

# **BVGer C-2149/2021 vom 30. November 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2149\\_2021\\_d20201130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2149_2021_d20201130)

FR: TAF C-2149/2021 du 30 novembre 2020

IT: TAF C-2149/2021 del 30 novembre 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch (Neuanmeldung), Verfügung vom 30. November 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Verwaltungsgerichts- gesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG; SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher – nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde – einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Laut Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die

C-2149/2021 Seite 9 einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG finden die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung Anwendung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG), sofern das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG anordnet.

### **E. 2**

Zuständig ist in der Regel die IV-Stelle, in deren Kantonsgebiet der Versicherte im Zeitpunkt der Anmeldung seinen Wohnsitz hat. Der Bundesrat ordnet die Zuständigkeit in Sonderfällen (Art. 55 Abs. 1 IVG und Art. 40 Abs. 1 Bst. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Verlegt eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz in der Schweiz hat, während des Verfahrens ihren Wohnsitz ins Ausland, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland über (Art. 40 Abs. 2quater IVV). Die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle bleibt unter

Vorbehalt der Absätze 2bis-2quater im Verlaufe des Verfahrens erhalten (Art. 40 Abs. 3 IVV). Der Beschwerdeführer hatte im Zeitpunkt seiner (Neu-)Anmeldung im Jahr 2016 (wie auch bei der Erstanmeldung) seinen Wohnsitz im Kanton B.\_\_\_\_\_. Somit hat die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ zu Recht Abklärungen zum Leistungsanspruch vorgenommen. Mit der Verlegung seines Wohnsitzes nach Italien ging die Zuständigkeit indes auf die IVSTA über, womit diese auch für den Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung zuständig war.

### **E. 3**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 30. November 2020, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente zusprach, diese allerdings auf die Zeit vom 1. April 2017 bis zum 31. Januar 2018 befristete. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht die Invalidenrente bis zum 31. Januar 2018 befristete. Den Streitgegenstand bestimmende, aber nicht beanstandete Elemente prüft die Beschwerdeinstanz nur, wenn hierzu aufgrund der Vorbringen der Parteien oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 135 V 141 E. 1.4.2; 125 V 413 E. 2c; 119 V 347 E. 1a; Urteile des BVer C-6399/2020 vom 27. August 2024 E. 2; C-288/2021 vom 7. Juni 2023 E. 2.1.2; C-2823/2022 vom 26. Mai 2023 E. 2; C-3582/2021 vom 20. September 2022 E. 2.3; vgl. aber auch

C-2149/2021 Seite 10 Urteil des BVer 8C\_133/2022 vom 7. September 2022 E. 5.2, wonach Streitgegenstand die Invalidenrente als solche bildet, nicht deren einzelne Faktoren).

### **E. 4.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier den 30. November 2020) eingetretenen Sach-verhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, bilden demgegenüber im Re-gelfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung (BGE 130 V 138 E. 2.1 ; 121 V 362 E. 1b). Indes sind Tatsachen, die sich erst später ver-wirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BVer 8C\_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.). Ferner hat das Gericht Unterlagen, die sich über den massgebenden Zeitraum aus-sprechen, auch dann zu berücksichtigen, wenn sie auf einen Zeitpunkt nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BVer 8C\_295/2021 vom

### **E. 4.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass-geblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1; 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2; 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329 E. 2.2 f.). Deshalb sind vorliegend die Vorschriften, welche spätestens am 30. No-vember 2020 (Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) in Kraft standen, anwendbar. Nicht zur Anwendung gelangen demgegenüber insbesondere die im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» erst per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im IVG, in der IVV sowie im ATSG (AS 2021 705, BBl 2017 2535; vgl. zum Ganzen aber auch Urteil des BVer 8C\_435/2023 vom 27. Mai 2024 E. 4

[zur Publ. vorgese- hen)].

### **E. 4.3**

Der Beschwerdeführer ist (unter anderem) Schweizer Staatsbürger und war in der schweizerischen AHV/IV versichert. Aufgrund seines Wohn- sitzes in Italien besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachver- halt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenos- senschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mit- gliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681)

C-2149/2021 Seite 11 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), zu beachten sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verord- nungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Än- derungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitglied- staaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordi- nierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteile des BGer 8C\_111/2020 vom 15. Juli 2020 E. 2; 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Urteil des BVGer C-5368/2020 vom 14. Februar 2023 E. 3.2). 5. 5.1 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). 5.2 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungs- grundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Demnach 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). Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsge- richte haben zusätzliche Abklärungen insbesondere dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder an- derer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a m.H.; zum Ganzen auch: BGE 144 V 427 E. 3.2; vgl. auch Urteil des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 4.2). 5.3 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechts- anwendung 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 an- gefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2). 5.4 Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozial- versicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlich-

C-2149/2021 Seite 12 keit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen demnach nicht. Vielmehr gilt ein Beweis als erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 144 III 264 E. 5.1; 140 III 610 E. 4.1). Gilt es, zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entschei- den, haben der Richter und die Richterin jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen für die wahr- scheinlichste halten (BGE 144 V 427 E. 3.2;

138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; Urteil des BVGer C-7332/2007 vom 6. März 2009 E. 3.3.3). 6. 6.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend zweifels- ohne erfüllt (vgl. IK-Auszug in IV-act. 101), weshalb darauf nicht näher ein- zugehen ist. 6.2 Ferner ist gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG für den Anspruch auf eine Invali- denrente vorausgesetzt, dass die Versicherten ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), dass sie während eines Jahres ohne we- sentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und dass sie nach Ablauf dieses Jah- res zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Inva- liditätsgrad 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 zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]). 6.3 Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann frü- hestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leis- tungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt. 6.4 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1

C-2149/2021 Seite 13 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 ausgegliche- nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung einer Erwerbs- unfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein- trächtigung 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 körperli- chen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teil- weise 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). 6.5 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Ren- tenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Ge- such hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgeho- ben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Ein Revisionsgesuch oder eine Neuanmeldung wird nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geän- dert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu BGE 130 V 343 E. 3.5.3; Urteil des BVGer C-1691/2013 vom 6. September 2013 E. 3.1). Tritt die Verwaltung – wie vorliegend – auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Ver- änderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; Urteil des BGer 8C\_238/2023 vom 22. November 2023 E. 3.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung er-

fahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt dem Gericht die gleiche materielle Prüfungspflicht (BGE 141 V 9; Urteile des BGer 9C\_603/2023 vom 14. März 2024 E. 2.3.1 und 9C\_520/2022 vom 4. Dezember 2023 E. 2.3). 6.6 Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem

C-2149/2021 Seite 14 angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. dazu BGE 133 V 67 E. 4.3.3). 6.7 Wie bei der Rentenrevision ist auch bei der Neuanmeldung zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 147 V 167 E. 4.1; 134 V 131 E. 3; 133 V 108; Urteil des BVGer C-7382/2016 vom 11. Juli 2019 E. 3.1; FREY/MOSIMANN/BOLLINGER, Bundesgesetze über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die Invalidenversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] mit weiteren Erlassen, AHVG/IVG Kommentar, 2018, Art. 17 ATSG N 7). Im vorliegenden Fall sind daher die Sachverhalte zum Zeitpunkt der Verfügungen vom 28. Dezember 2010 und 30. November 2020 miteinander zu vergleichen (IV-act. 78 und 222). 6.8 Das Bundesgericht wies in BGE 145 V 209 E. 5.3 darauf hin, dass sich die rückwirkende Zusprache einer in der Höhe abgestuften und/oder zeitlich befristeten Invalidenrente grundsätzlich nach denselben Regeln wie die Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 Abs. 1 ATSG richte (BGE 148 V 321 E. 7.3.1). Die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) sind diesfalls analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist, mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.; Urteile des BVGer C-4749/2020 vom 7. März 2024 E. 6.6.3; C-3033/2021 vom 19. Januar 2023 E. 4.3). Wird – wie vorliegend – rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind die Sachverhalte im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit dem Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung zu vergleichen (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteile des BGer 9C\_320/2021 vom 1. September 2021 E. 2.2; 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; Urteil des BVGer C-3811/2018 vom 14. Januar 2020 E. 3.7). 6.9 Im Falle einer Neuanmeldung nach einem mangels rentenbegründender Invalidität ablehnenden Entscheid sind die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG und die sechsmonatige Wartefrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG erneut zu bestehen (BGE 142 V 547 E. 3.1. m.H. auf Urteil des BGer

C-2149/2021 Seite 15 9C\_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.3.3; Urteil des BVGer C-5466/2020 vom 7. März 2023 E. 4.6). 6.10 Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 3. Februar 2016 eingetreten und hat dem Beschwerdeführer, nach einer materiellen Prüfung, mit der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2020 vom 1. April 2017 bis zum 31. Januar 2018 eine ganze Invalidenrente zugesprochen. Die Eintrittensfrage ist

damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). 7. 7.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen bzw. um zuverlässig beurteilen zu können, ob der Invaliditätsgrad der versicherten Person seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung eine anspruchrelevante Änderung erfahren hat, stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6). 7.2 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt vielmehr der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-3782/2021 vom 8. September 2023 E. 7.2.2; C- 6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.). 7.3 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 112 E. 3b). So ist hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes entscheidend, ob

C-2149/2021 Seite 16 dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5). Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision bzw. Neuanschuldung erstellten Arztberichtes hängt sodann wesentlich davon ab, ob dieser sich ausreichend auf das entsprechende Beweisthema – die erhebliche Änderung des Sachverhalts bzw. die effektive Veränderung des Gesundheitszustandes – bezieht (Urteil des BGer 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.; Urteil des BVGer C-924/2020 vom 31. Oktober 2022 E. 5.7.2). 7.4 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. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4 m.H.). 7.5 Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungsansprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen. Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten vielmehr mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465

E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 9C\_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3.1; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 m.H.). 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.; vgl. auch Urteile des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.3; C-6357/2020 vom 28. September 2022 E. 6.6).

C-2149/2021 Seite 17 7.6 Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_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 m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C\_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Rechtsprechungsgemäss sind weitere Abklärungen vorzunehmen, selbst wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte bestehen (vgl. BGE 145 V 97 E. 8.5; 142 V 58 E. 5.1 in fine; Urteil des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.4). 7.7 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 148 V 49; 143 V 409 und 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, 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 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat

C-2149/2021 Seite 18 das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesund-

heitsschädigung» (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). 8. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten zusammenfassend Folgendes entnehmen: 8.1 Im Gutachten der H. \_\_\_\_\_ vom 20. Februar 2018 wird im Wesentlichen ausgeführt (zu den Diagnosen vgl. Bst. D.b hievor), der Versicherte sei am 26. Mai 2016 bei bekannter Coxarthrose (links) hüftendoprothetisch versorgt worden (IV-act. 151, S. 17). Die Funktionen des Hüftgelenkes stellten sich (derzeit) gut dar. Die Funktionen des kontralateralen rechten Hüftgelenkes seien ausreichend, bei beginnender Hüftarthrose. Bezüglich Spondylarthritis sei ein weiterhin stabiler Verlauf mit wechselnden Restbeschwerden zu verzeichnen. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung könnten keine akut entzündlichen Veränderungen an den Extremitätengelenken festgestellt werden. Die Funktionen der Wirbelsäule würden im Bereich der HWS leichtgradig, im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) und LWS mittelgradig bis fortgeschritten eingeschränkt demonstriert. Die Funktionseinschränkungen resultierten auch aus der Körperfülle bei Adipositas. Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit werde eingeschätzt, dass das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Liftservicetechniker aufgehoben sei, da das Anforderungsprofil der Tätigkeit das Belastungsprofil des Beschwerdeführers übersteige. Dagegen seien leidensadaptierte Tätigkeiten ohne Einschränkungen durchführbar. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei nicht eingeschränkt und betrage 100%. Es bestehe keine konkrete psychiatrische Diagnose. Die Ursache der anamnestischen Herzinsuffizienz sei unklar. Aus kardialen Gründen bestehe zurzeit keine Arbeitsunfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten. Mittelschwere bis schwere Tätigkeiten sollten aber vermieden werden. Insgesamt sei der Versicherte in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg durchzuführen

C-2149/2021 Seite 19 (S. 18). Der Anteil sitzender Tätigkeiten sollte nach hüftendoprothetischer Versorgung mindestens 40% betragen. Tätigkeiten in Zwangshaltungen (kniende und hockende Stellung, ständige Vorbeuge, ständige Überkopparbeiten) sowie Tätigkeiten mit einem erhöhten Anspruch an die Standsicherheit wie auf Leitern und Gerüsten sollten vermieden werden. Darüber hinaus sollten Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte, Nässe und Zug vermieden werden. Retrospektiv sei die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit nach hüftendoprothetischer Versorgung etwa drei bis vier Monate nach der Operation im Mai 2016 wieder hergestellt gewesen (S. 19). Etwa zeitgleich (September 2016) sei jedoch die Diagnose der seronegativen Spondylarthritis gestellt worden. Die Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten sei ab November 2017 wieder gegeben, da in der rheumatologischen Kontrolle weiterhin ein stabiler Verlauf habe festgestellt werden können und klare arthritische Veränderungen sowie ein entzündlicher Rückenschmerz ausgeschlossen würden. Wegen der Herzinsuffizienz habe höchstens zwischen Juli und Oktober 2017 eine Arbeitsunfähigkeit auch in leidensadaptierter Tätigkeit bestanden. 8.2 Die Klinik für Kardiologie des Spitals M. \_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 26. April 2018 an, die Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten (ohne Nacharbeit und

Wechselschicht) sei vollzeitig gegeben (IV-act. 164, S. 5). Beim Beschwerdeführer bestehe eine Herzinsuffizienz unklarer Ätiologie, aktuell mit mittelschwer eingeschränkter linksventrikulärer Funktion. In der klinischen Untersuchung zeige sich der Patient kardial kompensiert mit normotensiven Blutdruckwerten nach Stopp von Simponi. Aufgrund der vorliegenden Spiroergometrie vom 20. April 2018 bestehe (allerdings) formal ein Grad der Behinderung von ca. 30%. Einschränkend müsse jedoch vermerkt werden, dass eine Ausbelastung nicht erfolgt und dies multifaktoriell bedingt sei und dass ein Verbesserungspotenzial durch körperliches Training, Gewichtsabnahme und weitere Optimierung der Herzinsuffizienztherapie gegeben sei. Hinsichtlich der Prognose schliesse man sich dem Gutachten an, wonach dies abhängig von der genauen Ursache der Kardiomyopathie sei. Diese verbleibe weiterhin unklar und sei noch nicht abschliessend zu beurteilen. Eine ambulante kardiologische Rehabilitation werde dringend nahegelegt, ebenso eine Gewichtsreduktion und ein regelmässiges, moderates, körperliches Ausdauertraining. 8.3 Die Klinik für Rheumatologie des Spitals M. \_\_\_\_\_ führte am 8. Juni 2018 aus, dem Beschwerdeführer sei eine angepasste, leichte Tätigkeit mit Wechselbelastung und mindestens 40% sitzender Tätigkeit zumutbar (IV-

C-2149/2021 Seite 20 act. 164, S. 1). Sie, die Klinik, schliesse sich der Beurteilung des Belastungsprofils im Gutachten an, wobei ergänzend zu erwähnen sei, dass aktuell wieder eine unkontrollierte Krankheitsaktivität der axialen Spondylarthritis bestehe, welche sich beim Beschwerdeführer mit einer erhöhten humoralen Entzündung und vermehrt Schmerzen im Bereich BWS und lumbal widerspiegelten. Das Ansprechen bezüglich geplanter Basistherapie mit Secukinumab müsse abgewartet werden. Zudem äusserte die Klinik einen Verdacht auf rezidivierende depressive Episoden. 8.4 Die Hausärztin Dr. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, meinte am 11. Juni 2018, aus ihrer Sicht und aufgrund ihrer Untersuchung leide der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell an einer mittelgradigen Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11; IV-164, S. 8). Diese Diagnose sei durch mehrere explorative Gespräche mit dem Patienten entstanden, weiter durch die Hamilton Depression Skala (HAMD-17) und durch den Pain Disability Index Test. Weiterhin könne die Diagnose Angststörung nicht ausgeschlossen werden. Die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt liege bei 0%. Für eine angepasste Tätigkeit betrage sie 20% bis 50%. Die Abklärung durch den psychiatrischen Gutachter sei mangelhaft. Leider sei der Beschwerdeführer derzeit von psychiatrischen Behandlungen und Begutachtungen so stigmatisiert, dass er gar nicht für eine psychiatrische Behandlung motivierbar sei. Die Herzrehabilitation habe er hingegen bereits begonnen. Aktuell seien die Entzündungswerte wieder erhöht. Der Beschwerdeführer sei wegen der Schmerzen im Alltag deutlich limitiert. Es träten Rückenschmerzen wegen der Sistierung von Simponi (antientzündliche Medikation) auf. Anamnestisch bestehe die Schmerzproblematik bereits seit mehreren Jahren. Aufgrund dieser habe er schlussendlich die depressive Stimmung erlitten und auch diese sei von der IV anerkannt worden. Die Depression sei therapiert worden, aber die Schmerzen seien geblieben, ohne ein organisches Korrelat dazu zu finden. Erst im Jahr 2016 sei die Diagnose des Morbus Bechterew gestellt worden. Damit habe zum ersten Mal ein Korrelat zu den die ganze Zeit angegebenen Schmerzen vorgelegen. 8.5 Der Psychiater Dr. O. \_\_\_\_\_ stellte am 20. Juni 2018 die Diagnose einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23; IV-act. 164, S. 18). Der Beschwerdeführer sei 100% arbeitsfähig in behinderungsangepasster Tätigkeit (leichte Arbeiten, Pausen, kein besonderes kognitives Leistungsprofil). Die Frage, ob sich

der Psychiater der Beurteilung der H.\_\_\_\_\_ anschliessen könne, wo- nach keine psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

C-2149/2021 Seite 21 und keine psychischen Beschwerden beständen, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, verneinte Dr. O.\_\_\_\_\_. Er führte aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine deutliche Beeinträchtigung durch das Erleben der Einschränkungen durch die somatischen Beschwerden. In der psychiatrischen Begutachtung werde aufgrund der zum Begutachtungszeitpunkt fehlenden psychopathologischen Befunde das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose verneint. Nicht ausreichend berücksichtigt würden dabei der hohe Leidensdruck und die Reaktionen auf die subjektiv als belastend erlebten Ereignisse seiner somatischen Erkrankungen. Umgekehrt wirke sich die gestörte Schmerzverarbeitung auf die Schmerzempfindung aus. Definitionsgemäss könne eine Reaktion darauf mit wiederholten depressiven Symptomen, Ängsten und Sorgen einhergehen. Diese wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es sollte eine fachspezifische Abklärung und gegebenenfalls Behandlung im Sinne einer stressbedingten Schmerzstörung erfolgen. Aus psychiatrischer Sicht wäre eine Betätigung im behinderungsangepassten Rahmen auch zur Wiederherstellung einer Tagesstruktur sinnvoll. 8.6 Am 2. November 2018 berichtete das Spital P.\_\_\_\_\_ von einem Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers vom 26. bis zum 29. Oktober 2018 (IV-act. 195, S. 37). Der Beschwerdeführer sei als Notfall aufgrund einer Präsynkope und eines epigastrischen Druckgefühls zu ihnen gekommen. Er sei in gutem Allgemeinzustand und symptomfrei entlassen worden. Das Spital P.\_\_\_\_\_ gab sodann am 4. März 2019 an, der Beschwerdeführer sei als Notfall wegen Schwankschwindels bei ihnen eingetreten (IV-act. 195, S. 16). Dessen Beschwerden würden am ehesten als funktionelle Beschwerden im Rahmen der beim Beschwerdeführer anamnestisch bestehenden Panikattacken interpretiert. Es bestehe folgende Medikation: Ramipril, Concor, Livazo, Glucopha sowie Temesta bei Panikattacken. 8.7 Die Klinik für Rheumatologie erwähnte im Bericht vom 13. März 2019 u.a. eine rezidivierende Depression, aktuell mittelgradige Episode, mit aktuell wieder regelmässiger ambulanter psychiatrischer Betreuung (IV-act. 195, S. 19). Der Beschwerdeführer sei grossem psychosozialen Stress ausgesetzt. Es bestehe ein gutes Ansprechen auf Cosentyx, mit leichter Regredienz der humoralen Entzündung. Ende Oktober 2018 habe er das Spital P.\_\_\_\_\_ aufsuchen müssen. Seither sei es (gemäss Angaben des Beschwerdeführers) insgesamt nicht mehr gut.

C-2149/2021 Seite 22 8.8 Die Hausärztin führte am 12. April 2019 aus, es bestehe ein kritischer Gesundheitszustand (IV-act. 180). Es liege eine schwere depressive Episode mit Gedanken an Suizid vor. Die Ehefrau habe einen Scheidungsantrag eingereicht. Zusätzlich leide der Beschwerdeführer an Hüftbeschwerden rechts, mit geplanter Endoprothese. Gemäss Orthopäde sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig. Es drohe eine gefährliche Situation. 8.9 Im Beratungsbericht betreffend Arbeitsvermittlung vom 14. April 2019 wird festgehalten, man sei von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50% ausgegangen (IV-act. 179). Der durch den Berater wahrgenommene Gesundheitszustand des Beschwerdeführers während der gesamten Assessmentphase könne als durchwegs gleichbleibend schlecht beurteilt werden. Es hätten wiederkehrende Spitalaufenthalte im Notfall der Klinik Q.\_\_\_\_\_, mit Panikattacken, Angstzuständen und Herzrhythmusstörungen, stattgefunden. Zudem hätten weitere, vom Beschwerdeführer verbalisierte gesundheitliche Einschränkungen wie starke Kopfschmerzen, Schlafstörungen und vorhandene Depressionen die gemeinsame Zusammenarbeit im höchsten Grade erschwert.

Die Massnahme werde daher per sofort eingestellt. 8.10 Das Zentrum R. \_\_\_\_\_ führte am 29. April 2019 folgende Diagnosen auf: Adipositas WHO Grad III, Diabetes mellitus Typ 2, Herzinsuffizienz mit eingeschränkter LVEF, axiale Spondylarthritis, schwere depressive Episode, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, cervikovertebrales Schmerzsyndrom, Schlafapnoe-Syndrom, restriktive Ventilationsstörung, erektile Dysfunktion, Hiatushernie mit rezidivierender Refluxösophagitis, Rhizarthrose beidseits, Hüft-TEP links (IV-act. 193, S. 5). Der Beschwerdeführer sei psychisch depressiv, hege (selten) Suizidgedanken, habe aber diesbezüglich keine (konkreten) Pläne (S. 6). Er habe weiterhin keinen Psychiater/Psychologen und möchte sich aktuell auch bei niemanden melden. Er wolle einfach nach Italien gehen. Das Zentrum R. \_\_\_\_\_ gab an, es habe dem Beschwerdeführer bei Depression eine psychiatrische Beurteilung bei Dr. S. \_\_\_\_\_ hausintern organisiert, wo er am 23. Januar 2019 einmalig gewesen sei, dann aber die Folgekonsultationen abgesagt habe und aktuell unregelmässig zum Psychiater Dr. T. \_\_\_\_\_ gehe. Sodann habe der Beschwerdeführer selber einen Termin beim genannten Psychiater am 2. Mai 2019 vereinbart. 8.11 Der Orthopäde Dr. F. \_\_\_\_\_ legte am 8. Mai 2019 dar, es bestehe eine progrediente Coxarthrose rechts (IV-act. 182). Es komme zu zunehmenden klassischen Coxarthrose-Beschwerden. Neben der

C-2149/2021 Seite 23 Hüftproblematik bestehe eine erhebliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes und der Psyche. Weiterhin sei die Gewichtsproblematik fortschreitend. Die linke Hüfte bewege gut und indolent. Rechts seien Flexion und Rotation eingeschränkt und stark schmerzhaft. Beim Beschwerdeführer bestünden neben der progredienten Coxarthrose rechts auf Grund der Grunderkrankung weitere erhebliche Beschwerden am Bewegungsapparat. Daneben hätten auch das Gewicht und die kardiopulmonale Situation einen kritischen Punkt erreicht. Prinzipiell könnte auf der rechten Seite ein endoprothetischer Ersatz angestrebt werden; vordergründig sollte aber das Gewicht reduziert und damit auch die kardiopulmonale Situation stabilisiert werden. Betreffend IV-Abklärung müsse festgehalten werden, dass es über die letzten Jahre zu einer sukzessiven und mittlerweile erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sei, sowohl orthopädisch als auch internistisch. 8.12 Mit Eingabe vom 29. Mai 2019 informierte der Beschwerdeführer, dass er nicht nur bei Dr. N. \_\_\_\_\_ und Dr. F. \_\_\_\_\_ in Behandlung sei, sondern auch im Spital J. \_\_\_\_\_ (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie), bei Dr. U. \_\_\_\_\_ (Klinik für Endokrinologie) und im Spital M. \_\_\_\_\_ (IV-act. 183). Er bat darum, entsprechende Berichte einzuholen. 8.13 Am 2. Oktober 2019 berichtete das Zentrum R. \_\_\_\_\_, ein weiterer Termin beim Psychiater Dr. T. \_\_\_\_\_ sei am 8. Oktober 2019 bereits geplant (IV-act. 195, S. 7). Es werde gebeten, mit dem Beschwerdeführer nochmals die weitere Planung eines bariatrischen Eingriffes zu diskutieren. Ausserdem werde eine Koloskopie empfohlen. 8.14 Die Klinik für Rheumatologie gab am 15. Oktober 2019 an, der Beschwerdeführer berichte von Schmerzen in Rücken, Schulter, Hüften und Daumen. Er leide an einer Depression und konsultiere regelmässig einen Psychiater. Zudem habe er über den Sommer zweimal wöchentlich die Physiotherapie besucht. Wegen Nebenwirkungen habe er die Therapie mit Cosentyx reduziert. Es bestehe eine absolute Kontraindikation für Alpha-blocker in der Zukunft, da in der Vergangenheit eine Herzinsuffizienz unter der Behandlung mit Simponi aufgetreten sei. Aufgrund dieser Beschwerden habe der Beschwerdeführer bereits zuvor notfallmässig hospitalisiert werden müssen (BVGer-act. 1, Beilage 5). 8.15 Die Hausärztin Dr. N. \_\_\_\_\_ führte am 20. Oktober 2019 namentlich aus, seit dem 1. Januar 2018 bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit, seit dem 26. April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit

(IV-act. 195, S. 2 ff.).

C-2149/2021 Seite 24 Der Beschwerdeführer habe sich im Laufe der Zeit sozial zurückgezogen, er fühle sich mit seinen Beschwerden zunehmend allein. Dieses führe zu einem «circulus vitiosus» im Sinne eines zunehmenden sozialen Rückzugs, wenig Bewegung, Gewichtszunahme, Frust, Fehlernährung, Gewichtszunahme, Zunahme an Schmerzen, Depression. 2018 sei er mehrmals als Notfall im Spital gewesen mit der Diagnose Panikstörung. Trotz Medikation leide er an Schmerzschüben. Es lägen folgende Diagnosen vor: - Morbus Bechterew - Rezidivierende depressive Störung, aktuell eine mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Kardiomyopathie unklarer Genese, DD: medikamentös bedingt - Cervikovertebrales Syndrom; Spondylarthrose C2/3; ausgeprägte ventrale/dorsale Osteophyten - Coxarthrose rechts, progredient - zudem zahlreiche weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Arztbericht S. 4). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Leidensangepasst könne der Beschwerdeführer maximal 2 bis 3 Stunden am Tag mit jeweils 15 Minuten Pause pro Stunde arbeiten. Aufgrund der langjährigen chronifizierten gesundheitlichen Symptomatik habe dieser aus ärztlicher Sicht eine sehr schlechte Prognose und sei kaum eingliederbar. 8.16 Dr. F.\_\_\_\_\_ gab am 28. November 2019 an, der Beschwerdeführer sei auf dem ersten Arbeitsmarkt dauerhaft zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 196). Seine Ressourcen für eine Eingliederung seien komplett erschöpft. In angepasster Tätigkeit sei er 2 Stunden im Tag arbeitsfähig, wobei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit wohl angezeigt sei. Jede Tätigkeit mit körperlicher Belastung sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Die Prognose sei ungünstig. 8.17 Am 12. Dezember 2019 teilte der Beschwerdeführer mit, er trete am 19. Dezember 2019 zu einem stationären Aufenthalt ins Spital J.\_\_\_\_\_ ein (IV-act. 200). Der (per Ende Dezember 2019) geplante Wegzug nach Italien entfalle deshalb eventuell.

C-2149/2021 Seite 25 8.18 Der zugezogene RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_\_ stellte fest, die einzig neue massgebliche Diagnose sei die progrediente Coxarthrose rechts (Angabe vom 31. Oktober 2019; IV-act. 202, S. 5). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. N.\_\_\_\_\_ von lediglich 2 bis 3 Stunden im Tag sei nicht plausibel. Der Gesundheitszustand habe sich seit 2018 zwar geändert, aber ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zum Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 28. November 2019 meinte der RAD, dieser enthalte keine neuen unberücksichtigten Tatsachen (Angabe vom 11. Dezember 2019; IV-act. 202, S. 6). Bezüglich der Information, dass ein Eintritt ins Spital J.\_\_\_\_\_ am 19. Dezember 2019 bevorstehe und eine schwere depressive Episode vorliege, führte die IV-Stelle aus, es werde nicht von einem IV-relevanten psychischen Gesundheitsschaden ausgegangen (Angabe vom 12. Dezember 2019; IV-act. 202, S. 7). Im Einwand gegen den Vorbescheid wies der Beschwerdeführer erneut auf den stationären psychiatrischen Aufenthalt hin (IV-act. 205) und gemahnte an die Untersuchungspflicht der IV-Stelle (IV-act. 210). Gemäss Dr. F.\_\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_\_ sei die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die IV habe weder Berichte des Spitals J.\_\_\_\_\_ noch der Endokrinologie noch des Spitals M.\_\_\_\_\_ eingeholt. Im Gegensatz zum Gutachten lägen Hinweise auf eine depressive Erkrankung oder eine somatoforme Schmerzstörung vor. Er, der Beschwerdeführer, leide auch unter Panikattacken. Es liege eine persistierende Verschlechterung des Gesundheitszustands und eine unbestrittene Coxarthrose vor. Die Adipositas habe zu Schäden geführt. Am 12. März 2020 hielt der RAD erneut fest, es

bestünden keine neuen Erkenntnisse (IV-act. 214, S. 3). 8.19 Am 8. Oktober 2020 führte der Chirurg Dr. V. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide an chronischen Schmerzen im unteren Rückenbereich (BVGer-act. 1, Beilage 7). Es liege eine starke Claudicatio und eine antalgische Haltung bei Hyperlordose vor. Es würden häusliche Ruhe und ein halbstarres orthopädisches Korsett sowie eine L/S-Schiene verordnet. 8.20 Dr. W. \_\_\_\_\_ von der Psychiatrie (...) hielt am 19. Oktober 2020 fest, der Beschwerdeführer leide an einer rezidivierenden Depression, derzeit schweren Grades und einer Angststörung («depressione maggiore ricorrente, grave, con ansia generalizzata»; BVGer-act. 1, Beilage 6). Es werde eine entsprechende medikamentöse Therapie eingeleitet.

C-2149/2021 Seite 26 8.21 Dr. V. \_\_\_\_\_ bestätigte am 14. Januar 2021, beim Beschwerdeführer bestehe eine schwere Claudicatio (BVGer-act. 1, Beilage 8). Es liege eine klinische Geschichte von Diabetes, schwerer OSAS (Schlafapnoesyndrom), Fettleibigkeit und von einem depressiven Syndrom vor. Das aktuelle neurologische Bild zeige eine ideomotorische Verlangsamung, die auf internistische Pathologien zurückzuführen sei. Es werde eine MRT-Untersuchung des Gehirns empfohlen. 8.22 Dem Bericht von Dr. X. \_\_\_\_\_, Rheumatologie, vom 11. März 2021 sind u.a. die Diagnosen eines zervikalen Schmerzsyndroms («Sindrome dolorosa del tratto cervicale») sowie depressiver Episoden («Episodi depressivi») zu entnehmen (BVGer-act. 9, Beilage 9). Ferner zeige die vorgenommene radiologische Bildgebung nun auch eine schwere Coxarthrose rechts («Si prende visione di RX anca destra che mostra severo quadro di coxartrosi»). Dementsprechend seien weitere orthopädische Abklärungen hinsichtlich einer Arthroplastik rechts geplant («Si consiglia visita ortopedica per valutare eventuale artroprotesi anca destra»). 8.23 Im Entscheid des INPS vom 1. Juli 2021 heisst es, es bestehe das Ergebnis der linken Hüftarthroplastik bei schwerer Coxarthrose bei einem Patienten mit Adipositas und Spondylitis sowie eines Diabetes mellitus Typ II, der mit oralen Antihyperglykämika behandelt werde (BVGer-act. 9, Beilage). OSAS und depressive Störung seien ebenfalls in Behandlung. Es liege eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 74% bis 99% vor. 8.24 Im italienischen medizinischen Gutachten der Chirurgin Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2022 wird festgehalten, es sei eine dauernde Arbeitsunfähigkeit gegeben (BVGer-act. 13, Beilage). Der Beschwerdeführer weise ein behinderndes Krankheitsbild auf, das durch Fettleibigkeit, schwere Adipositas, HLA B27 negative axiale Spondyloarthritis, iatrogene Herzinsuffizienz NYHA II-III (leichte bis starke Einschränkung der Belastbarkeit), Diabetes mellitus Typ II, Ergebnisse einer linken Hüftarthroplastik, schweres OSAS, Hiatushernie, Depression (schwere rezidivierende Major Depression mit generalisierten Angstzuständen) und eine schwere Coxarthrose begründet sei (S. 5). Die genannten Pathologien seien bereits am 30. Dezember 2019 vorhanden gewesen. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Dezember 2020. Die genannten Krankheiten, vor allem die schwere Adipositas und die Depressionen, aber auch die Spondylitis ankylosans und die schwere Coxarthrose, hätten zu einem Zustand mit erheblicher sozialer Benachteiligung und Beziehungsschwierigkeiten und einer völligen Unfähigkeit, irgendeine Art von Arbeitstätigkeit auszuüben,

C-2149/2021 Seite 27 geführt. Jede Art von Arbeitstätigkeit sei betroffen (S. 7). Die vorliegenden psychiatrischen Unterlagen bescheinigten alle dieselben Diagnosen, d. h. eine rezidivierende schwere Depression in Verbindung mit generalisierten Angstzuständen. Die IV-Stelle gab am 22. Februar 2023 an, das Gutachten L. \_\_\_\_\_ sei nicht zu beachten, da es erst zwei Jahre nach der Verfügung erstellt worden sei und es die beweisrechtlichen

Anforderungen an ein Gutachten nach schweizerischem Recht nicht erfüllt (BVGer-act. 17). Als Chirurgin mit Spezialisierung auf Röntgendiagnostik sei Dr. L. \_\_\_\_\_ zudem nicht fachkompetent betreffend Übergewicht und Depression. Inwiefern diese Stellungnahme zufolge Verspätung beachtet werden darf, braucht an dieser Stelle nicht geklärt zu werden, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt.

#### **E. 5.1**

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. 5.2**

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Demnach 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). Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen insbesondere dann 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 m.H.; zum Ganzen auch: BGE 144 V 427 E. 3.2; vgl. auch Urteil des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 4.2).

#### **E. 5.3**

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. 5.4**

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). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen demnach nicht. Vielmehr gilt ein Beweis als erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 144 III 264 E. 5.1; 140 III 610 E. 4.1). Gilt es, zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, haben der Richter und die Richterin jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen für die wahrscheinlichste halten (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; Urteil des BVGer C-7332/2007 vom 6. März 2009 E. 3.3.3).

#### **E. 6.1**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend zweifelsohne erfüllt (vgl. IK-Auszug in IV-act. 101), weshalb darauf nicht näher

einzuweisen ist.

## **E. 6.2**

Ferner ist gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG für den Anspruch auf eine Invalidenrente vorausgesetzt, dass die Versicherten ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), dass sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und dass sie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]).

## **E. 6.3**

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

## **E. 6.4**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie 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 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. 6.5**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Ein Revisionsgesuch oder eine Neuanmeldung wird nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu BGE 130 V 343 E. 3.5.3; Urteil des BVGer C-1691/2013 vom 6. September 2013 E. 3.1). Tritt die Verwaltung - wie vorliegend - auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; Urteil des BGer 8C\_238/2023 vom 22. November 2023 E. 3.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren

rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt dem Gericht die gleiche materielle Prüfungspflicht (BGE 141 V 9; Urteile des BGer 9C\_603/2023 vom 14. März 2024 E. 2.3.1 und 9C\_520/2022 vom 4. Dezember 2023 E. 2.3).

#### **E. 6.6**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. dazu BGE 133 V 67 E. 4.3.3).

#### **E. 6.7**

Wie bei der Rentenrevision ist auch bei der Neuanmeldung zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 147 V 167 E. 4.1; 134 V 131 E. 3; 133 V 108; Urteil des BVGer C-7382/2016 vom 11. Juli 2019 E. 3.1; Frey/Mosimann/Bollinger, Bundesgesetze über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die Invalidenversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] mit weiteren Erlässen, AHVG/IVG Kommentar, 2018, Art. 17 ATSG N 7). Im vorliegenden Fall sind daher die Sachverhalte zum Zeitpunkt der Verfügungen vom 28. Dezember 2010 und 30. November 2020 miteinander zu vergleichen (IV-act. 78 und 222).

#### **E. 6.8**

Das Bundesgericht wies in BGE 145 V 209 E. 5.3 darauf hin, dass sich die rückwirkende Zusprache einer in der Höhe abgestuften und/oder zeitlich befristeten Invalidenrente grundsätzlich nach denselben Regeln wie die Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 Abs. 1 ATSG richte (BGE 148 V 321 E. 7.3.1). Die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) sind diesfalls analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist, mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.; Urteile des BVGer C-4749/2020 vom 7. März 2024 E. 6.6.3; C-3033/2021 vom 19. Januar 2023 E. 4.3). Wird - wie vorliegend - rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind die Sachverhalte im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit dem Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung zu vergleichen (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteile des BGer 9C\_320/2021 vom 1. September 2021 E. 2.2; 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; Urteil des BVGer C-3811/2018 vom 14. Januar 2020 E. 3.7).

#### **E. 6.9**

Im Falle einer Neuanmeldung nach einem mangels rentenbegründender Invalidität ablehnenden Entscheid sind die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG und die sechsmonatige Wartefrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG erneut zu bestehen (BGE 142 V 547 E.

3.1. m.H. auf Urteil des BGer 9C\_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.3.3; Urteil des BVGer C-5466/2020 vom 7. März 2023 E. 4.6).

#### **E. 6.10**

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 3. Februar 2016 eingetreten und hat dem Beschwerdeführer, nach einer materiellen Prüfung, mit der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2020 vom 1. April 2017 bis zum 31. Januar 2018 eine ganze Invalidenrente zugesprochen. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 7.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen bzw. um zuverlässig beurteilen zu können, ob der Invaliditätsgrad der versicherten Person seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung eine anspruchsrelevante Änderung erfahren hat, stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6).

#### **E. 7.2**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt vielmehr der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-3782/2021 vom 8. September 2023 E. 7.2.2; C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

#### **E. 7.3**

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 112 E. 3b). So ist hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5). Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision bzw. Neuanmeldung erstellten Arztberichts hängt sodann wesentlich davon ab, ob dieser sich ausreichend auf das entsprechende Beweisthema - die erhebliche Änderung des Sachverhalts bzw. die effektive Veränderung des Gesundheitszustandes - bezieht (Urteil des BGer 8C\_703/2020

vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.; Urteil des BVGer C-924/2020 vom 31. Oktober 2022 E. 5.7.2).

#### **E. 7.4**

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. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4 m.H.).

#### **E. 7.5**

Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen. Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten vielmehr mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 9C\_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3.1; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 m.H.). 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.; vgl. auch Urteile des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.3; C-6357/2020 vom 28. September 2022 E. 6.6).

#### **E. 7.6**

Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_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 m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C\_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März

2022 E. 4.5). Rechtsprechungsgemäss sind weitere Abklärungen vorzunehmen, selbst wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte bestehen (vgl. BGE 145 V 97 E. 8.5; 142 V 58 E. 5.1 in fine; Urteil des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.4).

### **E. 7.7**

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 148 V 49; 143 V 409 und 418 ), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, 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 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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

### **E. 8**

Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten zusammenfassend Folgendes entnehmen:

#### **E. 8.1**

Im Gutachten der H. \_\_\_\_\_ vom 20. Februar 2018 wird im Wesentlichen ausgeführt (zu den Diagnosen vgl. Bst. D.b hievor), der Versicherte sei am 26. Mai 2016 bei bekannter Coxarthrose (links) hüftendoprothetisch versorgt worden (IV-act. 151, S. 17). Die Funktionen des Hüftgelenkes stellten sich (derzeit) gut dar. Die Funktionen des kontralateralen rechten Hüftgelenkes seien ausreichend, bei beginnender Hüftarthrose. Bezüglich Spondylarthritis sei ein weiterhin stabiler Verlauf mit wechselnden Restbeschwerden zu verzeichnen. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung könnten keine akut entzündlichen Veränderungen an den Extremitätengelenken festgestellt werden. Die Funktionen der Wirbelsäule würden im Bereich der HWS leichtgradig, im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) und LWS mittelgradig bis fortgeschritten eingeschränkt demonstriert. Die Funktionseinschränkungen resultierten auch aus der Körperfülle bei Adipositas. Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit werde eingeschätzt, dass das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Liftservicetechniker aufgehoben sei, da das Anforderungsprofil der Tätigkeit das Belastungsprofil des Beschwerdeführers übersteige. Dagegen seien leidensadaptierte Tätigkeiten ohne Einschränkungen durchführbar. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei nicht eingeschränkt und betrage 100%. Es bestehe keine konkrete psychiatrische

Diagnose. Die Ursache der anamnestischen Herzinsuffizienz sei unklar. Aus kardialen Gründen bestehe zurzeit keine Arbeitsunfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten. Mittelschwere bis schwere Tätigkeiten sollten aber vermieden werden. Insgesamt sei der Versicherte in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg durchzuführen (S. 18). Der Anteil sitzender Tätigkeiten sollte nach hüftendoprothetischer Versorgung mindestens 40% betragen. Tätigkeiten in Zwangshaltungen (kniende und hockende Stellung, ständige Vorbeuge, ständige Überkopfarbeiten) sowie Tätigkeiten mit einem erhöhten Anspruch an die Standsicherheit wie auf Leitern und Gerüsten sollten vermieden werden. Darüber hinaus sollten Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte, Nässe und Zug vermieden werden. Retrospektiv sei die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit nach hüftendoprothetischer Versorgung etwa drei bis vier Monate nach der Operation im Mai 2016 wieder hergestellt gewesen (S. 19). Etwa zeitgleich (September 2016) sei jedoch die Diagnose der seronegativen Spondylarthritis gestellt worden. Die Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten sei ab November 2017 wieder gegeben, da in der rheumatologischen Kontrolle weiterhin ein stabiler Verlauf habe festgestellt werden können und klare arthritische Veränderungen sowie ein entzündlicher Rückenschmerz ausgeschlossen würden. Wegen der Herzinsuffizienz habe höchstens zwischen Juli und Oktober 2017 eine Arbeitsunfähigkeit auch in leidensadaptierter Tätigkeit bestanden.

### **E. 8.2**

Die Klinik für Kardiologie des Spitals M.\_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 26. April 2018 an, die Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten (ohne Nacharbeit und Wechselschicht) sei vollzeitig gegeben (IV-act. 164, S. 5). Beim Beschwerdeführer bestehe eine Herzinsuffizienz unklarer Ätiologie, aktuell mit mittelschwer eingeschränkter linksventrikulärer Funktion. In der klinischen Untersuchung zeige sich der Patient kardial kompensiert mit normotensiven Blutdruckwerten nach Stopp von Simponi. Aufgrund der vorliegenden Spiroergometrie vom 20. April 2018 bestehe (allerdings) formal ein Grad der Behinderung von ca. 30%. Einschränkend müsse jedoch vermerkt werden, dass eine Ausbelastung nicht erfolgt und dies multifaktoriell bedingt sei und dass ein Verbesserungspotenzial durch körperliches Training, Gewichtsabnahme und weitere Optimierung der Herzinsuffizienztherapie gegeben sei. Hinsichtlich der Prognose schliesse man sich dem Gutachten an, wonach dies abhängig von der genauen Ursache der Kardiomyopathie sei. Diese verbleibe weiterhin unklar und sei noch nicht abschliessend zu beurteilen. Eine ambulante kardiologische Rehabilitation werde dringend nahegelegt, ebenso eine Gewichtsreduktion und ein regelmässiges, moderates, körperliches Ausdauertraining.

### **E. 8.3**

Die Klinik für Rheumatologie des Spitals M.\_\_\_\_\_ führte am 8. Juni 2018 aus, dem Beschwerdeführer sei eine angepasste, leichte Tätigkeit mit Wechselbelastung und mindestens 40% sitzender Tätigkeit zumutbar (IV-act. 164, S. 1). Sie, die Klinik, schliesse sich der Beurteilung des Belastungsprofils im Gutachten an, wobei ergänzend zu erwähnen sei, dass aktuell wieder eine unkontrollierte Krankheitsaktivität der axialen Spondylarthritis bestehe, welche sich beim Beschwerdeführer mit einer erhöhten humoralen Entzündung und vermehrt Schmerzen im Bereich BWS und lumbal widerspiegelten. Das Ansprechen bezüglich geplanter Basistherapie mit Secukinomab müsse abgewartet werden. Zudem äusserte die Klinik einen Verdacht auf rezidivierende depressive Episoden.

#### **E. 8.4**

Die Hausärztin Dr. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, meinte am 11. Juni 2018, aus ihrer Sicht und aufgrund ihrer Untersuchung leide der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell an einer mittelgradigen Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11; IV-164, S. 8). Diese Diagnose sei durch mehrere explorative Gespräche mit dem Patienten entstanden, weiter durch die Hamilton Depression Skala (HAMD-17) und durch den Pain Disability Index Test. Weiterhin könne die Diagnose Angststörung nicht ausgeschlossen werden. Die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt liege bei 0%. Für eine angepasste Tätigkeit betrage sie 20% bis 50%. Die Abklärung durch den psychiatrischen Gutachter sei mangelhaft. Leider sei der Beschwerdeführer derzeit von psychiatrischen Behandlungen und Begutachtungen so stigmatisiert, dass er gar nicht für eine psychiatrische Behandlung motivierbar sei. Die Herzrehabilitation habe er hingegen bereits begonnen. Aktuell seien die Entzündungswerte wieder erhöht. Der Beschwerdeführer sei wegen der Schmerzen im Alltag deutlich limitiert. Es träten Rückenschmerzen wegen der Sistierung von Simponi (antientzündliche Medikation) auf. Aktenanamnestisch bestehe die Schmerzproblematik bereits seit mehreren Jahren. Aufgrund dieser habe er schlussendlich die depressive Stimmung erlitten und auch diese sei von der IV anerkannt worden. Die Depression sei therapiert worden, aber die Schmerzen seien geblieben, ohne ein organisches Korrelat dazu zu finden. Erst im Jahr 2016 sei die Diagnose des Morbus Bechterew gestellt worden. Damit habe zum ersten Mal ein Korrelat zu den die ganze Zeit angegebenen Schmerzen vorgelegen.

#### **E. 8.5**

Der Psychiater Dr. O. \_\_\_\_\_ stellte am 20. Juni 2018 die Diagnose einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23; IV-act. 164, S. 18). Der Beschwerdeführer sei 100% arbeitsfähig in behinderungsangepasster Tätigkeit (leichte Arbeiten, Pausen, kein besonderes kognitives Leistungsprofil). Die Frage, ob sich der Psychiater der Beurteilung der H. \_\_\_\_\_ anschliessen könne, wonach keine psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit und keine psychischen Beschwerden bestünden, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, verneinte Dr. O. \_\_\_\_\_. Er führte aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine deutliche Beeinträchtigung durch das Erleben der Einschränkungen durch die somatischen Beschwerden. In der psychiatrischen Begutachtung werde aufgrund der zum Begutachtungszeitpunkt fehlenden psychopathologischen Befunde das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose verneint. Nicht ausreichend berücksichtigt würden dabei der hohe Leidensdruck und die Reaktionen auf die subjektiv als belastend erlebten Ereignisse seiner somatischen Erkrankungen. Umgekehrt wirke sich die gestörte Schmerzverarbeitung auf die Schmerzempfindung aus. Definitionsgemäss könne eine Reaktion darauf mit wiederholten depressiven Symptomen, Ängsten und Sorgen einhergehen. Diese wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es sollte eine fachspezifische Abklärung und gegebenenfalls Behandlung im Sinne einer stressbedingten Schmerzstörung erfolgen. Aus psychiatrischer Sicht wäre eine Betätigung im behinderungsangepassten Rahmen auch zur Wiederherstellung einer Tagesstruktur sinnvoll.

#### **E. 8.6**

Am 2. November 2018 berichtete das Spital P. \_\_\_\_\_ von einem Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers vom 26. bis zum 29. Oktober 2018 (IV-act. 195, S. 37). Der

Beschwerdeführer sei als Notfall aufgrund einer Präsynkope und eines epigastrischen Druckgefühls zu ihnen gekommen. Er sei in gutem Allgemeinzustand und symptomfrei entlassen worden. Das Spital P. \_\_\_\_\_ gab sodann am 4. März 2019 an, der Beschwerdeführer sei als Notfall wegen Schwankschwindels bei ihnen eingetreten (IV-act. 195, S. 16). Dessen Beschwerden würden am ehesten als funktionelle Beschwerden im Rahmen der beim Beschwerdeführer anamnestisch bestehenden Panikattacken interpretiert. Es bestehe folgende Medikation: Ramipril, Concor, Livazo, Glucopha sowie Temesta bei Panikattacken.

#### **E. 8.7**

Die Klinik für Rheumatologie erwähnte im Bericht vom 13. März 2019 u.a. eine rezidivierende Depression, aktuell mittelgradige Episode, mit aktuell wieder regelmässiger ambulanter psychiatrischer Betreuung (IV-act. 195, S. 19). Der Beschwerdeführer sei grossem psychosozialen Stress ausgesetzt. Es bestehe ein gutes Ansprechen auf Cosentyx, mit leichter Regredienz der humoralen Entzündung. Ende Oktober 2018 habe er das Spital P. \_\_\_\_\_ aufsuchen müssen. Seither sei es (gemäss Angaben des Beschwerdeführers) insgesamt nicht mehr gut.

#### **E. 8.8**

Die Hausärztin führte am 12. April 2019 aus, es bestehe ein kritischer Gesundheitszustand (IV-act. 180). Es liege eine schwere depressive Episode mit Gedanken an Suizid vor. Die Ehefrau habe einen Scheidungsantrag eingereicht. Zusätzlich leide der Beschwerdeführer an Hüftbeschwerden rechts, mit geplanter Endoprothese. Gemäss Orthopäde sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig. Es drohe eine gefährliche Situation.

#### **E. 8.9**

Im Beratungsbericht betreffend Arbeitsvermittlung vom 14. April 2019 wird festgehalten, man sei von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50% ausgegangen (IV-act. 179). Der durch den Berater wahrgenommene Gesundheitszustand des Beschwerdeführers während der gesamten Assessmentphase könne als durchwegs gleichbleibend schlecht beurteilt werden. Es hätten wiederkehrende Spitalaufenthalte im Notfall der Klinik Q. \_\_\_\_\_, mit Panikattacken, Angstzuständen und Herzrhythmusstörungen, stattgefunden. Zudem hätten weitere, vom Beschwerdeführer verbalisierte gesundheitliche Einschränkungen wie starke Kopfschmerzen, Schlafstörungen und vorhandene Depressionen die gemeinsame Zusammenarbeit im höchsten Grade erschwert. Die Massnahme werde daher per sofort eingestellt.

#### **E. 8.10**

Das Zentrum R. \_\_\_\_\_ führte am 29. April 2019 folgende Diagnosen auf: Adipositas WHO Grad III, Diabetes mellitus Typ 2, Herzinsuffizienz mit eingeschränkter LVEF, axiale Spondylarthritis, schwere depressive Episode, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, cervikovertebrales Schmerzsyndrom, Schlafapnoe-Syndrom, restriktive Ventilationsstörung, erektile Dysfunktion, Hiatushernie mit rezidivierender Refluxösophagitis, Rhizarthrose beidseits, Hüft-TEP links (IV-act. 193, S. 5). Der Beschwerdeführer sei psychisch depressiv, hege (selten) Suizidgedanken, habe aber diesbezüglich keine (konkreten) Pläne (S. 6). Er habe weiterhin keinen Psychiater/Psychologen und möchte sich aktuell auch bei niemanden melden. Er wolle einfach nach Italien gehen. Das Zentrum R. \_\_\_\_\_ gab an, es habe dem Beschwerdeführer bei Depression eine psychiatrische Beurteilung bei Dr. S. \_\_\_\_\_ hausintern organisiert,

wo er am 23. Januar 2019 einmalig gewesen sei, dann aber die Folgekonsultationen abgesagt habe und aktuell unregelmässig zum Psychiater Dr. T.\_\_\_\_\_ gehe. Sodann habe der Beschwerdeführer selber einen Termin beim genannten Psychiater am 2. Mai 2019 vereinbart.

#### **E. 8.11**

Der Orthopäde Dr. F.\_\_\_\_\_ legte am 8. Mai 2019 dar, es bestehe eine progrediente Coxarthrose rechts (IV-act. 182). Es komme zu zunehmenden klassischen Coxarthrose-Beschwerden. Neben der Hüftproblematik bestehe eine erhebliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes und der Psyche. Weiterhin sei die Gewichtsproblematik fortschreitend. Die linke Hüfte bewege gut und indolent. Rechts seien Flexion und Rotation eingeschränkt und stark schmerzhaft. Beim Beschwerdeführer bestünden neben der progredienten Coxarthrose rechts auf Grund der Grunderkrankung weitere erhebliche Beschwerden am Bewegungsapparat. Daneben hätten auch das Gewicht und die kardiopulmonale Situation einen kritischen Punkt erreicht. Prinzipiell könnte auf der rechten Seite ein endoprothetischer Ersatz angestrebt werden; vordergründig sollte aber das Gewicht reduziert und damit auch die kardiopulmonale Situation stabilisiert werden. Betreffend IV-Abklärung müsse festgehalten werden, dass es über die letzten Jahre zu einer sukzessiven und mittlerweile erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sei, sowohl orthopädisch als auch internistisch.

#### **E. 8.12**

Mit Eingabe vom 29. Mai 2019 informierte der Beschwerdeführer, dass er nicht nur bei Dr. N.\_\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_\_ in Behandlung sei, sondern auch im Spital J.\_\_\_\_\_ (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie), bei Dr. U.\_\_\_\_\_ (Klinik für Endokrinologie) und im Spital M.\_\_\_\_\_ (IV-act. 183). Er bat darum, entsprechende Berichte einzuholen.

#### **E. 8.13**

Am 2. Oktober 2019 berichtete das Zentrum R.\_\_\_\_\_, ein weiterer Termin beim Psychiater Dr. T.\_\_\_\_\_ sei am 8. Oktober 2019 bereits geplant (IV-act. 195, S. 7). Es werde gebeten, mit dem Beschwerdeführer nochmals die weitere Planung eines bariatrischen Eingriffes zu diskutieren. Ausserdem werde eine Koloskopie empfohlen.

#### **E. 8.14**

Die Klinik für Rheumatologie gab am 15. Oktober 2019 an, der Beschwerdeführer berichte von Schmerzen in Rücken, Schulter, Hüften und Daumen. Er leide an einer Depression und konsultiere regelmässig einen Psychiater. Zudem habe er über den Sommer zweimal wöchentlich die Physiotherapie besucht. Wegen Nebenwirkungen habe er die Therapie mit Cosentyx reduziert. Es bestehe eine absolute Kontraindikation für Alpha-blocker in der Zukunft, da in der Vergangenheit eine Herzinsuffizienz unter der Behandlung mit Simponi aufgetreten sei. Aufgrund dieser Beschwerden habe der Beschwerdeführer bereits zuvor notfallmässig hospitalisiert werden müssen (BVGer-act. 1, Beilage 5).

#### **E. 8.15**

Die Hausärztin Dr. N.\_\_\_\_\_ führte am 20. Oktober 2019 namentlich aus, seit dem 1. Januar 2018 bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit, seit dem 26. April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 195, S. 2 ff.). Der Beschwerdeführer habe sich im Laufe der Zeit sozial zurückgezogen, er fühle sich mit seinen Beschwerden zunehmend allein. Dieses führe zu einem «circulus vitiosus» im Sinne eines zunehmenden sozialen Rückzugs, wenig

Bewegung, Gewichtszunahme, Frust, Fehlernährung, Gewichtszunahme, Zunahme an Schmerzen, Depression. 2018 sei er mehrmals als Notfall im Spital gewesen mit der Diagnose Panikstörung. Trotz Medikation leide er an Schmerzschüben. Es lägen folgende Diagnosen vor: - Morbus Bechterew - Rezidivierende depressive Störung, aktuell eine mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Kardiomyopathie unklarer Genese, DD: medikamentös bedingt - Cervikovertebrales Syndrom; Spondylarthrose C2/3; ausgeprägte ventrale/dorsale Osteophyten - Coxarthrose rechts, progredient - zudem zahlreiche weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Arztbericht S. 4). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Leidensangepasst könne der Beschwerdeführer maximal 2 bis 3 Stunden am Tag mit jeweils 15 Minuten Pause pro Stunde arbeiten. Aufgrund der langjährigen chronifizierten gesundheitlichen Symptomatik habe dieser aus ärztlicher Sicht eine sehr schlechte Prognose und sei kaum eingliederbar.

#### **E. 8.16**

Dr. F.\_\_\_\_\_ gab am 28. November 2019 an, der Beschwerdeführer sei auf dem ersten Arbeitsmarkt dauerhaft zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 196). Seine Ressourcen für eine Eingliederung seien komplett erschöpft. In angepasster Tätigkeit sei er 2 Stunden im Tag arbeitsfähig, wobei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit wohl angezeigt sei. Jede Tätigkeit mit körperlicher Belastung sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Die Prognose sei ungünstig.

#### **E. 8.17**

Am 12. Dezember 2019 teilte der Beschwerdeführer mit, er trete am 19. Dezember 2019 zu einem stationären Aufenthalt ins Spital J.\_\_\_\_\_ ein (IV-act. 200). Der (per Ende Dezember 2019) geplante Wegzug nach Italien entfalle deshalb eventuell.

#### **E. 8.18**

Der zugezogene RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_\_ stellte fest, die einzig neue massgebliche Diagnose sei die progrediente Coxarthrose rechts (Angabe vom 31. Oktober 2019; IV-act. 202, S. 5). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. N.\_\_\_\_\_ von lediglich 2 bis 3 Stunden im Tag sei nicht plausibel. Der Gesundheitszustand habe sich seit 2018 zwar geändert, aber ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zum Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 28. November 2019 meinte der RAD, dieser enthalte keine neuen unberücksichtigten Tatsachen (Angabe vom 11. Dezember 2019; IV-act. 202, S. 6). Bezüglich der Information, dass ein Eintritt ins Spital J.\_\_\_\_\_ am 19. Dezember 2019 bevorstehe und eine schwere depressive Episode vorliege, führte die IV-Stelle aus, es werde nicht von einem IV-relevanten psychischen Gesundheitsschaden ausgegangen (Angabe vom 12. Dezember 2019; IV-act. 202, S. 7). Im Einwand gegen den Vorbescheid wies der Beschwerdeführer erneut auf den stationären psychiatrischen Aufenthalt hin (IV-act. 205) und gemahnte an die Untersuchungspflicht der IV-Stelle (IV-act. 210). Gemäss Dr. F.\_\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_\_ sei die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die IV habe weder Berichte des Spitals J.\_\_\_\_\_ noch der Endokrinologie noch des Spitals M.\_\_\_\_\_ eingeholt. Im Gegensatz zum Gutachten lägen Hinweise auf eine depressive Erkrankung oder eine somatoforme Schmerzstörung vor. Er, der Beschwerdeführer, leide auch unter Panikattacken. Es liege eine persistierende Verschlechterung des Gesundheitszustands und eine unbestrittene Coxarthrose vor. Die Adipositas habe zu Schäden geführt. Am 12. März 2020 hielt der RAD erneut fest, es bestünden keine neuen Erkenntnisse (IV-act. 214, S. 3).

### **E. 8.19**

Am 8. Oktober 2020 führte der Chirurg Dr. V. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide an chronischen Schmerzen im unteren Rückenbereich (BVGer-act. 1, Beilage 7). Es liege eine starke Claudicatio und eine antalgische Haltung bei Hyperlordose vor. Es würden häusliche Ruhe und ein halbstarres orthopädisches Korsett sowie eine L/S-Schiene verordnet.

### **E. 8.20**

Dr. W. \_\_\_\_\_ von der Psychiatrie (...) hielt am 19. Oktober 2020 fest, der Beschwerdeführer leide an einer rezidivierenden Depression, derzeit schweren Grades und einer Angststörung («depressione maggiore ricorrente, grave, con ansia generalizzata»; BVGer-act. 1, Beilage 6). Es werde eine entsprechende medikamentöse Therapie eingeleitet.

### **E. 8.21**

Dr. V. \_\_\_\_\_ bestätigte am 14. Januar 2021, beim Beschwerdeführer bestehe eine schwere Claudicatio (BVGer-act. 1, Beilage 8). Es liege eine klinische Geschichte von Diabetes, schwerer OSAS (Schlafapnoesyndrom), Fettleibigkeit und von einem depressiven Syndrom vor. Das aktuelle neurologische Bild zeige eine ideomotorische Verlangsamung, die auf internistische Pathologien zurückzuführen sei. Es werde eine MRT-Untersuchung des Gehirns empfohlen.

### **E. 8.22**

Dem Bericht von Dr. X. \_\_\_\_\_, Rheumatologie, vom 11. März 2021 sind u.a. die Diagnosen eines zervikalen Schmerzsyndroms («Sindrome dolorosa del tratto cervicale») sowie depressiver Episoden («Episodi depressivi») zu entnehmen (BVGer-act. 9, Beilage 9). Ferner zeige die vorgenommene radiologische Bildgebung nun auch eine schwere Coxarthrose rechts («Si prende visione di RX anca destra che mostra severoquadro di coxartrosi»). Dementsprechend seien weitere orthopädische Abklärungen hinsichtlich einer Arthroplastik rechts geplant («Si consiglia visita ortopedica per valutare eventuale artroprotesi anca destra»).

### **E. 8.23**

Im Entscheid des INPS vom 1. Juli 2021 heisst es, es bestehe das Ergebnis der linken Hüftarthroplastik bei schwerer Coxarthrose bei einem Patienten mit Adipositas und Spondylitis sowie eines Diabetes mellitus Typ II, der mit oralen Antihyperglykämika behandelt werde (BVGer-act. 9, Beilage). OSAS und depressive Störung seien ebenfalls in Behandlung. Es liege eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 74% bis 99% vor.

### **E. 8.24**

Im italienischen medizinischen Gutachten der Chirurgin Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2022 wird festgehalten, es sei eine dauernde Arbeitsunfähigkeit gegeben (BVGer-act. 13, Beilage). Der Beschwerdeführer weise ein behinderndes Krankheitsbild auf, das durch Fettleibigkeit, schwere Adipositas, HLA B27 negative axiale Spondyloarthritis, iatrogene Herzinsuffizienz NYHA II-III (leichte bis starke Einschränkung der Belastbarkeit), Diabetes mellitus Typ II, Ergebnisse einer linken Hüftarthroplastik, schweres OSAS, Hiatushernie, Depression (schwere rezidivierende Major Depression mit generalisierten Angstzuständen) und eine schwere Coxarthrose begründet sei (S. 5). Die genannten Pathologien seien bereits am 30. Dezember 2019 vorhanden gewesen. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Dezember 2020. Die genannten Krankheiten, vor allem die

schwere Adipositas und die Depressionen, aber auch die Spondylitis ankylosans und die schwere Coxarthrose, hätten zu einem Zustand mit erheblicher sozialer Benachteiligung und Beziehungsschwierigkeiten und einer völligen Unfähigkeit, irgendeine Art von Arbeitstätigkeit auszuüben, geführt. Jede Art von Arbeitstätigkeit sei betroffen (S. 7). Die vorliegenden psychiatrischen Unterlagen bescheinigten alle dieselben Diagnosen, d. h. eine rezidivierende schwere Depression in Verbindung mit generalisierten Angstzuständen. Die IV-Stelle gab am 22. Februar 2023 an, das Gutachten L.\_\_\_\_\_ sei nicht zu beachten, da es erst zwei Jahre nach der Verfügung erstellt worden sei und es die beweisrechtlichen Anforderungen an ein Gutachten nach schweizerischem Recht nicht erfülle (BVGer-act. 17). Als Chirurgin mit Spezialisierung auf Röntgendiagnostik sei Dr. L.\_\_\_\_\_ zudem nicht fachkompetent betreffend Übergewicht und Depression. Inwiefern diese Stellungnahme zufolge Verspätung beachtet werden darf, braucht an dieser Stelle nicht geklärt zu werden, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt.

## **E. 9**

August 2021 E. 3.4 m.H.).

### **E. 9.1**

Die vom Sozialversicherungsgericht des Kantons B.\_\_\_\_\_ mit Urteil vom 30. Januar 2012 (IV-act. 93) gestützte Verfügung vom 28. Dezember 2010 (IV-act. 78) beruhte auf der Feststellung, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangt hatte. Diese Einschätzung basierte auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_, wonach ein Status nach Angst und depressiver Störung gemischt bestehe, diese Störungen aktuell aber remittiert seien und keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten hätten (IV-act. 68; vgl. auch Bst. C.a). Für die angefochtene Verfügung, wonach seither lediglich vorübergehend eine Verschlechterung eingetreten sei, stellte die Vorinstanz im Wesentlichen auf die Stellungnahmen des RAD vom 31. Oktober 2019 und 12. März 2020 ab (IV-act. 202 und 214), welche sich wiederum auf das H.\_\_\_\_\_ - Gutachten vom 20. Februar 2018 (IV-act. 151) stützten.

### **E. 9.2**

Zunächst ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob die Beurteilung der Gutachter, wonach seit Dezember 2010 (letztmalige Rentenrevision) eine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, sich als schlüssig erweist. Im polydisziplinären Konsens hielten die Gutachter fest, retrospektiv sei die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit während drei bis vier Monaten nach dem Hüftgelenkersatz links im Mai 2016 nicht vorhanden gewesen (in der angestammten Tätigkeit habe eine relevante Arbeitsunfähigkeit seit Mitte April 2016 bestanden; vgl. dazu Bst. D.b hiervor). Etwa zeitgleich sei mit

C-2149/2021 Seite 28 der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit diese erneut eingeschränkt worden, namentlich von September 2016 bis Oktober 2017 aufgrund der Diagnose der seronegativen Spondylarthritis und zwischen Juli und Oktober 2017 wegen der Herzinsuffizienz (IV-act. 151, S. 18 und 19). Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar, ausreichend begründet und beruht auf einer umfassenden Untersuchung. Sie wird auch vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt (zur Rüge betreffend Gutachten vgl. BVGer-act. 1, S. 11). Damit ist gestützt auf das H.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 20. Februar 2018 und die weiteren, im Recht liegenden Arztberichte, die dem Gutachten nicht widersprechen, aus somatischer Sicht erstellt, dass sich erstens der

Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 28. Dezember 2010 in relevantem Ausmass verschlechtert hat. Zweitens ist im Sinne eines Zwischenergebnisses festzuhalten, dass mit Blick auf die ausgewiesene, unbestrittene, vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliegend vom 1. April 2017 bis zum 31. Januar 2018 (vgl. dazu Art. 88a Abs. 1 IVV) dem Beschwerdeführer zu Recht eine ganze IV-Rente zugesprochen wurde.

### **E. 9.3**

Im Weiteren ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer auch über den 31. Januar 2018 hinaus Anspruch auf eine Rente hat. Wie zuvor dargelegt, sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a IVV) bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. E. 6.8 hiervor). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts (vorliegend eine Verbesserung des Gesundheitszustands) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des BGer 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1; 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1). Bei einer in Aussicht genommenen Herabsetzung einer bisher ausgerichteten Leistung trägt diejenige Partei die Beweislast, welche daraus Rechte ableiten will; dies ist in der Regel der Versicherungsträger (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 Rz. 70 f.; vgl. auch BGE 121 V 208 E. 6a). Ergibt die Beweiswürdigung, dass eine rentenaufhebende Tatsachenänderung nicht (mit überwiegender Wahrscheinlichkeit) bewiesen ist, trägt daher der Versicherungsträger die Folgen der Beweislosigkeit (Urteil des BGer 8C\_38/2022 vom 13. Juli 2022 E. 6.3; URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25, Rz. 1538). In diesem Zusammenhang ist vorzuschicken, dass das H. \_\_\_\_\_ - Gutachten vom 20. Februar 2018 im Verfügungszeitpunkt bereits mehr als

C-2149/2021 Seite 29 zwei Jahre alt war. Ein Beweiswert kann dennoch vorliegen. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung bedeutet das Abstellen auf ein Gutachten, welches zwei Jahre vor dem Erlass der Verfügung erstattet wurde, für sich allein nämlich noch keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, sofern Hinweise für eine Veränderung des Gesundheitszustandes fehlen (vgl. Urteile des BGer 8C\_1024/2010 vom 3. März 2011 E. 2.1; 9C\_1019/2010 vom 30. März 2011 E. 2.3). Im vorliegenden Fall besteht allerdings eine andere Situation. Hier liegen, wie nachfolgend aufzuzeigen ist, deutliche Hinweise auf Veränderungen des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung vor.

### **E. 9.4.1**

Zum einen lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer an verschiedenen somatischen Beschwerden leidet, die seit dem H. \_\_\_\_\_ -Gutachten neu aufgetreten sind. So besteht beim Beschwerdeführer mittlerweile eine Coxarthrose rechts (IV-act. 182), währenddem im Zeitpunkt der Begutachtung lediglich eine solche auf der linken Seite verzeichnet worden war (vgl. IV-act. 151, S. 16). Bereits wenige Monate nach der Begutachtung vom Februar 2018, im Juni 2018, wurde neu eine unkontrollierte Krankheitsaktivität der axialen Spondylarthritis beschrieben, wobei das Ansprechen auf die Therapie zuerst abgewartet werden müsse (IV-act. 164, S. 2). Ungefähr ein Jahr später wurde erst eine leichte Regredienz der humoralen Entzündung beobachtet (IV-act. 195, S. 19). Das Ausmass und die Bedeutung dieser Krankheitsaktivität wurden nicht genauer

abgeklärt. Ebenfalls neu leidet der Beschwerdeführer sodann an einer schweren Claudicatio (BVGer-act. 1, Beilagen 7 und 8). Welche Bewandnis es mit der Behandlung des Beschwerdeführers beim Endokrinologen hat (vgl. dazu IV-act. 183 und 210), ergibt sich ebensowenig aus den Akten und wurde nicht geprüft. Nicht umsonst beschrieb Dr. F.\_\_\_\_\_ im Mai 2019, mit Blick auf den gesamten gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers, eine erhebliche Verschlechterung (IV-act. 182). Die zwischen dem H.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 20. Februar 2018 und der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2020 eingetretenen, gesundheitlichen Veränderungen wurden von der Vorinstanz weder eingehend abgeklärt, noch berücksichtigt noch im Detail gewürdigt. Die Einschätzung des RAD vom 31. Oktober 2019 und 12. März 2020 (IV-act. 202 [S. 6] und 214 [S. 4]), wonach die aktuellen Arztberichte mit Ausnahme der progredienten Coxarthrose rechts keine neuen, nicht bereits bekannten Diagnosen oder Befunde enthielten, welche prinzipiell eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben könnten, und die Coxarthrose zwar über das Belastungsprofil eine qualitative aber keine quantitative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

C-2149/2021 Seite 30 habe, erscheint nicht als plausibel und wurde ohnehin nicht näher begründet. Bei dieser Beurteilung fehlt sodann die Einschätzung der psychischen Komponente und die Auseinandersetzung mit den Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Leiden des Beschwerdeführers gänzlich. Sodann bestehen auch hinsichtlich der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit zwischen dem RAD und den behandelnden Ärzten (Dr. F.\_\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_\_) erhebliche, nicht erklärbare Diskrepanzen. Während ersterer den Beschwerdeführer in angepassten Tätigkeiten für voll arbeitsfähig hält (IV-act. 202 und 214), erachten letztere die Arbeitsfähigkeit auch in solchen Tätigkeiten für weitgehend eingeschränkt (IV-act. 195 und 196, vgl. E. 8.15 f. hiervor).

#### **E. 9.4.2**

Zum anderen bestehen in den Akten deutliche Hinweise auf eine relevante psychische Erkrankung des Beschwerdeführers. So musste dieser Ende Dezember 2019 stationär in eine psychiatrische Klinik eintreten (IV-act. 200, 205, 210). Zudem begab er sich wiederholt in psychiatrische Behandlung beim Psychiater Dr. T.\_\_\_\_\_ (IV-act. 193 [S. 5], 195 [S. 7]) und wurde mit Temesta behandelt (IV-act. 195, S. 16). Regelmässig ist in den Akten von einer schweren oder mittelgradigen Depression, von Angststörungen und Panikattacken die Rede (vgl. z.B. IV-act. 164 [S. 8 und S. 18], 195 [S. 19], 180, 193 [S. 5], 195 [S. 1]; BVGer-act. 1, Beilage 6 und BVGer-act. 13 [dabei mag das Gutachten vom 4. November 2022 zwar auf einen Zeitpunkt nach dem Verfügungserlass datieren; offensichtlich bezieht es sich aber auch auf den Zeitraum vor Verfügungserlass resp. lässt Rückschlüsse darauf zu; es ist daher vorliegend in die Beurteilung miteinzubeziehen {vgl. E. 4.1 hiervor})). In Missachtung ihrer Untersuchungspflicht unterliess es die Vorinstanz, entsprechende Berichte einzuholen. Insbesondere fehlen Arztberichte des Spitals J.\_\_\_\_\_ oder von Dr. T.\_\_\_\_\_. Diese Unterlassung ist umso weniger verständlich, als der Beschwerdeführer bereits früher an invalidisierenden psychischen Gesundheitsschäden gelitten hatte. Der medizinische Sachverhalt erweist sich, insbesondere mit Blick auf die psychischen Beschwerden, ab dem Zeitpunkt der von der IV-Stelle angenommenen Verbesserung des Gesundheitszustandes, d.h. ab November 2017, als offensichtlich nicht geklärt. Der RAD nahm zu diesen weder Stellung noch legte er die medizinischen Unterlagen einem RAD-internen Psychiater vor. Vielmehr beschränkte sich die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle in der Vernehmlassung darauf, auf das

H. \_\_\_\_\_-Gutachten und die Stellungnahmen des RAD im vorinstanzlichen Verfahren (BVGer-act. 7) zu verweisen oder hielt – ohne nähere Begründung und trotz des Hinweises auf den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in einer psychiatrischen Klinik – fest, es werde

C-2149/2021 Seite 31 nicht von einem IV-relevanten psychischen Gesundheitsschaden ausgegangen (IV-act. 202, S. 7).

#### **E. 9.4.3**

Ferner steht – nach der neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichts – die grundsätzliche Behandelbarkeit der Adipositas einem Anspruch auf eine Rente nicht mehr von vornherein entgegen (vgl. Urteil des BGer 8C\_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 5.9 und 5.11 [zur Publ. vorgesehen]). Die IV-Stelle wird auch diesbezüglich zusätzliche Abklärungen zu treffen haben. Untersuchungen betreffend die Adipositas bzw. deren Auswirkungen fehlten nämlich bislang, obschon in den Akten Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Adipositas zu somatischen bzw. psychischen Schäden geführt haben könnte (vgl. z. B. IV-act. 193 [S. 5], 195 [S. 44], 196 [S. 7] und zur bisherigen Rechtsprechung bezüglich Adipositas Urteil des BGer 8C\_496/2012 vom 19. September 2012 E. 2.2).

#### **E. 9.4.4**

Sodann bleibt festzustellen, dass es an einer eingehenden Auseinandersetzung mit den Wechselwirkungen der mannigfaltigen somatischen und psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers (vgl. dazu z.B. IV-act. 164, S. 18) und an einer sauberen Abgrenzung zwischen den IV-rechtlich relevanten Leiden des Beschwerdeführers und seinen belastenden psychosozialen Umständen (z.B. Scheidung von der Ehefrau nach langer Ehe; Arbeitslosigkeit; Umzug nach Italien) fehlt. So hat allein schon die Medikation Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, wie z.B. die Behandlung mit Simponi, welche beim Beschwerdeführer zu einer Herzinsuffizienz führte (BVGer-act. 1, Beilage 5), zeigt.

#### **E. 9.5**

Insgesamt ergibt sich, dass ab dem für die Rentenaufhebung relevanten Zeitpunkt (November 2017) erstens die medizinischen Diagnosen, seien es somatische oder psychische, nicht vollständig erhoben wurden. Zweitens ist in Missachtung des Untersuchungsgrundsatzes der medizinische Sachverhalt nicht aus einer Gesamtsicht gewürdigt worden, obwohl der Beschwerdeführer an verschiedenen Beschwerden leidet, die sich gegenseitig beeinflussen dürften. Drittens fehlt ein umfassendes strukturiertes Beweisverfahren (vgl. hiervor E. 7.7), welches sich aufgrund der massiven psychiatrischen Diagnosen aufdrängen dürfte. Zu den Stellungnahmen des RAD bleibt sodann festzuhalten, dass diese nicht auf eigenen persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers basieren und sie als Aktenberichte die Komplexität des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht zu erfassen vermögen und somit auch keine rechtsgenügende Grundlage für die Beurteilung seiner

C-2149/2021 Seite 32 Restarbeitsfähigkeit bilden (vgl. auch die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach es für eine überzeugende psychiatrische Exploration in aller Regel eines Gesprächs mit dem Patienten bedürfe, weil im Rahmen der Psychiatrie der persönliche Eindruck von ausschlaggebender Bedeutung sei [vgl. Urteile des BGer 8C\_721/2014 vom 27. April 2015 E. 7.3; I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1; Urteil des BVerfG C-3894/2015 vom 8. Februar 2017 E. 6.2.3]). Zudem wird nicht

nachvollziehbar begründet, weshalb und inwiefern den zahlreichen Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, bei denen es sich grösstenteils um Spezialisten handelt und die übereinstimmend eine Verschlechterung des Gesundheitszustands feststellen, nicht gefolgt werden kann. Zusammengefasst sind die von der Rechtsprechung aufgestellten beweisrechtlichen Anforderungen an einen Bericht des internen medizinischen Dienstes (vgl. E. 7.6 hiervor) vorliegend nicht erfüllt. Vielmehr bestehen namhafte Zweifel an der Zuverlässigkeit, Vollständigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, weshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Im Übrigen liegen auch keine anderen, beweiskräftigen medizinischen Berichte im Recht, die aus einer Gesamtsicht eine umfassende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ermöglichen würden. Insgesamt ergibt sich, dass die Vorinstanz den Beweis einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustands ab November 2017 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erbracht hat. Der medizinische Sachverhalt erweist sich ab diesem Zeitpunkt nicht als ausreichend abgeklärt, so dass die angefochtene Verfügung hinsichtlich des Rentenanspruchs ab dem 1. Februar 2018 aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen und zur neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

### **E. 10.1**

Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in Verletzung von Art. 43 ff. ATSG mangelhaft abgeklärt, womit die entscheidungswesentlichen Aspekte ungeklärt geblieben sind. Folglich steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen und hernach neuem Entscheid nichts entgegen (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil des BVGer C-977/2020 vom 6. Juli 2023 E. 10.1; zur Rückweisung bzw. zum Absehen von einem Gerichtsgutachten vgl. auch Urteil des BVGer C-4760/2018 vom 25. Juli 2019 E. 7.2). Dabei ist die Rückweisung schon deshalb angezeigt, weil voraussichtlich eine psychiatrische Teilbegutachtung unter Beachtung der Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens in die Wege zu leiten sein wird (vgl. dazu auch Urteile des BVGer C-5237/2018 vom 2. April 2019 S. 7; C-1444/2015 vom C-2149/2021 Seite 33 17. Oktober 2017 E. 8.14 mit Hinweisen). Ebenso wird zu prüfen sein, ob und inwiefern die schwere Adipositas-Erkrankung (BMI 42,7 kg/m<sup>2</sup>, Schweregrad 3, BVGer-act. 193, S. 1) sich auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, wobei selbstredend die Schadenminderungspflicht nach Art. 7 IVG in die Prüfung miteinzubeziehen sein wird (vgl. hiervor E. 9.4.3; Urteil des BGER 8C\_104/2024 E. 5.10 und E. 5.11).

### **E. 10.2**

Die Vorinstanz ist mithin in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten, eine Verlaufsbeurteilung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen wiederum Expertisen in den Fachbereichen Orthopädie/Rheumatologie, Innere Medizin und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 148 V 49; 143 V 409 und 418; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen weitere Spezialisten beizuziehen sind (wie beispielsweise aus dem Fachgebiet der Endokrinologie), ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär deren Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des

BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Im Gutachten ist – wie dargelegt – von den Experten der zeitliche Verlauf der gesundheitlichen Einschränkungen ab November 2017 darzulegen.

### **E. 10.3**

Die Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungs- stelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom

### **E. 11**

Abschliessend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rück- weisung keine Gefahr einer Schlechterstellung (sog. reformatio in peius) beinhaltet, da dem Beschwerdeführer die bisher zugesprochene, befristete

C-2149/2021 Seite 34 ganze IV-Rente erhalten bleibt. Die diesbezügliche Gewährung des recht- lichen Gehörs (BVGer-act. 21) bleibt mithin obsolet.

### **E. 12.1**

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als voll- ständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das ent- sprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil 8C\_554/2023 vom 16. Januar 2024 E. 5).

### **E. 12.2**

Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihm der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vor- instanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten zu überbinden (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 12.3**

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr er- wachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Feb- ruar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwal- tungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i. V. m. Art. 7 VGKE Anspruch auf eine Parteientschä- digung zu Lasten der Vorinstanz. Dem Gericht steht bei der Festsetzung der Parteientschädigung ein weites Ermessen zu (Urteile des BGer 9C\_637/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2; 8C\_928/2012 vom 26. April 2013 E. 6). Da die Rechtsvertreterin keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfah- rens sowie des gebotenen und aktenkundigen Aufwands (insbesondere mehrfacher Schriftenwechsel) sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint vorliegend eine Partei- entschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne MwSt.; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen (so auch in Urteile des BVGer C- 5481/2021 vom 18. September 2023 E. 8.2;

C-2985/2021 vom 7. September 2023 E. 9.2; C-5466/2020 vom 7. März 2023 E. 10.2).

C-2149/2021 Seite 35 Als (unterliegende) Bundesbehörde hat die Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario sowie Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

C-2149/2021 Seite 36

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