarzinom pT1 (G3, high grade) ED 2013 - St. n. TUR-B 12/2013 und 2/2014 - St. n. E. coli-Urosepsis/Pyelonephritis bds. 5/2014 - St. n. BCG-Behandlung - anamn. hypokapazitive Harnblase 4.Chronische Prostatitis (anamn.) - chron. urogenitales Schmerzsyndrom 5.Unklares neurologisches Zustandsbild - Restless legs - Kribbelparästhesien beider Beine - intermittierende Schwache der Hände - verminderte rohe Kraft beider Beine - MR der LWS unauffällig (anamn.) - 100% AUF 6.Mangelzustände - Folsäure (nicht repletiert) - Vitamin D (repletiert) Zur Arbeitsfähigkeit führte PD Dr. med. R.\_\_\_\_\_ aus, es sei unerfreulich, dass der Beschwerdeführer wegen den Beschwerden immer noch zu 100 % arbeitsunfähig sei (vgl. Dok.30 S. 1 ff.).

#### **E. 6.1.9.2**

Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 1. August 2015 die Diagnosen St. n. Blasenkarzinom mit BCG-Instillationstherapie und prolongiertem Beckenschmerz, Koronare Herzkrankheit mit St. n. nach Stent-Implantation bei Zweigefässerkrankung und Risikofaktoren Nikotinabusus (ca. 4 bis 20 Zigaretten täglich), Dyslipidämie, positive Familienanamnese, intermittierende Niereninsuffizienz und arterielle Hypertonie. In der klinisch-neurologischen Untersuchung seien keine wesentlichen Auffälligkeiten gefunden worden (vgl. Dok. 30 S. 17 ff.).

#### **E. 6.1.10**

Im Bericht vom 22. Mai 2015 führt Dr. med. N.\_\_\_\_\_ dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 23. Oktober 2014 (vgl. E. 6.1.5.1 und Dok. 23 S. 12 f.) auf und berichtet von einer unauffälligen Kontrolluntersuchung (vgl. Dok. 39 S. 15 f.).

#### **E. 6.1.11**

Im Verlaufsbericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 2. Oktober 2015 (Dok. 39 S. 3) erwähnt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die bekannten Diagnosen leichte chronische Niereninsuffizienz (Stadium 2), hypertensive und koronare Herzkrankheit, Urothelkarzinom pT1 (G3, high grade) ED 2013, Chronische Prostatitis, unklares neurologisches Zustandsbild sowie Mangelzustände. Im Weiteren erachtete er die Tauglichkeit auf dem Arbeitsmarkt aufgrund von zunehmenden psychischen Problemen bei chronischem Beschwerdebild und entsprechender depressiver Verstimmung als eingeschränkt.

#### **E. 6.2**

Gestützt auf diese zahlreichen medizinischen Unterlagen empfahl Dr. med. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Vertrauensarzt SGV sowie zertifizierter RAD-Arzt, mit Stellungnahme vom 30. November 2015 die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Neurologie (vgl. Dok. 108 S. 4 f.).

#### **E. 6.3**

Das Gutachten wurde in Beachtung der Vorgaben der Rechtsprechung des Bundesgerichts nach dem Zufallsprinzip über das Zuweisungssystem «SuisseMED@P» und unter Einräumung der Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers an die Gutachterstelle

D.\_\_\_\_\_ vergeben (vgl. Dok. 43-47; betr. bundesgerichtliche Vorgaben vgl. vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 und BGE 139 V 349 E. 5.2.1). Zunächst erfolgte am 25. Februar 2016 eine Begutachtung in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin bei Dr. med. U.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Hauptgutachterin, Neurologie bei den Dres. med. V.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und W.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin Neurologie, sowie Psychiatrie bei Dr. med. X.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei stellten die Gutachter fest, dass aufgrund der Symptomatik zusätzlich eine Begutachtung in den Disziplinen Kardiologie und Orthopädie notwendig sei (vgl. Dok. 51 f.). Diese zusätzlichen Untersuchungen fanden je am 6. April 2016 bei Dr. med. Y.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, und Dr. med. Z.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, statt. Das polydisziplinäre Gutachten, auf welches sich der RAD in der Folge im Wesentlichen stützte, wurde schliesslich am 3. Mai 2016 erstattet (vgl. Dok. 63 und 64).

### **E. 6.3.1**

Im Rahmen der polydisziplinären Beurteilung stellten die Gutachter gestützt auf die Akten sowie auf eigenen klinischen Untersuchungen die folgenden Diagnosen (vgl. Dok. 64 S. 39 f.): - Als Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nennen die Gutachter folgende: -Multiple Polyarthralgien Hand-Knie-Sprung-Hüftgelenke bei muskulärer Dysbalance -koronare Herzkrankheit mit -normaler linksventrikulärer Auswurfsfraktion, Belastbarkeit bis 75% des Solls -St. n. PTCA und Stentimplantationen in RCA und Abgang des rechts ventrikulären Astes 12/14 und PTCA und Stentimplantation einer distalen RIVA- Stenose 3/15 -Dekonditionierung und DD im Rahmen eines Fatigue-Syndroms bei -Urothelkarzinom pT1 (G3, high grade) ED 2013 -St. n. TUR-B 12/2013 und 2/2014 -St. n. E. coli-Urosepsis/Pyelonephritis bds. 5/2014 -St. n. BCG-Behandlung -anamn. hypokapazitive Harnblase - Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nennen die Gutachter die folgenden: -Undifferenzierte Somatisierungsstörung (leichtgradig) ICD-10, F 45.1 -Akzentuierte Persönlichkeitszüge (anankastisch und narzisstisch) ICD-10, Z 73.1 - Sensibles Sulcus ulnaris Syndrom rechts -Durch Sonneneinstrahlung induzierte Kopfschmerzen mit Gefühlsstörungen des Kiefers und Verschwommensehen links, ätiologisch nicht einzuordnen -Leistenschmerzen links>rechts, myotendinogen, radiologisch initiale Koxarthrose rechts>links -Knieschmerzen beidseits bei femoropatellarer Dysfunktion und -muskulärer Dysbalance, stark verkürzte ischiocrurale Muskulatur beidseits -Radiologisch Ausschluss Gonarthrose -MRI (04.2015) medialer Diskushernie C4/5 mit leichter Myelo- und Kompression C4/5 -neuroforaminale Stenose C5 bis C7 beidseits, -aktuell asymptomatisch ohne Nervenkompressionszeichen -Rezidivierende lumbospondylogene Schmerzen -Radiologisch leichtgradige Facettenarthrose L5/S1 -Kardiovaskuläres Risikoprofil -familiäre Belastung -Dyslipidämie - arterielle Hypertonie - persistierender Nikotinabusus - Adipositas, BMI 35 -Niereninsuffizienz Stadium II -Hyperurikämie

### **E. 6.3.2**

In der zusammenfassenden polydisziplinären Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers führten die Gutachter das Folgende aus:

#### **E. 6.3.2.1**

Aus allgemein-internistischer Sicht seien keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gefunden worden. Es werde indes eine strenge Kontrolle

der kardiovaskulären Risikofaktoren mit entsprechender Anpassung der Lipidsenkendosis, Gewichtsreduktion sowie vermehrte körperliche Ertüchtigung empfohlen. Aus rein kardiologischer Sicht sei angesichts der koronaren Zweigefässerkrankung im angestammten Beruf hingegen eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 75% zu attestieren (vgl. Dok. 64 S. 41; vgl. auch das kardiologische Teil-Gutachten vom 6. April 2016 [Dok. 63 S. 1 ff.]).

#### **E. 6.3.2.2**

Bei der aktuellen klinisch orthopädischen Untersuchung sei das Gangbild unbehindert und es habe kein Funktionsdefizit von Seiten der Wirbelsäule festgestellt werden können. Klinisch hätten sich aktuell keine Zeichen gefunden, die auf eine zervikale Radikulopathie hinwiesen. In den durchgeführten Röntgenkontrollen des Beckens hätten sich über der Spina iliaca anterior superior deutliche Fibroostosen auch im Ursprungsbereich der Hamstrings beidseits und Zeichen einer initialen Koxarthrose mit Taillierungsstörung, rechts mehr als links, gefunden. Im Bereich der Kniegelenke zeigten sich keine Arthrosezeichen. In allen Skelettabschnitten zeigten sich weder Hinweise auf tumoröse oder entzündliche Destruktionen noch periartikuläre Verkalkungen. Im Bereich der Sprunggelenke hätten sich geringgradige degenerative Veränderungen der oberen Sprunggelenke beidseits ohne Hinweise auf entzündliche oder tumoröse Osteodestruktion gefunden. Die multiplen Polyarthralgien seien aus orthopädischer Sicht myotendinogenen Ursprungs; die muskuläre Dysbalance erscheine vordergründig. Die lymphatische Abflussstörung mit leichtem Beinödem links werde als eine Begleitreaktion bei Status nach Blasen-Operation gewertet. Radikuläre Zeichen fänden sich weder im Bereich der oberen noch der unteren Extremitäten. Die Wirbelsäulenfunktion habe sich schmerzfrei und ohne Funktionsdefizit gezeigt. Aus orthopädischer Sicht werde der Versicherte in seiner Gesamt-Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als nicht eingeschränkt beurteilt. Eine Leistungsminderung von 10-20% werde durch die Dekonditionierung und einem vermehrten Pausenbedarf begründet (vgl. Dok. 64 S. 36 f. und S. 41 f.).

#### **E. 6.3.2.3**

Aus neurologischer Sicht ergäben sich hinsichtlich des bereits im August 2015 diagnostizierten Sulcus ulnaris-Syndroms rechts keine neuen Aspekte. Es bestehe ein klassisch lokalisiertes deutliches sensibles Defizit. Die Kraft sei allseits intakt, es bestehe lediglich eine minime Einschränkung der Feinmotorik. Betreffend die Oberschenkelmyalgien könnte an eine Statin induzierte Myopathie gedacht werden bei möglichem Auftreten mit Einnahme des Statins. Klinisch und elektromyographisch fänden sich jedoch keine Hinweise auf eine Myopathie insbesondere keine Parese, auch die CK (Anmerkung: Creatin-Kinase) sei normwertig. Hingegen fänden sich im EMG Veränderungen im Sinne einer chronischen, am ehesten länger zurückliegenden axonalen Schädigung der die muscoli vastus laterales versorgenden Nerven und Wurzeln. Da allerdings klinisch keine Paresen vorlägen, sich neurographisch keine periphere, längenabhängige Polyneuropathie zeige und das MRI vom April 2015 keine bildmorphologischen Hinweise für eine lumbale Radikulopathie zeige, seien diese EMG-Auffälligkeiten momentan ohne klinische oder therapeutische Relevanz und erklärten die Beschwerden nicht. Laborchemisch und klinisch bestehe kein Hinweis auf eine diabetische Amyotrophie. Betreffend Restless-Legs-Syndrom sei der Versicherte ausreichend behandelt. Die passageren seitenwechselnden Handlähmungen, die bis November 2015 mehrfach pro Woche aufgetreten seien, seien nicht klar einzuordnen. Das anfallsartige Auftreten passe nicht zu den im zervikalen MRI beschriebenen Befunden.

Hinsichtlich der neuroforaminalen Kompression, die im MRI der Wirbelsäule 2014 gesehen worden sei, zeige sich kein klinisches Korrelat. Bei spontaner Regredienz der Handlähmungen seit Rückkehr nach Deutschland seien diesbezüglich keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen nötig. Auch die sonnenabhängigen Kopfschmerzen mit Taubheitsgefühl des Kiefers und Verschwommensehen auf dem linken Auge seien ätiologisch unklar und klängen etwas bizarr. Sie erfüllten nicht die Kriterien eines Migränekopfschmerzes und verschwänden, wenn die Sonnenexposition gestoppt werde. Bezüglich der Sehstörungen bestehe anamnestisch weder ein Verdacht auf eine ischämische Genese, noch auf eine chronisch entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Der Versicherte sei der Meinung gewesen, dass eine Multiple Sklerose abgeklärt werden sollte. Allerdings erfülle keine der Beschwerden die Schubkriterien einer Multiplen Sklerose (Dauer länger als 24h), da die Beschwerden des Patienten innert weniger Stunden oder Minuten wieder verschwänden. (vgl. Dok. 64 S. 29 f. und S. 42).

#### **E. 6.3.2.4**

Unter Berücksichtigung der Standardindikatoren (vgl. dazu E. 4.9 hiavor) hielten die Gutachter in psychiatrischer Hinsicht einleitend fest, der Versicherte sei bis zu seiner Blasenkrebserkrankung im Dezember 2013 psychisch unauffällig und beschwerdefrei gewesen. Nach der Diagnosestellung und der Behandlung habe sich initial eine Anpassungsstörung mit depressiven sowie Angstsymptomen entwickelt; differentialdiagnostisch sei eine larvierte Depression diskutiert worden. Die damalige Einschätzung erscheine nachvollziehbar, da von der Beschreibung her klar werde, dass es sich um eine Reaktion auf die Krankheit und die Nebenwirkungen der Behandlung gehandelt habe. Ebenso erscheine aufgrund der Ausführungen im Bericht vom 22. Juli 2015 nachvollziehbar, dass die Neurologin und Psychiaterin Dr. med. S. \_\_\_\_\_ im August 2015 keine psychiatrische Diagnose gestellt habe. Die Symptome hätten im Verlauf der letzten zwei Jahre abgenommen. Mit der Fortdauer der Behandlungen und der hinzukommenden koronaren Herzkrankheit, Nackenschmerzen und leichter Niereninsuffizienz sowie der Kündigung, seien indes zusätzliche Belastungen hinzugekommen. Der Versicherte habe einen Psychiater aufgesucht, sei jedoch nur dreimal zur Behandlung gegangen. Bei der aktuellen Untersuchung im Rahmen der Begutachtung habe sich keine relevante Psychopathologie gezeigt. Der Versicherte habe etwas zwanghafte und narzisstische Züge (übermassig genau, detailreich, umständlich, etwas sarkastisch, überheblich und vorwurfsvoll) gezeigt. Diese seien nach seinen Angaben erst in den letzten zwei Jahren aufgetreten, beziehungsweise hätten sich verstärkt. Zu erwähnen seien noch Schmerzen und somatische Funktionsstörungen, die in den letzten zwei Jahren aufgetreten seien und somatisch nicht ganz überzeugend erklärbar seien. Da diese Symptome jedoch nicht anhaltend seien, sei dadurch aus heutiger Sicht keine andauernde Funktionsstörung entstanden. Die Persönlichkeitszüge, die der Versicherte gezeigt habe (anankastisch, narzisstisch) seien nicht stark genug, um eine arbeitsbezogene Relevanz zu erlangen. Insgesamt zeigten sich aus psychiatrischer Sicht keine relevanten psychiatrischen Erkrankungen oder Funktionsstörungen. Die Dauer einer Anpassungsstörung betrage laut ICD-Kriterien 6 oder 24 Monate (bei einer depressiven Störung). Da diese Zeit-Limiten bald überschritten würden, sei die erneute Diagnose einer Anpassungsstörung nicht angebracht. Im Vordergrund der Beschwerden stünden zurzeit somatische Symptome, die nicht ganz erklärbar seien, weshalb das aktuelle Krankheitsbild als undifferenzierte Somatisierungsstörung zu bezeichnen sei. Daneben bestünden auch akzentuierte Persönlichkeitszüge (anankastisch, narzisstisch) die jedoch nicht die Dauer und Stärke einer

Persönlichkeitsstörung erreichten. Bezüglich des sozialen Kontextes führten die Gutachter aus, zwar sei der Versicherte geschieden und lebe zurzeit in keiner Partnerschaft, jedoch sei er sozial interessiert und aktiv. Betreffend Behandlung und Eingliederung wiesen sie darauf hin, dass eine psychotherapeutische Unterstützung in dieser schweren Lebenslage angebracht wäre. Aus psychiatrischer Sicht seien berufliche Eingliederungsmassnahmen zumutbar und empfehlenswert. Hinsichtlich der Konsistenz hätten sich keine Diskrepanzen offenbart. Der Versicherte habe bei der aktuellen Untersuchung keine Zeichen von Verdeutlichung oder Aggravation gezeigt. Der Versicherte könne sich aus psychischer und geistiger Sicht ohne Mühe jede Arbeit vorstellen; indessen fühle er sich wegen seinen diversen körperlichen Erkrankungen und Beschwerden nicht in der Lage, die Arbeit wiederaufzunehmen (vgl. Dok. 64 S. 23 ff. und S. 42 f.).

#### **E. 6.3.2.5**

Schliesslich nahmen die Gutachter eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor. Bezüglich der angestammten Tätigkeit als Pflegefachmann hielten sie zusammenfassend fest, dass beim Versicherten aus psychiatrischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Auch von der neurologischen Seite her sei der Versicherte voll arbeitsfähig anzusehen, allerdings ergäben sich qualitative Einschränkungen aufgrund schmerzbedingt häufiger notwendiger Pausen. Im Weiteren ergäben sich auch aus allgemein-internistischer Sicht keine die Leistungsfähigkeit mindernden Einschränkungen. Angesichts der koronaren Zweigefässerkrankung sei im angestammten Beruf jedoch aus rein kardiologischer Sicht eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 75% respektive eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % zu attestieren. Aus orthopädischer Sicht sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachkraft zu 100% arbeitsfähig. Eine Leistungsminderung mit einem Rendement von 20 % werde bei Dekonditionierung und Differentialdiagnostisch bei Fatigue-Syndrom angenommen. Dabei werde von einem vermehrten Pausenbedarf und einer Verlangsamung ausgegangen. Polydisziplinär sei damit die kardiologische Beurteilung führend, wobei die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf bezogen auf ein 100 % Pensum 75% betrage. Den Beginn der Einschränkung legten sie auf Dezember 2014 fest. Bezüglich der adaptierten Tätigkeiten führten sie schliesslich aus, dass aus orthopädischer Sicht eine Leistungsminderung mit einem Rendement von 20 % bei Dekonditionierung und Differentialdiagnostisch bei Fatigue-Syndrom angenommen werde. Dabei werde von einem vermehrten Pausenbedarf und einer Verlangsamung ausgegangen. Der Versicherte benötige neben einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit aktuell vermehrt Pausen. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit werde bei Durchführung der empfohlenen Therapien (Physiotherapie, regelmässiges Training, moderates Ausdauertraining, Substitution der Mangelsituation von Vitamin D3, B12 sowie Laborkontrolle, bei ausbleiender Besserung der Sulcus ulnaris-Symptomatik allenfalls operative Dekompression sowie insbesondere Stoppen des Nikotinkonsums und Gewichtsreduktion [vgl. Dok. 64 Ziff. 9.3 S. 44 f.]) angenommen. Für die Verbesserung werde bei weiter komplikationslosem Verlauf eine Dauer von einem halben bis ganzen Jahr veranschlagt (vgl. Dok. 64 Ziff. 9.1 und 9.2 S. 43 f.).

#### **E. 6.4**

Am 24. Mai 2016 nahm der RAD-Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_\_ Stellung zum polydisziplinären Gutachten. Nachdem er die Beurteilungen der Gutachter zusammengefasst wiedergegeben hatte, führte er aus, dass sich das Gutachten auf die IV-Akten, die zur Verfügung gestellten Unterlagen und Ergebnisse eigener Anamneseerhebungen und Befunde stütze. Es sei

umfassend und schlüssig. Dr. med. T. \_\_\_\_\_ schloss sich im Weiteren der Diagnosestellung der Gutachter wie auch deren Beurteilung bezüglich des Belastungsprofils an, wonach dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere sowie wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar seien. Hingegen wich er bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von den Einschätzungen der Gutachter insofern ab, als er den Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % als arbeitsunfähig erachtete, während die Gutachter - ausgehend von einer Anwesenheit von 100 % - lediglich von einer kardiologisch bedingten Einschränkung von 25 % ausgingen. Bezüglich der Leistungsbeurteilung betreffend adaptierte Tätigkeiten schloss sich Dr. med. T. \_\_\_\_\_ hingegen den Gutachtern an und attestierte dem Beschwerdeführer ebenfalls eine vollständige Arbeitsfähigkeit bei einem Rendement von 80 %. Schliesslich folgte Dr. med. T. \_\_\_\_\_ auch der Empfehlung bezüglich medizinischer Massnahmen, wonach eine medizinische Trainingstherapie angezeigt sei (vgl. Dok. 108 S. 6 f.).

### **E. 6.5**

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten der D. \_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2016 beruht auf einer detaillierten Anamneseerhebung, den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, setzten sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander und nahmen eine interdisziplinäre Beurteilung vor. Die vorgenommenen Schlussfolgerungen werden für den Rechtsanwender nachvollziehbar begründet, wobei auch eine Auseinandersetzung mit den früheren medizinischen Beurteilungen - insbesondere auch mit der am 19. September 2014 durch Dr. med. O. \_\_\_\_\_ gestellten psychiatrischen Diagnose Anpassungsstörung mit Angst und depressiven Zeichen (differentialdiagnostisch larvierte Depression [vgl. Dok. 14]) und mit den Feststellungen der Neurologin und Psychiaterin Dr. med. S. \_\_\_\_\_, die im Rahmen der psychopathologischen Untersuchung vom 22. Juli 2015 keine psychiatrischen Diagnosen stellte (vgl. Bericht vom 1. August 2015 [Dok. 30 S. 17 f.]) - stattfindet. Es enthält auch Angaben zu den Standardindikatoren, weshalb es grundsätzlich auch mit Blick auf die Rechtsprechung von BGE 141 V 281 als Beweisgrundlage herangezogen werden kann. Das Gutachten der D. \_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2016, dem sich in medizinischer Hinsicht auch der RAD-Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_ angeschlossen hat (vgl. Stellungnahme vom 24. Mai 2016 [Dok. 108 S. 6 f.]), entspricht in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt den allgemeinen rechtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. E. 4.7 hiervor), weshalb ihm dem Grundsatz nach Beweiswert zukommt.

### **E. 6.6**

Gestützt auf das Gutachten der D. \_\_\_\_\_ ist erstellt, dass der Beschwerdeführer an zahlreichen Beschwerden leidet und dabei lediglich somatische Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. So legen sie nachvollziehbar und schlüssig dar, dass die Diagnosen multiple Polyarthralgien der Hand-Knie-Sprung-Hüftgelenke bei muskulärer Dysbalance, die Koronare Herzerkrankung mit normaler Linksventrikulärer-Funktion (bis zu einer Leistung/Belastbarkeit von 75 % des Solls) und bei Status nach mehrfachen Interventionen (zuletzt RIVA-Stent im März 2015) sowie die Dekonditionierung im Rahmen eines Fatigue-Syndrom bei Urothelkarzinom (ED 2013), TUR-B 2013 sowie 2014, E.-coli-Sepsis im April 2014, BCG-Behandlung sowie

hypokapazitiver Harnblase Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen, während die weiteren zahlreich festgestellten und unter Ziff. 8.1.2 des Gutachtens (vgl. Dok. 64 S. 40) aufgeführten Erkrankungen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Insbesondere legen sie dabei nachvollziehbar und schlüssig dar, dass orthopädisch kein Funktionsdefizit im Bereich Wirbelsäule besteht und dass das Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts neurologisch unauffällig ist. Im Weiteren legen die Gutachter auch überzeugend dar, weshalb aus psychiatrischer Sicht aktuell die Diagnosen leichtgradige undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F 45.1) und akzentuierte Persönlichkeitszüge (anankastisch und narzisstisch [ICD-10, Z 73.1]) gestellt werden und begründen anhand der Standardindikatoren ebenfalls nachvollziehbar und schlüssig, dass diese keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zeitigen. Der Beschwerdeführer bestätigt dies im Übrigen selbst, führt er doch aus, er könne sich aus psychischer oder geistiger Sicht ohne Mühe jede Arbeit vorstellen (vgl. Dok. 64 S. 25 Ziff. 5.9).

#### **E. 6.7**

Das polydisziplinäre Gutachten ist im Weiteren insofern medizinisch nachvollziehbar, als eine Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen lediglich für leichte bis mittelschwere körperliche und wechselbelastende Verrichtungen besteht und die Leistungsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bei einer ganztägigen Anwesenheit aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs auf 80 % festgelegt wird. Dieser Beurteilung hat sich auch der RAD-Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_ zu Recht vorbehaltlos angeschlossen. Jedoch beurteilt er die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit abweichend von den Gutachtern, indem er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zwar kann der Stellungnahme des RAD-Arztes vom 24. Mai 2016 keine Begründung entnommen werden, weshalb er die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf anders beurteilt. Allerdings ist aufgrund der Akten erstellt, dass hinsichtlich der Vereinbarkeit der angestammten Tätigkeit mit dem zumutbaren Tätigkeitsprofil ein Widerspruch zwischen der Arbeitsplatzbeschreibung und der Einschätzung der Gutachter besteht. Mit Blick auf die eigenen gutachterlichen Ausführungen zum zumutbaren Belastungsprofil erweist sich die gutachterliche Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegefachmann (Krankenpflege von Patienten in der Klinik B. \_\_\_\_\_) als nicht schlüssig und nachvollziehbar. Die Gutachter gehen implizit davon aus, dass die zuletzt ausgeübte pflegerische Tätigkeit ebenfalls dem Belastungsprofil «leichte bis mittelschwere körperliche und wechselbelastende Tätigkeiten» entspreche. Auch wenn es durchaus Tätigkeiten als Pflegefachmann gibt, die dem gutachterlich attestierten Leistungsprofil entsprechen (vgl. etwa die von den Ärzten der Klinik für Kardiologische Rehabilitation Aa. \_\_\_\_\_ als Beispiele genannten Tätigkeiten im Bereich der Funktionsdiagnostik oder der Dialyse [Dok. 141 S. 21]), scheinen die Gutachter vorliegend übersehen zu haben, dass mit den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin, welche den Gutachtern in Form des Fragebogens für Arbeitgebende vom 8. März 2015 ebenfalls zur Verfügung standen (vgl. Dok. 64 S. 11 oben), ausgewiesen ist (und es auch der allgemeinen Erfahrung entspricht), dass gerade die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Krankenpfleger von Patienten in einem Spital einen nicht unwesentlichen Anteil an körperlich schwerer Arbeit beinhaltet. Der Arbeitsplatzbeschrieb der ehemaligen Arbeitgeberin besagt, dass der Beschwerdeführer die Patienten oft (34-65 % der Arbeitszeit) habe pflegerisch betreuen müssen, während administrative Aufgaben lediglich selten (1-5 %) sowie die Dokumentation des Pflegeprozesses und die Begleitung von Lernenden wie auch Studierenden nur gelegentlich

(6-33 %) angefallen seien. Im Rahmen dieser Tätigkeit habe der Beschwerdeführer oft (34-65 % der Arbeitszeit) schwere Gewichte heben und tragen müssen, leichte (bis 10 kg) und mittelschwere (10-25 kg) dagegen nur selten (1-5 %). Die täglichen Anforderungen respektive Belastungen an Konzentration und Aufmerksamkeit, Durchhaltevermögen, Sorgfalt, Auffassungsvermögen sowie Sozialkompetenz seien jeweils gross. Die körperliche und psychische Belastbarkeit sei wichtig im Beruf des diplomierten Pflegefachmannes (vgl. Dok. 22 S. 5 f.). So vertrat auch bereits der im Zusammenhang mit den beruflichen Eingliederungsmassnahmen konsultierte RAD-Arzt Dr. med. Bb.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in seiner Stellungnahme vom 13. Oktober 2015 die Ansicht, dass Arbeiten mit schweren Patient in der Pflege kaum mehr möglich seien (vgl. das Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung vom 23. Oktober 2015 [Dok. 37 S. 3]).

### **E. 6.8**

Mit Blick auf das soeben Ausgeführte ist es daher nicht zu beanstanden, dass Dr. med. T.\_\_\_\_\_ die Beurteilung bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten pflegerischen Tätigkeit nicht übernommen hat. Vielmehr hat er im Ergebnis zu Recht die Arbeitsfähigkeit in der letzten beruflichen Tätigkeit mit 0 % quantifiziert, zumal diese Einschätzung auch bereits vom RAD-Arzt Dr. med. Bb.\_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 13. Oktober 2015 vertreten wurde und sich diese darüber hinaus auch mit den echtzeitlichen Attesten der behandelnden Ärzte deckt (vgl. E. 6.1 hiervor). Rechtsprechungsgemäss liegt es denn auch nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1; Urteil des BGer 8C\_527/2018 vom 1. April 2019 E. 6.1). Deshalb kann - wie vorliegend - aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verlöre (Urteil 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Vorliegend stand der medizinische Sachverhalt fest und es ging einzig und allein um die Folgenabschätzung der diagnostizierten Leiden hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 4.8 hiervor). Demgegenüber waren die rechtlich gebotenen Anforderungen an eine schlüssige und nachvollziehbare medizinische Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit im Sinne der Rechtsprechung (BGE 140 V 193) in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in casu - wie soeben ausgeführt - eindeutig nicht erfüllt. Dies festzustellen ist gerade die gesetzliche Aufgabe des RAD (Art. 59 Abs. 2 bis IVG; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_342/2016 vom 8. August 2016 E. 5.1). Demzufolge hat die Vorinstanz vorliegend zu Recht auf die schlüssige und nachvollziehbare, einzig hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit abweichende Beurteilung des RAD-Arztes vom 24. Mai 2016 abgestellt. Hierzu ist ergänzend anzumerken, dass es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nach den konkreten Umständen des Einzelfalls zulässig ist, dass die Vorinstanz einem ohne eigene Untersuchung zustande gekommenen RAD-Bericht und nicht einem in der Folgeabschätzung anderslautenden MEDAS-Gutachten - zumal in casu die Folgeabschätzung nur hinsichtlich der zuletzt ausgeübten pflegerischen Tätigkeit als Krankenpfleger im Spital abweicht - entspricht, ohne dabei vorgängig bei der Abklärungsstelle nachzufragen (vgl. Urteil des BGer 9C\_342/2016 vom 8. August 2016 E. 5).

## **E. 6.9**

Nach dem Gesagten ist somit vorliegend für die zu beurteilende Zeitperiode bis zum Zeitpunkt der Begutachtung ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten pflegerischen Tätigkeit, welche überwiegend körperlich schwere Aufgaben beinhaltete, nicht mehr arbeitsfähig ist. Hingegen ist er in adaptierten leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten bei einer Anwesenheit von 100 % zu 80 % arbeitsfähig.

## **E. 7**

Da der Beschwerdeführer am 23. Juni 2016 eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend machen liess (vgl. Dok. 69), waren zum weiteren Verlauf des medizinischen Sachverhalts abermals Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med.

T. \_\_\_\_\_ erforderlich.

### **E. 7.1.1**

Unbestritten und aufgrund der Akten erstellt ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers kurz nach der letzten Begutachtung vom 6. April 2016 verschlechtert hat. Den Berichten des Klinikums Cc. \_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2016 (Dok. 141 S. 32 ff.) und vom 18. Juli 2016 (Dok. 74 und Dok. 81 S. 1-4) kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer infolge einer schweren koronaren Dreifässerkrankung am 29. April 2016 einen Hinterwandinfarkt erlitten hat und sich deshalb am 6. Juli 2016 einer operativen Myokardrevaskularisation unterziehen musste. Anschliessend war der Beschwerdeführer vom 19. Juli 2016 bis zum 10. August 2016 in der Klinik für Kardiologische Rehabilitation Aa. \_\_\_\_\_ in stationärer rehabilitativer Behandlung. Im Rahmen dieses stationären Aufenthalts wurde aufgrund einer Schwindelsymptomatik am 2. August 2016 zusätzlich eine CT-Untersuchung der HWS durchgeführt. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden bereits zuvor dokumentierte degenerative Veränderungen der HWS (vgl. E. 6.1.6, 6.1.8 und 6.3.1 hiervor) festgestellt. Zudem seien auch Zeichen einer gering linksbetonten zervikalen Lymphadenopathie festgestellt worden. Die behandelnden Ärzte empfahlen sowohl eine Kontrolluntersuchung betreffend die HWS-Symptomatik (HWS-Bildgebung) als auch eine onkologische Abklärung betreffend die Lymphadenopathie. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dass die aktuelle Krankschreibung bis Ende Oktober 2016, allenfalls bis zum Jahresende fortgesetzt werden sollte, um eine ausreichende Erholung einerseits und noch ausstehende Kontrolluntersuchungen betr. HWS-Bildgebung sowie einen onkologischen Kontrolltermin zu ermöglichen. Ab Januar 2017 könnte aus kardiologischer Sicht eine berufliche Tätigkeit im Rahmen der Krankenpflege, möglichst im Bereich der Funktionsdiagnostik oder Dialyse ohne regelmässige mehr leichte- bis mittelschwere körperliche Arbeitsbelastung durchgeführt werden (vgl. dazu den Kurzbericht vom 9. August 2016 [Dok. 81 S. 5-7]).

### **E. 7.1.2**

Prof. Dr. med. Dd. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Onkologie und Hämatologie, konnte im Rahmen der empfohlenen Abklärung der Lymphadenopathie keine hämatologische Systemerkrankung feststellen. Er fand weder klinisch noch laborchemisch oder bildgebend irgendwelche Hinweise dafür. Seine Diagnose lautete deshalb Lymphadenopathie (ICD-10 R59.10) ohne Hinweis auf eine lymphatische Systemerkrankung (vgl. Dok. 85). Schliesslich berichtet auch Dr. med. Ee. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Angiologie, über die ambulant erfolgte

kardiologische Kontrolluntersuchung vom 11. August 2016, im Rahmen welcher echokardiografisch eine normal LV-Funktion ohne Nachweis einer regionalen Wandbewegungsstörung festgestellt wurde (vgl. Bericht vom 17. August 2016 [Dok. 90]).

### **E. 7.1.3**

Mit Stellungnahme vom 16. Februar 2017 führte Dr. med. T. \_\_\_\_\_ dazu aus, dass für den Zeitraum der operativen Myokardrevaskularisation (und Rehabilitation) die von den Ärzten der Klinik für Kardiologische Rehabilitation Aa. \_\_\_\_\_ bis Januar 2017 attestierte vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit als plausibel erscheine, es ansonsten jedoch bei der RAD-Einschätzung vom 24. Mai 2016 bleibe (vgl. Dok. 108 S. 8 f.), was mit Blick auf die soeben wiedergegebenen Arztberichte (E. 7.1.1 f. hiervor) nachvollziehbar und schlüssig ist. Die degenerativen Veränderungen der HWS wurden bereits im Gutachten diskutiert (vgl. Dok. 64 S. 35, S. 37 und S. 41) und eine hämatologische Systemerkrankung in der onkologischen Untersuchung ausgeschlossen werden. Schliesslich stimmt die Leistungsbeurteilung der Ärzte der Klinik für Kardiologische Rehabilitation Aa. \_\_\_\_\_ im zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstellten Formularbericht vom 5. September 2016 für die Zeit nach der Behandlung im Wesentlichen mit der gutachterlichen Einschätzung der Ärzte der D. \_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2016 sowie mit der RAD-Beurteilung vom 24. Mai 2016 überein (vgl. Dok. 64 S. 40 ff., Dok. 108 S. 6 f. sowie Dok. 141 S. 20-31]). Einzig die Feststellung des RAD-Arztes, gemäss welcher die vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit am Tag der Operation (6. Juli 2016) eingetreten sei, erweist sich als nicht nachvollziehbar. Dies hat die Vorinstanz indessen aufgrund des berechtigten Einwands des Beschwerdeführers während des vorliegenden Beschwerdeverfahrens erkannt und mit Duplik vom 31. Januar 2019 zutreffend ausgeführt, dass die vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits im Zeitpunkt des Hinterwandinfarkts vom 29. April 2016 eingetreten war und nicht erst mit der Operation vom 6. Juli 2016 (vgl. BVGer-act. 20). Somit ist die vorinstanzliche Verfügung insofern zu berichtigen, als sich der Gesundheitszustand bereits ab April 2016 vorübergehend bis Ende Januar 2017 verschlechtert hat.

### **E. 7.2.1**

Hingegen vermögen die nach der RAD-Beurteilung vom 16. Februar 2017 respektive nach der ergänzenden Stellungnahme vom 23. Februar 2017 betreffend den Eintritt des Gesundheitsschadens vom Dezember 2013 (vgl. Dok. 108 S. 9) eingereichten Arztberichte eine neuerliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht zu belegen. Dr. med. T. \_\_\_\_\_ hält am 4. Oktober 2017 zu Recht an seinen bisherigen Beurteilungen fest (vgl. Dok. 143 S. 3 f.). Der zunächst im Raum stehende Verdacht eines Rezidivs des Blasenkrebses (vgl. dazu die Mitteilung des Beschwerdeführers vom 27. Februar 2017 [Dok. 91 f.]) konnte gemäss Austrittsbericht des Ff. \_\_\_\_\_-Krankenhauses vom 15. März 2017 ausgeschlossen werden (vgl. Dok. 96). Im MRT-Befundbericht vom 19. Juli 2017 werden (bereits aktenkundige [vgl. E. 6.1.6, 6.1.8 und 6.3.1 hiervor]) multisegmentale Osteochondrosen der HWS, der mittleren und kaudalen BWS sowie der oberen LWS genannt. Im Weiteren gab es keinen Anhalt für metastasensuspekte Knochenmarkinfiltrate des dargestellten Achsenskeletts und es wurde weder eine Myelopathie noch eine Spinalkanalstenose festgestellt (vgl. Dok. 122 und 124).

### **E. 7.2.2**

Auch in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 23. November 2017 weist Dr. med. T.\_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit dem vom behandelnden Hausarzt Dr. med. Gg.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, zuhanden der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ eingereichten Arztbericht vom 6. November 2017 zutreffend darauf hin, dass einerseits die bekannten Diagnosen wiederholt werden, wobei im MEDAS-Gutachten auch zur psychoonkologischen Situation Stellung genommen wurde (vgl. Dok. 64 S. 21 ff.), und andererseits die mitgeteilte Depression nicht nachvollziehbar diskutiert und begründet wird (vgl. Dok. 143 S. 4 f.). Auch den beiden mit IV-Arztbericht vom 6. November 2017 neu eingereichten Berichten von Dr. med. Hh.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 11. September 2017 und von Dr. med. Ee.\_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2017 lassen sich keine neuen, bisher unberücksichtigt gebliebenen Aspekte entnehmen. Der von Dr. med. Hh.\_\_\_\_\_ geäusserte Verdacht auf eine Polyneuropathie wurde bereits gutachterlich diskutiert (vgl. Dok. 64 S. 29 Ziff. 6.4.2 f., S. 35 Ziff. 7.4.1, S. 41 Ziff. 8.2.2 und S. 42 Ziff. 8.2.3). Zudem werden im Kurzbericht von Dr. med. Hh.\_\_\_\_\_ keinerlei Angaben zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gemacht. Schliesslich berichtet Dr. med. Ee.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht betreffend die kardiologische und angiologische Untersuchung vom 25. Oktober 2017 nach wie vor von einer echokardiografisch normalen LV-Funktion (vgl. Dok. 141 S. 15-18).

#### **E. 7.3.1**

Zusätzlich reichte der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde vom 28. Februar 2018 (BVGer-act. 1) nebst bereits im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten (vgl. Beilagen III/1, III/3-III/5 sowie III/8-III/11) vier bisher unbekannte medizinischen Berichte des Klinikums Cc.\_\_\_\_\_ vom 6. September 2016 (Beilage III/2), der Radiologie Ii.\_\_\_\_\_ vom 19. September 2016 (Beilage III/6), des Dr. med. Jj.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, vom 22. Februar 2017 (Beilage III/7) sowie der Dipl. med. Kk.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesie und Spezielle Schmerztherapie, vom 23. Januar 2018 (Beilage III/12) ein, die jeweils vor Erlass der Verfügung vom 8. Februar 2018 datieren und deshalb vorliegend zu berücksichtigen sind (vgl. E. 3.2 hiervor).

#### **E. 7.3.2**

Auch aus diesen Berichten kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Der an den Hausarzt adressierte Bericht des Klinikums Cc.\_\_\_\_\_ vom 6. September 2016 (Beilage III/2) entspricht inhaltlich im Wesentlichen deren Bericht vom 18. Juli 2016 (vgl. E. 7.2.1 hiervor sowie Dok. 74 und Dok. 81 S. 1-4) und betrifft ohnehin den Zeitraum, während dem unbestritten ein Anspruch auf eine ganze Rente besteht. Der radiologische Bericht vom 19. September 2016 (Beilage III/6) berichtet von den bereits bekannten sowie in die Beurteilung eingeflossenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule. Insbesondere werden auch in diesem Bericht keine Hinweise für eine ossär oder diskogen bedingte Neurokompression gefunden. Im Bericht des Urologen Dr. med. Jj.\_\_\_\_\_ vom 22. Februar 2017 (Beilage III/7) ist der vom Beschwerdeführer der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ am 27. Februar 2017 (vgl. Dok. 91 f.) gemeldete Verdacht eines Rezidivs des Blasenkrebses dokumentiert, der schliesslich zur stationären Behandlung im Ff.\_\_\_\_\_ -Krankenhauses führte, im Rahmen derer gemäss Austrittsbericht vom 15. März 2017 ein Rezidiv des bekannten Urothelkarzinoms ausgeschlossen werden konnte (vgl. E. 7.2.1 hiervor). Schliesslich erweisen sich die erstmals von Kk.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesie und Spezielle Schmerztherapie, im Bericht vom 23. Januar 2018 (Beilage III/12) gestellten Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41 G), anhaltende somatoforme schmerzhaftige Störung (F45.40G), Migräne (G43.9) sowie

depressive Störung als mittelgradige Episode (F32.1G) mangels klinischer Befunderhebung sowie mangels einer Begründung als weder nachvollziehbar noch schlüssig. Zudem verfügt Dipl. med. Kk. \_\_\_\_\_ als Fachärztin für Anästhesie und Spezielle Schmerztherapie nicht über die erforderlichen fachlichen Qualifikationen, um eine rechtsgenügende Beurteilung der psychischen Leiden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen, wobei sie sich zu letzteren ohnehin nicht äussert (vgl. E. 4.7 hiavor).

#### **E. 7.4**

Im Lichte des insgesamt Ausgeführten ist somit im Rahmen der Prüfung des Rentenanspruchs einerseits von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten pflegerischen Tätigkeit (als Krankenpfleger von Patienten in einem Spital) und andererseits für eine leidensangepasste Tätigkeit (körperlich leicht bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten) von folgenden zeitlich abgestuften Arbeitsfähigkeitsgraden auszugehen: - Dezember 2013 bis 28. April 2016: Arbeitsfähigkeit von 80 % (bei einer Anwesenheit von 100 %) - 29. April 2016 bis und mit Januar 2017: Arbeitsfähigkeit von 0 % - Ab Februar 2017: Arbeitsfähigkeit von 80 % (bei einer Anwesenheit von 100 %)

#### **E. 8**

Nachfolgend sind entsprechend die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers zu prüfen.

##### **E. 8.1**

Der Invaliditätsgrad ist im vorliegenden Fall gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

##### **E. 8.2**

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C\_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.1). Da zwar das Wartejahr (vgl. E. 4.2 hiavor) im Dezember 2014 abgelaufen ist, der Rentenanspruch jedoch erst nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht (vgl. E. 4.3 hiavor), ist aufgrund der verspäteten Anmeldung vom 19. August 2014 (Dok. 4) der frühest mögliche Rentenbeginn am 1. Februar 2015. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der (erste) Einkommensvergleich durchzuführen. Ist wie hier zu prüfen, ob nachträglich

eine abgestufte Rente zuzusprechen ist, ist zudem auf jeden Zeitpunkt, auf den die Rente verändert wird, ein neuer Einkommensvergleich durchzuführen (vgl. Urteil des BVer C-2364/2017 vom 11. April 2019 E. 9.3).

### **E. 8.3.1**

Da der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin seine letzte Tätigkeit als Pflegefachmann in der Klinik B.\_\_\_\_\_ ausüben würde und die Kündigung vom 15. Oktober 2015 letztlich Folge seiner gesundheitlichen Einschränkungen war, hat die Vorinstanz zur Ermittlung des Valideneinkommens zutreffend auf den zuletzt bei der Klinik B.\_\_\_\_\_ erzielten Verdienst von Fr. 92'300.- im Jahre 2013 (vgl. dazu die Angaben der Arbeitgeberin im entsprechenden Fragebogen Dok. 22 S. 2 sowie den Einkommensvergleich vom 1. Juni 2017 [Dok. 107]) abgestellt. Allerdings hätte sie den Lohn statt auf das Jahr 2014 (Ablauf des Wartejahres im Dezember 2014) auf das Jahr 2015 des frühest möglichen Rentenbeginns (1. Februar 2015; vgl. E. 8.2 hiervor) indexieren müssen. Zudem hätte sie für die Indexierung die spezifische Lohnentwicklung im Sektor Gesundheitswesen gemäss Tabelle T1.1.10 (Männer) des Bundesamtes für Statistik (BfS) berücksichtigen müssen, statt auf die durchschnittliche Lohnentwicklung der Männer in allen Branchen der Tabelle T39 des BfS (welche im Jahr 2014 0.7 % gegenüber dem Jahr 2013 entsprach) abzustellen. Somit entspricht das korrekt an die Lohnentwicklung im Gesundheitswesen angepasste hypothetische Valideneinkommen im Jahr 2015 gerundet Fr. 92'841.35 (vgl. Nominallohnindex des Bundesamts für Statistik [Basis 2010], Tabelle 1.1.10 [Männer], Sektor 3 «Dienstleistungen», 86-88 Gesundheitswesen, Basis Jahr 2010 = 100, 2013 = 102.3 sowie 2015 = 102.9;  $[92'300 \times 102.9] : 102.3 = 92'841.35$ ).

### **E. 8.3.2**

Da der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, stellte die Vorinstanz zur Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens zu Recht auf die Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahre 2014 ab. Allerdings wich sie von der Regel ab, die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1, Zeile «Total Privater Sektor», anzuwenden, und stellte stattdessen auf den Zentralwert des Sektors 3 «Dienstleistungen» im Kompetenzniveau 2 im Umfang von Fr. 5'339.- ab. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt, ausnahmsweise auf das statistische Durchschnittseinkommen einzelner Branchen abgestellt werden, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (vgl. in BGE 133 V 545 nicht publizierte E. 5.1 des Urteils des BGer 9C\_237/2007 vom 24. August 2007; im Weiteren 8C\_811/2018 10. April 2019 E. 5.1 und 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2). Aufgrund des Alters des Beschwerdeführers (Jahrgang 1963), der Tatsache, dass er stets in seinem erlernten Beruf im Gesundheitswesen tätig war und während seiner Laufbahn zusätzlich auch eine nephrologische Weiterbildung absolviert hat (vgl. Dok. 64 S. 16 Ziff. 3.1.2), sowie des Umstands, dass es auch im Bereich der Krankenpflege Tätigkeiten gibt, welche dem ihm noch zumutbaren Leistungsprofil entsprechen (im Bericht der Klinik für Kardiologische Rehabilitation Aa.\_\_\_\_\_ vom 5. September 2016 werden z.B. Tätigkeiten im Bereich der Funktionsdiagnostik oder Dialyse genannt [vgl. Dok. 141 S. 21]), ist vorliegend das vorinstanzliche Abweichen von der Regel nicht zu beanstanden. Zudem ist mit Blick auf die

langjährige berufliche Erfahrung des Beschwerdeführers sowie auf dessen Aus- und Weiterbildung das Abstellen auf den Durchschnittslohn im Kompetenzniveau 2 nicht zu beanstanden.

### **E. 8.3.3**

Den Lohn von Fr. 5'339.- hat die Vorinstanz zutreffend auf die branchenübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden (Tabelle T03.02.03.01.04.01 des BfS zur betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Sektor 3) angepasst, mit zwölf Monaten multipliziert, den dadurch ermittelten Jahresverdienst von gerundet Fr. 66'790.90 (Fr. 5'339.- : 40 x 41.7 x 12 = Fr. 66'790.89) auf ein 80 % Leistungspensum (bei einer ganztägigen Anwesenheit) umgerechnet und somit für das Jahr 2014 das Invalideneinkommen von gerundet Fr. 53'432.70 (Fr. 66'790.90 x 80 : 100 = Fr. 53'432.72) korrekt ermittelt. Indessen ist auch das Invalideneinkommen auf das Jahr 2015 zu indexieren, weshalb unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Sektor 3 «Dienstleistungen» ein Invalideneinkommen von Fr. 53'536.15 (Fr. 53'432.70 x 103.5 : 103.3 = Fr. 53'536.15) resultiert. Nicht zu beanstanden ist hingegen, dass die Vorinstanz vorliegend keinen leidensbedingten Abzug gewährt hat, da die infolge des erhöhten Pausenbedarfs resultierende Leistungsminderung bereits mit der Reduktion des hypothetischen Invalideneinkommens von 20 % berücksichtigt wurde. Aus der Gegenüberstellung eines hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 92'841.35.- und eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 53'536.15 resultiert bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 39'305.20 ein Invaliditätsgrad von gerundet 42% ( $[39'305.20 \times 100] : 92'841.35 = 42.34$ ), was - im Ergebnis von der Vorinstanz zutreffend festgestellt - einen Anspruch auf eine Viertelsrente ab dem 1. Februar 2015 begründet.

### **E. 8.4**

Nach dem am 29. April 2016 erlittenen Herzinfarkt war der Beschwerdeführer erwiesenermassen bis Januar 2017 für jegliche Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig, weshalb in diesem Zeitraum eine Erwerbseinbusse von 100 % resultiert. Die Vorinstanz hat in diesem Zusammenhang zutreffend berücksichtigt, dass gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat, und dass diese Bestimmung - wie vorliegend - bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente analog zur Anwendung gelangt (BGE 133 V 263 E. 61 m.w.H. sowie E. 4.5 hiervor). Hingegen hat die Vorinstanz hinsichtlich des Eintritts der Verschlechterung statt auf das Datum des erlittenen Herzinfarkts vom 29. April 2016 fälschlicherweise auf das Operationsdatum vom 6. Juli 2016 abgestellt. Diesen Fehler hat sie indes - wie bereits ausgeführt (vgl. E. 7.1.3 hiervor) - während des vorliegenden Beschwerdeverfahrens selbst erkannt und deshalb zu Recht in diesem Punkt eine Korrektur ihrer angefochtenen Verfügungen vom 8. Februar 2018 beantragt. Somit hat der Beschwerdeführer bereits ab 1. Juli 2016 (drei Monate nach dem im April erlittenen Herzinfarkt) einen Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

### **E. 8.5**

Ende Januar 2017 hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wieder soweit stabilisiert, als ihm - wie im Zeitraum vor dem Herzinfarkt vom 29. April 2016 - ab 1. Februar 2017 wieder leidensangepasste leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten von 80 % (bei einer Anwesenheit von 100 %) zumutbar sind. In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 Satz 2 IVV ist die ganze Rente - wie die Vorinstanz zutreffend erkannt

hat - drei Monate über die Veränderung des Gesundheitszustands hinaus zu gewähren und demzufolge erst ab Mai 2017 herabzusetzen (Urteil des BGer 8C\_36/2019 vom 30. April 2019 E. 5). Da die Zahlen der Nominallohnentwicklung für das Jahr 2017 erst am 11. Juni 2018 und die Tabelle TA 1 der LSE 2016 gar erst am 26. Oktober 2018 veröffentlicht wurden, ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz für die Invaliditätsbemessung auf die LSE 2014 sowie auf die Zahlen der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2016 abgestellt hat. Allerdings hätte sie auch hier wiederum für die Indexierung die spezifische Lohnentwicklung im Sektor Gesundheitswesen gemäss Tabelle T1.1.10 (Männer) berücksichtigen müssen (vgl. E. 8.3.1 hiervor). Das korrekt auf das Jahr 2016 indexierte hypothetische Valideneinkommen entspricht einem Betrag von gerundet Fr. 92'931.60 (vgl. Basis Jahr 2010 = 100, 2013 = 102.3 sowie 2016 = 103;  $[92'300 \times 103] : 102.3 = 92'931.57$ ). Aus der Gegenüberstellung dieses hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 92'931.60 und eines auf das Jahr 2016 indexierten hypothetischen Invalideneinkommens von gerundet Fr. 53'898.25 ( $\text{Fr. } 53'432.70 \times 104.2 : 103.3 = \text{Fr. } 53'898.23$ ) resultiert bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 39'033.35 ein Invaliditätsgrad von 42% ( $[(39'033.35 \times 100) : 92'931.60 = 42.002]$ ), was - im Ergebnis von der Vorinstanz wiederum zutreffend festgestellt - einen Anspruch auf eine Viertelsrente ab dem 1. Mai 2017 begründet. Anzumerken bleibt, dass selbst wenn die entsprechenden Zahlen betreffend Nominallohnentwicklung im Jahr 2017 im Verfügungszeitpunkt bereits vorgelegen hätten, die Gegenüberstellung des auf Jahr 2017 indexierten Valideneinkommens von gerundet Fr. 93'382.70 und des auf das Jahr 2017 indexierten Invalideneinkommens von gerundet Fr. 54'156.85 bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 39'225.85 mit einem IV-Grad von 42 % ( $[(39'225.85 \times 100) : 92'382.70 = 42,01]$ ) am Ergebnis nichts ändern würde.

## **E. 9**

Nach dem Gesagten wird - entsprechend dem Antrag der Vorinstanz - die Beschwerde insofern teilweise gutgeheissen und die angefochtenen Verfügungen reformatorisch insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass bereits ab dem 1. Juli 2016 (statt ab dem 1. Oktober 2016) Anspruch auf eine bis Ende April 2017 befristete ganze Rente besteht. Im Übrigen werden die angefochtenen Verfügungen bestätigt und die Beschwerde abgewiesen. Die nachzuzahlende Rente ist - da der Beschwerdeführer seinen Mitwirkungspflichten nachgekommen ist - nach den Voraussetzungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG gegebenenfalls zu verzinsen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

## **E. 10**

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 10.1**

Das Beschwerdeverfahren ist grundsätzlich kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt. Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist von einem Obsiegen des Beschwerdeführers im Umfang von einem Viertel sowie einem Unterliegen des Beschwerdeführers im Umfang von Dreiviertel auszugehen (vgl. Urteil des BVerger C-3300/2016 vom 18. März 2019 E. 10.1). Die auf Fr. 800.- festzusetzenden Verfahrenskosten sind dem teilweise unterliegenden Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 600.- aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung des

Anteils des Beschwerdeführers an den Verfahrenskosten zu verwenden. Der Restbetrag von Fr. 200.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der teilweise unterliegenden Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

#### **E. 10.2**

Dem im vorliegenden Verfahren nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm - soweit er obsiegt - keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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