

# **BVGer C-1846/2022 vom 17. März 2022**

Bundesverwaltungsgericht, 2022-03-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1846\\_2022\\_d20220317](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1846_2022_d20220317)

FR: TAF C-1846/2022 du 17 mars 2022

IT: TAF C-1846/2022 del 17 marzo 2022

## **Regeste**

Rentenanspruch | IV, Invalidenrente; Verfügung der IVSTA vom 17. März 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 VwVG; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

#### **E. 1.1**

Die Beschwerde richtet sich gegen eine Verfügung der IVSTA vom 17. März 2022, mit welcher ein befristeter Rentenanspruch vom 1. Juli 2019 bis 31. März 2020 bejaht wurde. Gemäss Art. 31 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31 VGG i. V. m. Art. 33 lit. f VGG und Art. 58 ATSG).

#### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a–26bis und Art. 28–70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach der Rechtsprechung sind neue Verfahrensvorschriften mangels anders lautender Übergangsbestimmungen mit dem Tag des Inkrafttretens sofort und in vollem Umfang anwendbar (BGE 130 V 1 E. 3.2; 129 V 113 E. 2.2).

#### **E. 1.3**

Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung berührt und er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte

Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG; vgl. auch BVGer-act. 4), einzutreten.

C-1846/2022 Seite 6

## **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 17. März 2022, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers im Rahmen der Erstanmeldung vom 22. Oktober 2018 vom 1. Juli 2019 befristet bis 31. März 2020 gutgeheissen hat. Aufgrund der Rechtsbegehren ist sinngemäss streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz die ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2019 zu Recht nur bis 31. März 2020 gewährte, eventualiter ob Anspruch auf Weitergewährung einer Rente ab 1. April 2020 auf der Basis einer Erwerbsfähigkeit von 50 % besteht.

### **E. 3.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Beschwerde gestützt auf Art. 49 VwVG hinsichtlich der 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. 3.2**

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. 3.3**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

C-1846/2022 Seite 7

## **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft

getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

#### **E. 4.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach in Kraft treten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zur Anwendung (vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010).

C-1846/2022 Seite 8 Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101). Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a IVV (SR 831.201; vgl. Urteil des BGer 8C\_55/2023 vom 11. Juli 2023 E. 2.2). Vorliegend hat die IVSTA mit Verfügung vom 17. März 2022 einen Rentenanspruch vom 1. Juli 2019 bis 31. März 2020 bejaht und ist – in Beachtung von Art. 88a IVV von einer rentenrelevanten Änderung des Gesundheitszustandes per 1. Januar 2020 ausgegangen. Für die Beurteilung des hier befristet zugesprochenen Rentenanspruchs kommen deshalb die oben genannten altrechtlichen Bestimmungen zur Anwendung.

#### **E. 4.3**

mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

##### **E. 4.3.1**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (gültig in seiner Fassung bis 31. Dezember 2021) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-STA erlassen.

### **E. 4.3.2**

Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger im Kanton (...) einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt im grenznahen Deutschland Wohnsitz hatte, war die IV-Stelle des Kantons (...) für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Die angefochtene Verfügung vom 17. März 2022 wurde sodann zu Recht von der IVSTA erlassen.

### **E. 5.1**

Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Dabei muss aber mindestens ein

C-1846/2022 Seite 9 Beitragsjahr in der Schweiz zurückgelegt worden sein (Art. 36 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 AHVG). Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (vgl. Bst. A), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Es bleibt zu prüfen, ob er invalid im Sinne des Gesetzes ist.

### **E. 5.2**

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) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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. 5.3**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabengebiet zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

### **E. 5.4**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente

und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis 31. Dezember 2021 gültig ge- wesenen Fassung]). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so

C-1846/2022 Seite 10 werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

### **E. 5.5**

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsan- spruchs 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). Gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht.

### **E. 5.6**

Auf die rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befris- teten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmun- gen analog anzuwenden (vgl. BGE 150 V 67 E. 4.3 m.H.). Dementspre- chend ist bei mehreren Sachverhaltsänderungen jeweils massgeblicher Vergleichszeitpunkt jener, in welchem zuletzt eine rechtskonforme Sach- verhaltsabklärung (des jeweils anspruchserheblichen Aspektes), Beweis- würdigung und Invaliditätsbemessung vorgenommen wurde und sich eine Veränderung des Rentenanspruchs ergab (vgl. das Urteil des BGer 8C\_354/2019 vom 22. August 2019 E. 2.3 m.H.).

### **E. 5.7**

Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenom- men werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unter- brechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).

### **E. 5.8.1**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwal- tung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztli- chen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stel- len sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des

C-1846/2022 Seite 11 Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die strei- tigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizini- sche Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl.

Urteile des BGer 9C\_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E.

### **E. 5.8.2**

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C\_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

C-1846/2022 Seite 12

### **E. 5.8.3**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C\_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3). Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des BVerfG C-6839/2014 vom 25. November 2016 E. 3.5 m.w.H.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 5.8.4**

Geht es um psychische Erkrankungen sind grundsätzlich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «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).

C-1846/2022 Seite 13

#### **E. 5.8.5**

Nach bisheriger und langjähriger höchstrichterlicher Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wurden im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen der, Gesundheitsschaden eingetreten war, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens waren, dem Krankheitswert zukam. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte demgegenüber, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V 215 E. 4.1). Diese Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 dahingehend, dass Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht zum vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E. 6). Es hat entschieden, dass fortan – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu ermitteln ist, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (E. 6.3).

#### **E. 6.1**

Mit Verfügung vom 17. März 2022 sprach die IVSTA dem Beschwerdeführer rückwirkend ab dem 1. Juli 2019 eine ganze Invalidenrente zu. Ab dem 1. Januar 2020 verneinte sie hingegen einen Rentenanspruch, da der Invaliditätsgrad auf unter 40 % gesunken sei. Die Rentenzahlung wurde entsprechend auf den 31. März 2020 befristet. Zur Begründung stützte sich die IVSTA auf das polydisziplinäre Gutachten der G. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2021, deren ergänzende Stellungnahme vom 30. November 2021 sowie die

RAD-Stellungnahme vom 7. Dezember 2021. Gestützt auf diese Abklärungen ging sie davon aus, dass dem Beschwerdeführer ab Januar 2020 eine leidensangepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar sei. Der Invaliditätsgrad betrage ab diesem Zeitpunkt lediglich 37 %.

### **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer argumentiert in seiner Beschwerde vom 20. April 2022, dass bereits einzelne ärztliche Berichte aus Deutschland dem Gutachten vom 25. Oktober 2021 klar widersprechen würden. So werde etwa mehrfach eine volle Erwerbsunfähigkeit bestätigt, unter anderem mit

C-1846/2022 Seite 14 Verweis auf einen Grad der Behinderung von 100 %. Auch der behandelnde Kardiologe Dr. med. I. \_\_\_\_\_ habe die Arbeitsfähigkeit lediglich für leichte Tätigkeiten im Umfang von vier Stunden täglich als möglich eingeschätzt – wobei diese Einschätzung für den hier relevanten Zeitraum ohnehin nicht mehr gelten dürfte. Das Gutachten weise zahlreiche Mängel auf, weshalb sich selbst der RAD zu Rückfragen veranlasst gesehen habe. Die Stellungnahme des Gutachters vom 30. November 2021, insbesondere zur psychiatrischen Problematik, überzeuge nicht. Die vermutete psychische Komponente sowie der Aggravationsvorwurf würden sich im Wesentlichen auf eine Plausibilitätsüberlegung stützen, ohne fundierte fachärztlich-psychiatrische Abklärung, wie sie laut Rechtsprechung (Urteil des BVerG 9C\_520/2019) erforderlich wäre. Auch werde die Diagnose einer Angststörung ohne nachvollziehbare Begründung verneint, obwohl entsprechende Hinweise seit Langem bestünden. Eine substantielle Auseinandersetzung mit dieser Frage fehle ebenso wie eine differenzierte Bewertung der angeblich fehlenden Aggravation. Aus Sicht des Beschwerdeführers könne das Gutachten in rechtlicher Hinsicht nicht als verwertbare Entscheidungsgrundlage herangezogen werden (BVGer-act. 1).

### **E. 6.3**

Mit Stellungnahme vom 21. Juni 2022 (Bst. C.c) führt der Beschwerdeführer mit Bezug auf das deutsche Gutachten vom 28. April 2021 aus, dass darin – entgegen den übrigen in den Akten enthaltenen Gutachten – ausführlich dokumentiert werde, dass das quantitative Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf unter drei Stunden täglich zu veranschlagen sei. Es werde festgehalten, dass der Beschwerdeführer seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit definitiv nicht mehr verrichten könne und ihm auch keine angepasste Tätigkeit zumutbar sei. Darüber hinaus werde ausdrücklich festgestellt, dass diese Einschränkungen bereits seit dem 7. November 2020 (Zeitpunkt der erneuten klinischen Behandlung) bestünden. Eine Besserung sei – bei zu erwartendem fortschreitendem Verlauf – allenfalls im Rahmen einer Herztransplantation perspektiv zu erwarten. Dies sei bislang jedoch nicht vorgesehen und vom Beschwerdeführer auch nicht gewünscht (BVGer-act. 6).

### **E. 6.4**

Die Vorinstanz führt in ihrer Vernehmlassung vom 26. August 2022 aus (BVGer-act. 9), dass bei Erlass der Verfügung vom 17. März 2022 die IV-Stelle vom polydisziplinären Gutachten der G. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2021 ausgegangen sei, welches nach eingehender Untersuchung in den Fachbereichen Kardiologie, Psychiatrie und Allgemeine Innere Medizin erstellt worden sei. Diagnostiziert worden sei eine dilatative Kardiomyopathie, die aus kardiologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit einschränke. Aus

C-1846/2022 Seite 15 allgemeininternistischer Sicht könne keine weitere Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Auch aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion, und die Alkoholabhängigkeit würden die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant einschränken. Leichte bis mittlere Tätigkeiten seien ab Januar 2020 zumutbar, schwer belastende Tätigkeiten hingegen nicht. Eine Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 % in der angestammten Tätigkeit sowie 80 % in adaptierten Tätigkeiten sei attestiert worden. Zur von behandelnden Ärzten gestellten Diagnose «Angststörung» sei von der G. \_\_\_\_\_ ausgeführt worden, diese sei ausschliesslich von somatischen Kliniken gestellt worden. Die Diagnose sei nie näher begründet und symptomatisch nicht belegt worden. Die Ängstlichkeit stehe im Zusammenhang mit der Herzkrankheit; eine eigenständige psychiatrische Störung könne nicht diagnostiziert werden. Auch Aggravation könne nur in Bezug auf die kardiologische Untersuchung vermutet werden, nicht jedoch psychiatrisch. Der Beschwerdeführer sei nie in psychiatrischer Behandlung gewesen. Der RAD habe das Gutachten seinerseits geprüft und als nachvollziehbar eingestuft. Die medizinischen Einschätzungen seien schlüssig begründet, konkret erhoben und deckten sich im Verlauf mit den objektiven Befunden. Die durch die G. \_\_\_\_\_ vorgeschlagene kardiologische Rehabilitation könne zur Stabilisierung beitragen. Eine befristete ganze Rente sei rückwirkend bis März 2020 gewährt worden. Ab diesem Zeitpunkt könne eine 80 %-ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit angenommen werden. Dem zwischenzeitlich vorliegenden Gutachten der Deutschen Rentenversicherung vom 19. April 2021 (recte: 28. April 2021) sei zu entnehmen, dass der Gutachter bei der körperlichen Untersuchung eine Atemnot bei geringer Belastung habe objektivieren können, weitere objektivierbare Parameter für eine klar kardiologische Einschränkung hätten (jedoch) nicht erhoben werden können. Trotz attestierter dilatativer Kardiomyopathie mit mittel- bis hochgradiger Einschränkung der Herzfunktion ab 7. November 2020 (stationärer Aufenthalt im Klinikum [...]) könne die Herzfunktion zu diesem Zeitpunkt nicht tatsächlich beurteilt werden, da kein Herzultraschall durchgeführt worden sei. Bei der im Zusammenhang mit der perforierten Sigmadivertikulitis im November 2020 aufgetretenen kardialen Dekompensation handle es sich aktenanamnestisch um eine vorübergehende Verschlechterung. Im Rahmen der im Auftrag der IV durchgeführten polydisziplinären Begutachtung jedenfalls habe der Kardiologe mit einer EF (Ejektionsfraktion) von 45-50% eine leichtgradig reduzierte Auswurfleistung des linken Ventrikels bei kardial kompensiertem Versicherten festgestellt. Aus somatischer Sicht könne somit am kardiologischen

C-1846/2022 Seite 16 Teilgutachten festgehalten werden. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt.

### **E. 6.5**

Der Beschwerdeführer führt replikweise aus, die nachgereichten Behauptungen der IV-Stelle vom 23. August 2022 seien gemäss Art. 12 ff. VwVG nicht zulässig und dürften im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Die RAD-Stellungnahme vom 20. Juli 2022 sei erst im Gerichtsverfahren erstellt worden, ohne dass den Parteien das rechtliche Gehör gewährt worden sei; sie könne daher höchstens als Parteibehauptung gewertet werden. Des Weiteren verweise die IV-Stelle selbst auf die Einschätzung von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, der von einem Pensum von 4 Stunden täglich ausgehe, was einer 50 %-igen Einschränkung entspreche. Eine kardiologische Abklärung mittels

Spiro-Ergometrie und Ultraschall sei bislang unterblieben. Die IV-Stelle räume selbst ein, dass die Herzfunktion im Zeitpunkt der Begutachtung ungenügend abgeklärt worden sei. Auch mögliche Symptome einer Hyperventilation (z. B. tetanische Beschwerden) seien nicht abgeklärt worden. Die Untersuchungspflicht sei in wesentlichen Punkten verletzt worden. Zudem sei der Einsatz der LSE-Tabellenlöhne zur Einkommensvergleichsberechnung fragwürdig und nicht ausreichend begründet. Das Bundesgericht habe deren Anwendung nur als Ausnahme (Urteil des BGer 8C\_256/2021) zugelassen und auf die Bedeutung des leidensbedingten Abzugs hingewiesen. Mit diesen Aspekten habe sich die Vorinstanz nicht befasst (BVGer-act. 11).

#### **E. 6.6**

Die Vorinstanz verweist in ihrer Duplik vom 25. Oktober 2022 auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 20. Oktober 2022, wonach das Bundesgericht keinen Anlass sehe, die bisherige Praxis zur Anwendung der LSE-Tabellenlöhne bei der Invaliditätsbemessung zu ändern, da die etablierten Korrekturinstrumente – insbesondere der leidensbedingte Abzug – weiterhin als zentral erachtet würden. Eine Änderung erscheine auch im Lichte der per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Gesetzesrevision nicht angebracht. Die RAD-Stellungnahme vom 23. August 2022 sei im Rahmen üblicher Verfahrensabläufe aufgrund der medizinischen Einwände in der Beschwerde eingeholt worden. Dieses Vorgehen sei nicht zu beanstanden.

#### **E. 7.1**

Der Beschwerdeführer macht geltend, sein Anspruch auf rechtliches Gehör sei verletzt worden, weil die RAD-Stellungnahme vom 20. Juli 2022 erst nach Einleitung des Beschwerdeverfahrens erstellt worden sei. Eine solche Stellungnahme könne mangels Mitwirkungsmöglichkeit höchstens

C-1846/2022 Seite 17 als unbeachtliche Parteibehauptung gewertet werden. Damit rügt er im Wesentlichen eine unzulässige nachträgliche Beweiserhebung und eine Verletzung des Anspruchs auf Gewährung des rechtlichen Gehörs.

#### **E. 7.2**

Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 26 ff. VwVG). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 136 V 351 E. 4.4; 132 V 368 E. 3.1). Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen).

Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt grundsätzlich ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 132 V 387 E. 5.1). Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1).

### **E. 7.3**

Festzustellen ist, dass der Ausführliche Ärztliche Bericht des Universitären Herzzentrums Freiburg (Gutachten E 213 DE vom 28. April 2021), welcher vom deutschen Rentenversicherungsträger in Auftrag gegeben

C-1846/2022 Seite 18 und der IV-Stelle von der Vorinstanz bereits mit Schreiben vom 21. Juni 2021 übermittelt wurde (F. \_\_\_\_\_-act. 100), im interdisziplinären Gutachten des G. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2021 (F. \_\_\_\_\_-act. 107) nicht aufgeführt oder berücksichtigt wurde; der Bericht fehlt im Verzeichnis der berücksichtigten Akten (vgl. F. \_\_\_\_\_-act. 107 S. 18 f.). Die Vorinstanz hat sich hierzu erstmals im Verlauf des Gerichtsverfahrens geäußert. Sie liess dazu das deutsche Gutachten vom RAD beurteilen, welcher in der Stellungnahme vom 20. Juli 2022 zu einer abweichenden Einschätzung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit gelangte. Die RAD-Stellungnahme wurde dem Beschwerdeführer zusammen mit der Vernehmlassung der Vorinstanz vom 26. August 2022 mit Zwischenverfügung vom 1. September 2022 zur Kenntnis gebracht (BVGer-act. 9 f.).

### **E. 7.4**

Die Frage, ob mit der erneuten Konsultation des RAD im Rahmen der Vernehmlassung und der erstmaligen Prüfung des Ausführlichen Ärztlichen Berichts vom 28. April 2021 das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt worden ist, ist unabhängig von der Frage der Vollständigkeit des polydisziplinären Gutachtens bei Nichtberücksichtigung des obgenannten Berichts (s. dazu insb. E. 10.1) zu beurteilen. Festzuhalten ist, dass es der Vorinstanz im Rahmen ihrer gesetzlich verankerten Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 und 1bis ATSG) obliegt, die Voraussetzungen für die Zusprache einer Leistung der Invalidenversicherung zu prüfen (vgl. Urteil des BGer 9C\_28/2010 vom 12. März 2010 E. 4.1; Urteil des BVGer C-1692/2017, C-2328/2017, C-3508/2017, C-5503/2017 vom 4. Dezember 2017 E. 5.3) und es ihr praxisgemäss freisteht, im Rahmen der Vernehmlassung eine ergänzende Beurteilung des RAD einzuholen, zumal sie bis zur Einreichung ihrer Vernehmlassung ihren Entscheid in Wiedererwägung ziehen kann (Art. 53 Abs. 3 ATSG). Im Einholen einer zusätzlichen Stellungnahme des RAD im Rahmen der Vernehmlassung ist damit keine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erkennen. Darauf hinzuweisen bleibt, dass es dem Beschwerdeführer im Rahmen der Replik möglich war, sich zur ergänzenden Stellungnahme des RAD zu äussern (BVGer-act. 11), womit keine Verletzung des Gehörsanspruchs vorliegt.

## **E. 8**

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG sowie den Anforderungen an die Beweiswürdigung von medizinischen Unterlagen und Gutachten nachgekommen ist (vgl. oben E. 5.8).

C-1846/2022 Seite 19

### **E. 8.1**

Die Vorinstanz stützte ihre Beurteilung in der angefochtenen Verfügung auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. Oktober 2021 (F.\_\_\_\_\_ -act. 107), welches eine allgemein-internistische, psychiatrische und kardiologische Beurteilung umfasst. Zudem hat sie die ergänzende Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters vom 30. November 2021 (F.\_\_\_\_\_ -act. 115) sowie die Beurteilung des RAD vom 7. Dezember 2021 (F.\_\_\_\_\_ -act. 109, 114) berücksichtigt. Im Folgenden ist darauf einzugehen:

#### **E. 8.1.1**

Der allgemein-internistische Gutachter, Dr. med. J.\_\_\_\_\_, FMH für Allgemeine Innere Medizin, stellte fest, es liege aus internistischer Sicht keine Diagnose vor, die die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigt. Diagnostiziert worden sei ein chronischer Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1), eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.25) sowie ein Status nach zwei hämatogenen Leberabszessen im November 2020. Diese Befunde seien jedoch ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei aus allgemein-internistischer Sicht uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig (F.\_\_\_\_\_ -act. 107 S. 24 ff./47).

#### **E. 8.1.2**

Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. K.\_\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab an, beim Beschwerdeführer bestünden leichtgradige depressive Verstimmungen im Rahmen einer Anpassungsstörung, die jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Eine psychologische oder psychiatrische Behandlung sei bislang nicht durchgeführt worden; vorübergehend sei der Beschwerdeführer wegen Schlafstörungen mit Mirtazapin behandelt worden. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe ein leichtgradig ausgeprägtes depressives Zustandsbild vorgelegen. Die leicht depressiven Verstimmungen seien im Rahmen einer Anpassungsstörung einzuordnen, die jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Es sei in der durchgeführten Blutuntersuchung ein massiv erhöhter CDT-Wert festgestellt worden, woraus geschlossen werden könne, dass der Beschwerdeführer regelmässig und in hohen Dosen Alkohol konsumiere. Hinweise auf irreversible geistige oder psychische Schäden bei chronischem Alkoholkonsum hätten sich (jedoch) keine ergeben. Die diagnostizierte Alkoholabhängigkeit sei laut Gutachter ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (F.\_\_\_\_\_ -act. 107 S. 30 ff./47).

#### **E. 8.1.3**

Der kardiologische Gutachter, Dr. med. L.\_\_\_\_\_, FMH für Kardiologie, diagnostizierte – basierend auf den Vorakten, einer persönlichen klinischen Untersuchung und eines für die Untersuchung erstellten EKG

C-1846/2022 Seite 20 (Elektrokardiogramm), einer TTE (Transthorakale Echokardiografie) und einer Ergometrie – eine dilatative Kardiomyopathie (Anmerkung des Gerichts: Erkrankung des Herzmuskels mit einhergehender Beeinträchtigung der Pumpfunktion des

Herzens; Erstdiagnose Juli 2018; ICD-10 I42.9). Die Differenzialdiagnose deute (allenfalls) auf eine alkoholische Genese hin. Im Juli 2018 sei eine relevante Koronarangiopathie ausgeschlossen worden; es hätten sich lediglich minimale Sklerosen ohne behandlungsbedürftige Verengungen gezeigt. Von Juli bis Oktober 2018 sei aufgrund von Thromben im linken und rechten Ventrikel eine orale Antikoagulation erfolgt. Im Oktober 2018 sei ein ICD zur primärprophylaktischen Verhinderung lebensbedrohlicher Arrhythmien eingesetzt worden, ohne dass es seither zu einer Schockabgabe durch das Gerät gekommen sei. Die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) habe im Oktober 2018 25 % betragen, im Dezember 2019 habe sie bei 40-45 % gelegen. Für den Zeitraum zwischen diesen beiden Messungen lägen keine weiteren Befunde vor. Im Juni 2020 habe sich die linksventrikuläre Funktion weiterhin leicht eingeschränkt gezeigt, im Dezember 2020 sei eine LVEF von 47 % gemessen worden. Aktuell werde der Wert auf etwa 45-50 % geschätzt. Insgesamt habe sich die kardiale Funktion unter der bestehenden Therapie deutlich verbessert, wobei insbesondere die Verdoppelung der LVEF gegenüber dem Ausgangswert hervorzuheben sei. Der Herzmuskel sei gegenwärtig nur noch leicht eingeschränkt, eine Dilatation des linken Ventrikels bestehe nicht mehr. Der Beschwerdeführer habe jedoch über eine vermehrte Müdigkeit und rasche Ermüdbarkeit geklagt. Zudem habe er über belastungsabhängige Atemnot sowie über Schwindel berichtet. Der Gutachter hielt fest, dass keine kardiale Rehabilitation durchgeführt worden sei. Die Leistungsfähigkeit in der Ergometrie sei als schlecht bewertet worden. Eingliederungsmassnahmen seien bislang keine ergriffen worden. In den Akten sei im Übrigen dokumentiert, dass dem Beschwerdeführer in Deutschland ein Grad der Behinderung von 100 % zuerkannt worden sei. Hinsichtlich der weiteren Heilungschancen wies der Gutachter darauf hin, dass sich die linksventrikuläre Funktion bereits signifikant gebessert habe und – im Unterschied zur Ausgangslage – keine Dilatation (Anmerkung des Gerichts: krankhafte Vergrößerung des Herzmuskels) mehr vorliege (F. \_\_\_\_\_-act. 107 S. 37 ff./47).

#### **E. 8.1.4**

In interdisziplinärer Würdigung hielten die Gutachter fest, dass folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Dilatative Kardiomyopathie (Erstdiagnose 07/2018) (ICD-10 I42.9)

C-1846/2022 Seite 21 - DD primär, äthylisch - initial LVEF 23%, leichte LV-Dilatation, mittelgradige Einschränkung RV-Funktion (07/2018) - LIKA 7/2018: Ausschluss relevante Koronarangiopathie (minimale Sklerose) - OAK 07-10/2018 bei LV- und RV-Thrombus - Primärprophylaktische ICD-Implantation 10/2018, bisher keine Schockabgabe - LVEF 10/2018: 25%, 12/2019: 40-45%, 12/2020: LVEF 47%, aktuell 45-50% Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) - Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F1 0.25) - enzymmässige Hepatopathie - erhöhter CDT-Wert (4.7%; Norm <1.6%) - Chronischer Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) - Hyperurikämie (ICD-10 E79.0) - Status nach zwei hämatogenen Leberabszessen 11/2020 Aus kardiologischer Sicht schränke die dilatative Kardiomyopathie die Arbeitsfähigkeit des Exploranden ein. Aufgrund der linksventrikulären Funktion seien leichte körperlich belastende Tätigkeiten und kurzzeitig mittel-schwer belastende Tätigkeiten jedoch uneingeschränkt möglich. Körperlich schwer belastende Tätigkeiten seien dem Exploranden nicht mehr zumutbar. Sollte er bei der angestammten Tätigkeit tatsächlich Gewichte von 30 kg heben müssen, wäre dies aktuell

nicht möglich. Ob das Tragen einer Schutzmaske möglich sei, müsse ausprobiert werden. Aus kardiologischer Sicht bestehe diesbezüglich jedoch keine Einschränkung. Aktuell könne aus kardiologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 60-70% in der angestammten Tätigkeit attestiert werden. Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine weitere Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Auch aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion und die Alkoholabhängigkeit schränkten die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 60%-70% in der angestammten Tätigkeit attestiert werden. In besser adaptierten, körperlich sehr leichten Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80%. Die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit sei einzig durch die kardiologische Diagnose begründet. Weder aus allgemeininternistischer noch aus psychiatrischer Sicht könne eine Diagnose C-1846/2022 Seite 22 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (F. \_\_\_\_\_-act. 107 S).

### **E. 8.1.5**

In seiner Stellungnahme vom 7. Dezember 2021 gab der RAD einleitend die in interdisziplinärer Würdigung von den Gutachtern genannten Diagnosen wieder. Er würdigte das interdisziplinäre Gutachten als umfassend, auf allseitigen Untersuchungen beruhend und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstellt. Es sei unter Kenntnis der Vorakten verfasst und erscheine in der medizinischen Darstellung und Beurteilung nachvollziehbar. Zu anderslautenden Einschätzungen (der Arbeitsfähigkeit) durch frühere Behandler sei begründet Stellung genommen worden. Aus kardiologischer Sicht werde eine strukturierte kardiale Rehabilitation über drei Monate mit anschliessender Erfolgskontrolle empfohlen. Hierdurch könne eine Verbesserung des Gesundheitszustands und zumindest der Erhalt der bestehenden Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Aus psychiatrischer Sicht werde bei massiv erhöhtem CDT-Wert ein fortgesetzter übermässiger Alkoholkonsum vermutet; entsprechend sei eine Alkoholentzugsbehandlung angezeigt (F. \_\_\_\_\_-act. 114).

### **E. 8.2**

Die im Gutachten dokumentierten kardiologischen Befunde vermögen zu überzeugen. Insbesondere erscheint die Diagnosestellung einer dilatativen Kardiomyopathie (ICD-10 I42.9) schlüssig, wobei die Differenzialdiagnose auf eine äthylisch bedingte Genese hinweist. Die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF), die im Oktober 2018 lediglich 25 % betrug, habe sich laut Gutachter unter Therapie verbessert und sei aktuell mit 45–50 % nur noch leicht eingeschränkt. Es ist damit von einer nahezu Verdoppelung des LVEF-Werts gegenüber dem Ausgangswert auszugehen, was eine klinisch relevante Verbesserung der Pumpfunktion des linken Ventrikels dokumentiert. Diese funktionelle Verbesserung steht in einem klaren Zusammenhang mit der eingeleiteten medikamentösen Therapie sowie der Implantation eines ICD. Gestützt wird diese Schlussfolgerung auch durch den Umstand, dass aktuell keine Dilatation des linken Ventrikels mehr nachweisbar sei. In den medizinischen Unterlagen ist im Zusammenhang mit dem Auftreten von Leberabszessen im Jahr 2020 eine temporäre Verschlechterung der linksventrikulären Funktion dokumentiert. Der kardiologische Gutachter hat dieser kurzzeitigen Veränderung jedoch keine Bedeutung für die Beurteilung der kardialen Leistungsfähigkeit beigemessen.

Der anschliessende Wiederanstieg der LVEF-Werte ist daher auch als Ausdruck einer stabilisierenden Gesamtentwicklung zu interpretieren. Der kardiologische Gutachter vermerkte zudem, dass keine kardiale Rehabilitation durchgeführt worden sei und bislang keine Eingliederungsmassnahmen

C-1846/2022 Seite 23 erfolgt seien. Die Leistungsfähigkeit in der Ergometrie sei als schlecht beurteilt worden. Vor diesem Hintergrund würden die vom Beschwerdeführer geklagten Symptome – insbesondere belastungsabhängige Atemnot, rasche Ermüdbarkeit und Schwindel – zumindest teilweise konsistent mit der klinischen Gesamtsituation erscheinen. Trotz dieser klaren Hinweise auf eine Verbesserung der kardialen Situation lässt das Teilgutachten Kardiologie in seinen Schlussfolgerungen Fragen offen: So bleibt unklar, wie die im Gutachten dokumentierte funktionelle Verbesserung der LVEF mit der weiterhin erheblichen Belastungssymptomatik in Einklang zu bringen ist. Die diesbezügliche Erklärung des Teilgutachters – wonach die Einschränkungen aggraviert oder psychisch überlagert zu sein schienen, ergänzend könne noch eine Spiroergometrie (zum Beispiel im Rahmen einer kardialen Rehabilitation) durchgeführt werden, um weitere Daten bzgl. Leistungsfähigkeit zu erhalten, eventuell auch eine erneute Rechtsherzkatheteruntersuchung zur Objektivierung intrakardialer Druckverhältnisse – vermag verbleibende Zweifel nicht schlüssig aufzulösen bzw. ist als Hinweis auf die Notwendigkeit ergänzender Abklärungen zu würdigen. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit allfälligen zusätzlichen Mitursachen – namentlich pulmonaler oder psychosomatischer Natur (s. dazu E. 8.4/8.6) – ist im Nachgang zur Untersuchung vom 15. Oktober 2021 unterblieben. Auch wenn sich die kardiale Funktion insgesamt verbessert hat, ist deshalb eine Aktualisierung und Ergänzung der Beurteilung aus kardialer Sicht ab Januar 2020 angezeigt. Seit der gutachterlichen Untersuchung im Jahr 2021 ist ein erheblicher Zeitraum verstrichen, sodass unter Berücksichtigung des Verlaufes und der fehlenden Rehabilitationsmassnahmen eine neue kardiologische Einschätzung im Rahmen der anzuordnenden polydisziplinären Begutachtung (s. E. 10) als erforderlich erscheint.

### **E. 8.3.1**

Im Gutachten vom 25. Oktober 2021 wurde durch den allgemein-internistischen Gutachter eine Alkoholabhängigkeit gemäss ICD-10 F10.25 diagnostiziert. Auch der psychiatrische Gutachter bestätigte diese Diagnose. Die Beurteilung stützt sich unter anderem auf anamnestische Angaben sowie auf laborchemische Befunde, insbesondere einen massiv erhöhten CDT-Wert. Dennoch wurde die Arbeitsfähigkeit durch beide Experten als nicht beeinträchtigt beurteilt. Diese Einschätzung wird nicht in ausreichender Weise begründet: Zwar wird das Fehlen irreversibler geistiger oder psychischer Schäden angeführt, jedoch fehlt eine differenzierte

C-1846/2022 Seite 24 Auseinandersetzung mit dem Einfluss der Alkoholabhängigkeit auf das tägliche Leistungsvermögen und der Klärung, inwiefern das Suchtgeschehen ursächlicher oder aus einem anderen Krankheitsgeschehen fliessender Natur sei (vgl. dazu BGE 145 V 215 E. 3.2).

### **E. 8.3.2**

Die gutachterliche Einschätzung unterlässt des Weiteren eine strukturierte Prüfung der in BGE 141 V 281 entwickelten Standardindikatoren, welche bei psychischen Störungen – wozu auch substanzgebundene Abhängigkeitserkrankungen zählen (s. oben) – zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwingend heranzuziehen sind. Insbesondere fehlt eine

Bewertung der funktionellen Auswirkungen im beruflichen Alltag, der Konsistenz der geschilderten Beschwerden, der Behandlungsmotivation sowie der Ressourcen- und Belastbarkeit. Ohne diese systematische Herangehensweise ist die Einschätzung der Leistungsfähigkeit nicht ausreichend nachvollziehbar und genügt den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an die Begutachtung nicht.

### **E. 8.3.3**

Auch der Verlauf der Alkoholproblematik bleibt weitgehend unklar. Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer angab, zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr exzessiv Alkohol konsumiert zu haben (F. \_\_\_\_\_-act. 2 S. 11 ff.). Für die Zeit danach behauptete er gegenüber den Gutachtern, lediglich gelegentlich ein Bier zu trinken – bis ins Jahr 2021. Diese Selbstaussage steht indes in deutlichem Widerspruch zu den Blutwerten, die eine massive Erhöhung alkoholassoziierter Marker aufweisen. Dieser Widerspruch wurde von den Gutachtern zwar erwähnt, aber nicht weiter analysiert. Die Frage, ob der Beschwerdeführer zwischen 1999 und 2018 – also während seines gesamten Berufslebens – weitergetrunken hat und dabei möglicherweise trotz ausgeprägtem Alkoholkonsum erwerbstätig geblieben ist, wurde nicht aufgearbeitet. Es ist daher (des Weiteren) weder der Beginn noch die Entwicklung der Abhängigkeit ausreichend dokumentiert. Auch bleibt offen, ob sich der Alkoholkonsum nach der ersten labormedizinischen Erfassung im Jahr 2018 verändert hat. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seinen Alkoholkonsum systematisch bagatellisiert oder verschwiegen hat, spricht für eine ausgeprägte Schamabwehr und somit für eine Suchtstruktur, die gerade nicht mit Selbststeuerung und Krankheitseinsicht einhergeht (vgl. Urteil des BVerG C- 2159/2018 vom 23. September 2020 E. 6.2.2 ff.). Hinweise auf Leberfunktionsstörungen sowie mögliche neuropsychologische oder affektive Folgeschäden wurden ebenfalls nicht umfassend untersucht.

C-1846/2022 Seite 25

### **E. 8.3.4**

Obwohl die Diagnose der Alkoholabhängigkeit sowohl internistisch als auch psychiatrisch bestätigt wurde, fehlt es schliesslich an einer koordinierten interdisziplinären Bewertung der funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Weder wurden mögliche Wechselwirkungen mit der diagnostizierten dilatativen Kardiomyopathie – deren Genese gemäss kardiologischem Gutachter alkoholbedingt sein könnte – thematisiert, noch wurde die Diskrepanz zwischen subjektiver Leistungsgrenze (beispielsweise ausgeprägte Erschöpfung, Atemnot) und objektiver Verbesserung der kardialen Parameter im Kontext der Suchtproblematik aufgearbeitet. Ebenso wenig fand eine Auseinandersetzung mit potenziellen weiteren Mitursachen wie psychosomatischen oder pulmonalen Komponenten statt. Der RAD hielt am 7. Dezember 2021 in seiner Stellungnahme zum Gutachten zur diagnostizierten Alkoholabhängigkeit lediglich fest, dass von einem anhaltend übermässigen Alkoholkonsum ausgegangen und eine abstinentenzstützende Behandlung empfohlen werde. Eine Beurteilung des Behandlungspotentials, des Risikos von Rückfällen oder der allfälligen Integrationsprognose unter Suchtbedingungen fehlt gänzlich. Angesichts der Komplexität der Störung ist die unterlassene interdisziplinäre Gesamtbeurteilung als wesentlicher Mangel zu werten, der eine tragfähige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausschliesst.

### **E. 8.4.1**

In mehreren somatischen Arztberichten wird bei der Auflistung der Diagnosen wiederholt eine «chronische Angststörung» genannt, so unter anderem im Arztbericht des Kreiskrankenhauses (...)/Deutschland vom 2. August 2018 (F.\_\_\_\_\_-act. 2 S. 17), im Bericht des Universitätszentrums (...)/Deutschland (Kardiologie) vom 29. August 2018 (F.\_\_\_\_\_-act. 2 S. 16 f.), im Bericht des Universitätsherzzentrums (...)/Deutschland (Rhythmologie) vom 6. Oktober 2018 ([F.\_\_\_\_\_-act. 2) sowie im Bericht des Universitätsklinikums (...)/Deutschland vom 30. November 2020 (F.\_\_\_\_\_-act. 77), und die Einnahme von Mirtazapin seit dem Jahr 2013 dokumentiert (F.\_\_\_\_\_-act. 109). Eine nähere klinische oder symptomatische Begründung dieser Diagnose erfolgt in keinem der erwähnten Berichte. Auch wird an keiner Stelle dokumentiert, aufgrund welcher konkreten Anamnese oder psychopathologischen Befunde diese Diagnose gestellt wurde. Der psychiatrische Teilgutachter verneint unter Ziff. 7.3.3 demgegenüber das Vorliegen einer eigenständigen Angststörung, indem er festhält, dass «in den Akten keine Hinweise auf eine psychiatrische Störung gegeben seien» (F.\_\_\_\_\_-act. 107). In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 30. November 2021 (F.\_\_\_\_\_-act. 115) führt er aus,

C-1846/2022 Seite 26 dass die erwähnte Diagnose ausschliesslich in somatischen Klinikberichten erscheine, ohne dass diese medizinisch begründet oder symptomatisch untermauert worden sei. Eine psychologische oder psychiatrische Behandlung habe nie stattgefunden. Der Beschwerdeführer selbst habe im Explorationsgespräch keine Hinweise auf eine Angstsymptomatik im psychiatrischen Sinne – wie etwa Panikattacken, generalisierte Angstzustände oder phobische Reaktionen – geäußert. Vielmehr sei nachvollziehbar, dass die schwere kardiale Erkrankung eine gewisse Beunruhigung auslöse, welche jedoch nicht den Kriterien einer psychiatrischen Angststörung genüge. Es fänden sich keine Anhaltspunkte für eine eigenständige, behandlungsbedürftige Angsterkrankung im Sinne von ICD-10 F40–F41. Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass die in den somatischen Akten aufgeführte Diagnose «chronische Angststörung» gutachterlich differenziert eingeordnet und aus psychiatrischer Sicht in nachvollziehbarer Weise verneint wurde.

#### **E. 8.4.2**

Im psychiatrischen Teilgutachten wird beim Beschwerdeführer jedoch eine leichte depressive Verstimmung im Rahmen einer Anpassungsstörung diagnostiziert, welche nicht als arbeitsfähigkeitsrelevant beurteilt wird. Die depressive Symptomatik sei geringgradig ausgeprägt, als nachvollziehbare Reaktion auf die kardiale Grunderkrankung einzuordnen. Eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung habe bislang nicht stattgefunden; es bestünde keine Hinweise auf einen behandlungsbedürftigen Verlauf oder eine relevante affektive Störung. Diese Einschätzung erscheint zwar formal nachvollziehbar. Vor dem Hintergrund der zusätzlich diagnostizierten Alkoholabhängigkeit und der zumindest anamnestisch berichteten depressiven Symptome stellt jedoch auch aus dieser Optik die Frage hinsichtlich der Wechselwirkungen somatischer und psychischer Beschwerden. Gerade bei Suchterkrankungen bestehen häufig komorbide depressive oder angstsymptomatische Verläufe, welche einer vertieften interdisziplinären Beurteilung bedürfen (vgl. BGE 145 V 215 E. 6.1; BGE 143 V 418 E. 6). Solche Zusammenhänge wurden im vorliegenden Gutachten – auch in Bezug auf eine mögliche affektive Komorbidität im Kontext des Alkoholmissbrauchs – nicht vertieft geprüft.

#### **E. 8.4.3**

Auch zum Marihuanakonsum bleibt die Aktenlage unklar. Im Arztbericht des Herzzentrums (...) / Deutschland vom 29. August 2018 (F. \_\_\_\_\_ -act. 2 S. 11 ff.) wird dokumentiert, der Beschwerdeführer konsumiere gelegentlich Marihuana, sonst keine Drogen. Im psychiatrischen Explorationsteil des MEDAS-Gutachtens wird hingegen angegeben, der Beschwerdeführer habe in seiner Jugend gelegentlich Joints konsumiert, C-1846/2022 Seite 27 seit Jahren aber keine Drogen mehr zu sich genommen (F. \_\_\_\_\_ -act. 107 S. 31). Es wurde keine toxikologische Untersuchung vorgenommen. Eine substanzspezifische Abhängigkeit im Sinne von ICD-10 F12 wurde nicht näher geprüft. Zwar liegen keine konkreten Hinweise auf eine fortdauernde Cannabisabhängigkeit vor; dennoch wäre angesichts der medizinisch relevanten Vorgeschichte eine eingehendere Auseinandersetzung mit dem möglichen Einfluss des Cannabiskonsums auf die Stimmungslage und kognitive Leistungsfähigkeit angezeigt gewesen.

### **E. 8.5**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die psychiatrische Beurteilung die Diagnoseangaben aus den somatischen Akten kritisch prüft und begründet, weshalb von keiner eigenständigen Angststörung auszugehen sei. Die Einschätzung der depressiven Verstimmung als funktionell irrelevant erfolgt zwar aus formaler Sicht korrekt, bleibt jedoch im Kontext der Suchterkrankung und deren möglichen Auswirkungen auf das psychische Befinden unvollständig. Auch die Angaben zum Marihuanakonsum lassen eine gewisse Unschärfe erkennen. Es wäre eine integrativere Betrachtung dieser Faktoren – im Sinne einer interdisziplinären Gesamtwürdigung – angezeigt gewesen. Vor diesem Hintergrund vermag das psychiatrische Teलगutachten den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine nachvollziehbare funktionelle Leistungsbeurteilung gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG (ebenfalls) nicht zu genügen. Eine ergänzende interdisziplinäre Einschätzung ist deshalb angezeigt.

#### **E. 8.6.1**

Aus den Akten ergibt sich schliesslich, dass der Beschwerdeführer wiederholt über belastungsabhängige Atemnot (Dyspnoe), rasche Ermüdbarkeit und Schwindel geklagt hat. Eine differenzialdiagnostische Abklärung mit Blick auf eine mögliche pulmonale Mitverursachung – etwa im Sinne einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) oder einer anderen ventilatorischen Einschränkung – wurde weder im Rahmen der medizinischen Aktenlage noch durch die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung durchgeführt. In Anbetracht des diagnostizierten langjährigen Nikotinkonsums (ICD-10 F17.1) des Beschwerdeführers und der bestehenden kardiopulmonalen Beschwerden hätte eine ergänzende pneumologische Begutachtung nahegelegen. Auch unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung (vgl. BGE 139 V 547 E. 2.1) ist eine umfassende medizinische Abklärung erforderlich, wenn Hinweise auf eine somatisch nicht vollständig erklärbare Symptomatik bestehen. Vor

C-1846/2022 Seite 28 diesem Hintergrund erweist sich die Beurteilung der Dyspnoe im vorliegenden Gutachten als unvollständig.

#### **E. 8.6.2**

Angesichts der fehlenden spezialärztlichen Abklärung der Atemnot ist festzustellen, dass eine wesentliche Komponente der gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers nicht adäquat untersucht wurde. Die bisherige Beurteilung fokussiert sich weitgehend auf

die kardiologische Dimension, ohne abzuklären, ob eine pulmonale Mitbeteiligung oder gar eine eigenständige pulmonologische Grunderkrankung vorliegt. Damit fehlt ein integraler Teil der funktionellen Leistungsbeurteilung, wie sie für die Prüfung des Invaliditätsgrades erforderlich ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es wäre unter diesen Umständen sachgerecht gewesen, ergänzend eine fachärztliche pneumologische Untersuchung zu veranlassen, um das Beschwerdebild vollständig zu erfassen. Insgesamt ist daher festzuhalten, dass die Abklärungspflicht der Vorinstanz gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG in Bezug auf die pulmonale Komponente nicht hinreichend erfüllt wurde. 9. Festzuhalten bleibt Folgendes: Dem Dossier liegt ein medizinisches Gutachten des Universitären Herzzentrums (...) / Deutschland (Ausführlicher Ärztlicher Bericht E 213 DE vom 28. April 2021) bei, das vom Deutschen Rentenversicherungsträger in Auftrag gegeben worden ist. Darin wird unter anderem auf eine deutlich eingeschränkte kardiologische Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers hingewiesen; das quantitative Leistungsvermögen werde im Ergebnis auf unter drei Stunden pro Tag geschätzt. In der Zusammenfassung wird festgehalten, es liege eine vollständige Erwerbsunfähigkeit im Sinne der deutschen Rentenversicherung vor. Dieses Gutachten wurde im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 25. Oktober 2021 nicht berücksichtigt – wie bereits festgehalten (vgl. E. 7.3). Auch die Stellungnahme des RAD vom 7. Dezember 2021 (F. \_\_\_\_\_-act. 114) nimmt auf dieses Gutachten in keiner Weise Bezug. Die Vorinstanz würdigte die darin enthaltenen Aussagen in der angefochtenen Verfügung nicht beziehungsweise erst in der Vernehmlassung vom 26. August 2022. Gleichwohl ist das erwähnte deutsche Gutachten nicht unkritisch zu betrachten. Zwar nennt es als medizinische Hauptdiagnosen eine dilatative Kardiomyopathie sowie eine Alkoholabhängigkeit. Eine nachvollziehbare Begründung der Diagnosen bleibt jedoch weitgehend aus. Insbesondere erfolgt keine differenzierte Auseinandersetzung mit den Symptomen der vom Beschwerdeführer geschilderten Kurzatmigkeit und raschen Ermüdbarkeit. Die medizinische Beurteilung beschränkt sich auf stichwortartige Feststellungen, ohne dass ein Zusammenhang zwischen diagnostizierten

C-1846/2022 Seite 29 Grunderkrankungen und funktionellen Auswirkungen im Arbeitskontext ausführlich dargelegt würde. Erwähnenswert ist wiederum der Befund zum Alkoholkonsum: So gibt der Beschwerdeführer an, lediglich Bier in mässigem Umfang zu konsumieren. Gleichzeitig wird aber – unter Bezug auf Alkoholmarker im Urin – ein «hochgradig auffälliger Befund» festgestellt und eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert. Die Widersprüchlichkeit zwischen Aussagen und Untersuchungsergebnissen wird auch in diesem Gutachten nicht aufgelöst. Auch eine psychiatrische Begutachtung oder Hinweise auf eine Angststörung fehlen vollständig. In der Gesamtschau erscheint das deutsche Gutachten somit nur bedingt geeignet, eine tragfähige Grundlage für eine sozialversicherungsrechtliche Beurteilung zu bilden. Die darin gezogene Schlussfolgerung, wonach das quantitative Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf unter drei Stunden täglich abgesunken sei, bleibt unbelegt und lässt eine differenzierte medizinische Herleitung vermissen. Deshalb kann nicht ersatzweise auf die Beurteilung des im deutschen Rentenverfahren erstellten Gutachtens abgestellt werden, wovon der Beschwerdeführer auszugehen scheint. 10. 10.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen (vgl. insbesondere E. 8.2 ff.) ist festzuhalten, dass das im Verwaltungsverfahren eingeholte interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. Oktober 2021 (F. \_\_\_\_\_-act. 107) in wesentlichen Punkten den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage nicht genügt (vgl. BGE

137 V 210 E. 6; BGE 145 V 215 E. 6.1 f.). Zwar enthält es einzelne nachvollziehbare Teilbeurteilungen, etwa im kardiologischen Bereich (vgl. E. 8.2), insgesamt ist es jedoch unvollständig, in Teilen nicht schlüssig und weist Lücken in der interdisziplinären Beurteilung auf. Dies betrifft namentlich die Alkoholabhängigkeit und deren allfällige funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 8.3). Die psychiatrische Teilbegutachtung gelangte zwar zum Schluss, dass keine eigenständige relevante psychiatrische Erkrankung vorliegt (vgl. E. 8.4.1) und relativierte die in somatischen Akten mehrfach dokumentierte Diagnose einer Angststörung unter Hinweis auf die kardiale Grunderkrankung. Dennoch fehlt eine interdisziplinäre Gesamtschau, welche die Wechselwirkungen zwischen Alkoholabhängigkeit, Marihuanakonsum in der Vorgeschichte, leichtgradiger depressiver Verstimmung und psychosozialen Belastungsfaktoren systematisch berücksichtigt. Die pulmonalen Beschwerden des Beschwerdeführers, insbesondere die wiederholt dokumentierte Dyspnoe, wurden nicht weiter abgeklärt, obwohl verschiedene Anhaltspunkte für eine mögliche

C-1846/2022 Seite 30 Mitverursachung der Einschränkungen durch eine respiratorische Komponente bestanden (vgl. E. 8.6). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass der langjährige Nikotinkonsum (Diagnose: F17.1) in der pulmonologischen Beurteilung nicht systematisch berücksichtigt wurde. Schliesslich wurde das deutsche Fachgutachten vom 28. April 2021 (F. \_\_\_\_\_ - act. 100) weder in der angefochtenen Verfügung ausdrücklich gewürdigt noch in der MEDAS-Begutachtung unter den beigezogenen Akten aufgeführt (vgl. F. \_\_\_\_\_ - act. 107 S. 18 f.), sodass davon auszugehen ist, dass es den Gutachtern nicht vorlag. Obwohl sich der RAD im Beschwerdeverfahren kritisch dazu äusserte (BVGer-act. 9), hätte es als Teil der Aktenlage berücksichtigt und bewertet werden müssen. 10.2 Zur Schaffung einer hinreichenden Entscheidungsgrundlage ist eine neue, interdisziplinär koordinierte medizinische Begutachtung erforderlich. Diese hat die in E. 8.2 bis 8.6 aufgezeigten Defizite zu berücksichtigen. Die Begutachtung ist von medizinischen Sachverständigen durchzuführen und hat neben internistischen, kardiologischen und psychiatrischen auch pneumologische Aspekte zu erfassen. Insbesondere ist die Alkoholabhängigkeit nach den Grundsätzen des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 analog zu beurteilen (vgl. BGE 145 V 215 E. 6.2), wobei die funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar festzuhalten sind. Zudem ist eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Abstinenzmotivation, dem möglichen Verlauf und allfälligen somatischen oder psychischen Folgeschäden vorzunehmen (vgl. E. 8.3.3). Auch der Langzeitverlauf des kardiologischen Befundes, einschliesslich der Bedeutung der nicht durchgeführten kardialen Rehabilitation (vgl. E. 8.2), sowie der bisher nicht weiter abgeklärte Ursprung der Dyspnoe sind im Rahmen der Begutachtung zwingend zu berücksichtigen. Von den Gutachtern wird zudem zu verlangen sein, dass sie sich mit widersprüchlichen Aussagen des Beschwerdeführers – insbesondere betreffend früheren Alkohol- und Drogenkonsum – systematisch und transparent auseinandersetzen (vgl. E. 8.3.3). Auch ist zu evaluieren, ob und inwiefern der Beschwerdeführer trotz langjährigem Substanzkonsum über längere Zeit arbeitsfähig war und wie dies bei der Einschätzung des aktuellen Leistungsvermögens zu gewichten ist. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4). Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen

Rechtsprechung, gemäss

C-1846/2022 Seite 31 welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4). Bei dieser Sachlage ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweise abzusehen. Im Übrigen litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügbaren abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1005/2021 vom 28. April 2023 E. 6.1). Der eventualiter gestellte Antrag auf Einholen eines «neuen gerichtlichen polydisziplinären Gutachtens» ist damit abzuweisen. 10.3 Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass die zugesprochene ganze Invalidenrente gemäss angefochtener Verfügung der Vorinstanz vom 17. März 2022 für die Zeit vom 1. Juli 2019 bis 31. März 2020 zu bestätigen ist (F.\_\_\_\_\_ -act. 129). Die kardiologischen Akten belegen, dass im Juli 2018 (LVEF 23 %) und im Oktober 2018 (LVEF 25 %) eine deutliche Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion vorlag, womit in diesem Zeitraum eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen war. Für den Zeitraum danach hat zu gelten, dass die medizinischen Unterlagen zwar ab Dezember 2019 (LVEF 40–45 %) eine funktionelle Verbesserung dokumentieren. Doch lässt sich daraus nicht abschliessend ableiten, ob und ab wann sich diese in einer für die Invalidenversicherung relevanten Zunahme der Arbeitsfähigkeit niederschlägt. Für die Zeit ab Januar 2020 sind ergänzende interdisziplinäre Abklärungen erforderlich um zu klären, ob die gesundheitliche Situation ab diesem Zeitpunkt eine Aufhebung der Rente per 1. April 2020 rechtfertigt. Die Angelegenheit ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese (antragsgemäss) vorgängig sämtliche deutschen Begutachtungsunterlagen im Zusammenhang mit dem deutschen Verfahren auf Erwerbsminderung einholt, danach eine neue polydisziplinäre Begutachtung im dargelegten Umfang veranlasst und gestützt darauf eine neue Verfügung erlässt. Die neuen medizinischen Feststellungen sind unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Vorgaben (vgl. u. a. BGE 137 V 210; BGE 141 V 281; BGE 145 V 215) in eine nachvollziehbare rechtliche Würdigung zu überführen, um eine abschliessende Beurteilung der Anspruchsberechtigung nach Art. 28 ff. IVG zu ermöglichen.

C-1846/2022 Seite 32 11. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Gewährung einer ganzen Rente vom 1. Juli 2019 bis 31. März 2020 zu bestätigen ist. Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom

## **E. 9**

Festzuhalten bleibt Folgendes: Dem Dossier liegt ein medizinisches Gutachten des Universitären Herzzentrums (...)/Deutschland (Ausführlicher Ärztlicher Bericht E 213 DE vom 28. April 2021) bei, das vom Deutschen Rentenversicherungsträger in Auftrag gegeben worden ist. Darin wird unter anderem auf eine deutlich eingeschränkte kardiologische Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers hingewiesen; das quantitative Leistungsvermögen werde im Ergebnis auf unter drei Stunden pro Tag geschätzt. In der Zusammenfassung wird festgehalten, es liege eine vollständige Erwerbsunfähigkeit im Sinne der deutschen Rentenversicherung vor. Dieses Gutachten wurde im interdisziplinären

MEDAS-Gutachten vom 25. Oktober 2021 nicht berücksichtigt - wie bereits festgehalten (vgl. E. 7.3). Auch die Stellungnahme des RAD vom 7. Dezember 2021 (F. \_\_\_\_\_-act. 114) nimmt auf dieses Gutachten in keiner Weise Bezug. Die Vorinstanz würdigte die darin enthaltenen Aussagen in der angefochtenen Verfügung nicht beziehungsweise erst in der Vernehmlassung vom 26. August 2022. Gleichwohl ist das erwähnte deutsche Gutachten nicht unkritisch zu betrachten. Zwar nennt es als medizinische Hauptdiagnosen eine dilatative Kardiomyopathie sowie eine Alkoholabhängigkeit. Eine nachvollziehbare Begründung der Diagnosen bleibt jedoch weitgehend aus. Insbesondere erfolgt keine differenzierte Auseinandersetzung mit den Symptomen der vom Beschwerdeführer geschilderten Kurzatmigkeit und raschen Ermüdbarkeit. Die medizinische Beurteilung beschränkt sich auf stichwortartige Feststellungen, ohne dass ein Zusammenhang zwischen diagnostizierten Grunderkrankungen und funktionellen Auswirkungen im Arbeitskontext ausführlich dargelegt würde. Erwähnenswert ist wiederum der Befund zum Alkoholkonsum: So gibt der Beschwerdeführer an, lediglich Bier in mässigem Umfang zu konsumieren. Gleichzeitig wird aber - unter Bezug auf Alkoholmarker im Urin - ein «hochgradig auffälliger Befund» festgestellt und eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert. Die Widersprüchlichkeit zwischen Aussagen und Untersuchungsergebnissen wird auch in diesem Gutachten nicht aufgelöst. Auch eine psychiatrische Begutachtung oder Hinweise auf eine Angststörung fehlen vollständig. In der Gesamtschau erscheint das deutsche Gutachten somit nur bedingt geeignet, eine tragfähige Grundlage für eine sozialversicherungsrechtliche Beurteilung zu bilden. Die darin gezogene Schlussfolgerung, wonach das quantitative Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf unter drei Stunden täglich abgesunken sei, bleibt unbelegt und lässt eine differenzierte medizinische Herleitung vermissen. Deshalb kann nicht ersatzweise auf die Beurteilung des im deutschen Rentenverfahren erstellten Gutachtens abgestellt werden, wovon der Beschwerdeführer auszugehen scheint.

#### **E. 10.1**

Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen (vgl. insbesondere E. 8.2 ff.) ist festzuhalten, dass das im Verwaltungsverfahren eingeholte interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. Oktober 2021 (F. \_\_\_\_\_-act. 107) in wesentlichen Punkten den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage nicht genügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 6; BGE 145 V 215 E. 6.1 f.). Zwar enthält es einzelne nachvollziehbare Teilbeurteilungen, etwa im kardiologischen Bereich (vgl. E. 8.2), insgesamt ist es jedoch unvollständig, in Teilen nicht schlüssig und weist Lücken in der interdisziplinären Beurteilung auf. Dies betrifft namentlich die Alkoholabhängigkeit und deren allfällige funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 8.3). Die psychiatrische Teilbegutachtung gelangte zwar zum Schluss, dass keine eigenständige relevante psychiatrische Erkrankung vorliegt (vgl. E. 8.4.1) und relativierte die in somatischen Akten mehrfach dokumentierte Diagnose einer Angststörung unter Hinweis auf die kardiale Grunderkrankung. Dennoch fehlt eine interdisziplinäre Gesamtschau, welche die Wechselwirkungen zwischen Alkoholabhängigkeit, Marihuanakonsum in der Vorgeschichte, leichtgradiger depressiver Verstimmung und psychosozialen Belastungsfaktoren systematisch berücksichtigt. Die pulmonalen Beschwerden des Beschwerdeführers, insbesondere die wiederholt dokumentierte Dyspnoe, wurden nicht weiter abgeklärt, obwohl verschiedene Anhaltspunkte für eine mögliche Mitverursachung der Einschränkungen durch eine respiratorische Komponente bestanden (vgl. E. 8.6). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass der langjährige Nikotinkonsum

(Diagnose: F17.1) in der pulmologischen Beurteilung nicht systematisch berücksichtigt wurde. Schliesslich wurde das deutsche Fachgutachten vom 28. April 2021 (F. \_\_\_\_\_-act. 100) weder in der angefochtenen Verfügung ausdrücklich gewürdigt noch in der MEDAS-Begutachtung unter den beigezogenen Akten aufgeführt (vgl. F. \_\_\_\_\_-act. 107 S. 18 f.), sodass davon auszugehen ist, dass es den Gutachtern nicht vorlag. Obwohl sich der RAD im Beschwerdeverfahren kritisch dazu äusserte (BVGer-act. 9), hätte es als Teil der Aktenlage berücksichtigt und bewertet werden müssen.

### **E. 10.2**

Zur Schaffung einer hinreichenden Entscheidungsgrundlage ist eine neue, interdisziplinär koordinierte medizinische Begutachtung erforderlich. Diese hat die in E. 8.2 bis 8.6 aufgezeigten Defizite zu berücksichtigen. Die Begutachtung ist von medizinischen Sachverständigen durchzuführen und hat neben internistischen, kardiologischen und psychiatrischen auch pneumologische Aspekte zu erfassen. Insbesondere ist die Alkoholabhängigkeit nach den Grundsätzen des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 analog zu beurteilen (vgl. BGE 145 V 215 E. 6.2), wobei die funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar festzuhalten sind. Zudem ist eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Abstinenzmotivation, dem möglichen Verlauf und allfälligen somatischen oder psychischen Folgeschäden vorzunehmen (vgl. E. 8.3.3). Auch der Langzeitverlauf des kardiologischen Befundes, einschliesslich der Bedeutung der nicht durchgeführten kardialen Rehabilitation (vgl. E. 8.2), sowie der bisher nicht weiter abgeklärte Ursprung der Dyspnoe sind im Rahmen der Begutachtung zwingend zu berücksichtigen. Von den Gutachtern wird zudem zu verlangen sein, dass sie sich mit widersprüchlichen Aussagen des Beschwerdeführers - insbesondere betreffend früheren Alkohol- und Drogenkonsum - systematisch und transparent auseinandersetzen (vgl. E. 8.3.3). Auch ist zu evaluieren, ob und inwiefern der Beschwerdeführer trotz langjährigem Substanzkonsum über längere Zeit arbeitsfähig war und wie dies bei der Einschätzung des aktuellen Leistungsvermögens zu gewichten ist. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4). Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4). Bei dieser Sachlage ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweise abzusehen. Im Übrigen litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügbaren abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1005/2021 vom 28. April 2023 E. 6.1). Der eventualiter gestellte Antrag auf Einholen eines «neuen gerichtlichen polydisziplinären Gutachtens» ist damit abzuweisen.

### **E. 10.3**

Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass die zugesprochene ganze Invalidenrente gemäss angefochtener Verfügung der Vorinstanz vom 17. März 2022 für die Zeit vom 1. Juli 2019 bis 31. März 2020 zu bestätigen ist (F. \_\_\_\_\_-act. 129). Die kardiologischen Akten belegen, dass im Juli 2018 (LVEF 23 %) und im Oktober 2018 (LVEF 25 %) eine deutliche Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion vorlag, womit in diesem Zeitraum eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen war. Für den Zeitraum danach hat zu gelten, dass die medizinischen Unterlagen zwar ab Dezember 2019 (LVEF 40-45 %) eine funktionelle Verbesserung dokumentieren. Doch lässt sich daraus nicht abschliessend ableiten, ob und ab wann sich diese in einer für die Invalidenversicherung relevanten Zunahme der Arbeitsfähigkeit niederschlägt. Für die Zeit ab Januar 2020 sind ergänzende interdisziplinäre Abklärungen erforderlich um zu klären, ob die gesundheitliche Situation ab diesem Zeitpunkt eine Aufhebung der Rente per 1. April 2020 rechtfertigt. Die Angelegenheit ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese (antragsgemäss) vorgängig sämtliche deutschen Begutachtungsunterlagen im Zusammenhang mit dem deutschen Verfahren auf Erwerbsminderung einholt, danach eine neue polydisziplinäre Begutachtung im dargelegten Umfang veranlasst und gestützt darauf eine neue Verfügung erlässt. Die neuen medizinischen Feststellungen sind unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Vorgaben (vgl. u. a. BGE 137 V 210; BGE 141 V 281; BGE 145 V 215) in eine nachvollziehbare rechtliche Würdigung zu überführen, um eine abschliessende Beurteilung der Anspruchsberechtigung nach Art. 28 ff. IVG zu ermöglichen.

#### **E. 11**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Gewährung einer ganzen Rente vom 1. Juli 2019 bis 31. März 2020 zu bestätigen ist. Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 17. März 2022 aufgehoben und die Sache zum Einholen eines neuen polydisziplinären Gutachtens bei Fachärztinnen bzw. Fachärzten der Inneren Medizin, Kardiologie, Psychiatrie und Pneumologie an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, soweit den Zeitpunkt ab Januar 2020 (Zeitpunkt der angeblichen gesundheitlichen Verbesserung) betreffend. Die medizinischen Sachverständigen haben sich - allenfalls unter Beizug ergänzender Abklärungen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten - nach persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers in der Schweiz zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Januar 2020 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu äussern und ihre Einschätzung nachvollziehbar zu begründen. Nach Vorliegen eines beweiswertigen Gutachtens hat die Vorinstanz über den Leistungsanspruch neu zu verfügen und dabei auch einen vollständigen Einkommensvergleich vorzunehmen.

#### **E. 12**

f.).

##### **E. 12.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich die unterliegende Partei zu tragen hat. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Ob-siegen der beschwerdeführenden Partei gilt (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.- (vgl. oben Bst. C.b) ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind keine

Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 12.2**

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des

C-1846/2022 Seite 33 gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]) gerechtfertigt. Die Parteientschädigung ist von der Vorinstanz nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu leisten (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite)

C-1846/2022 Seite 34

### **E. 17**

März 2022 aufgehoben und die Sache zum Einholen eines neuen polydisziplinären Gutachtens bei Fachärztinnen bzw. Fachärzten der Inneren Medizin, Kardiologie, Psychiatrie und Pneumologie an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, soweit den Zeitpunkt ab Januar 2020 (Zeitpunkt der angeblichen gesundheitlichen Verbesserung) betreffend. Die medizinischen Sachverständigen haben sich – allenfalls unter Beizug ergänzender Abklärungen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten – nach persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers in der Schweiz zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Januar 2020 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu äussern und ihre Einschätzung nachvollziehbar zu begründen. Nach Vorliegen eines beweiswertigen Gutachtens hat die Vorinstanz über den Leistungsanspruch neu zu verfügen und dabei auch einen vollständigen Einkommensvergleich vorzunehmen. 12. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

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