

BVGer C-2483/2019 vom 12. April 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-04-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2483_2019

FR: TAF C-2483/2019 du 12 avril 2021

IT: TAF C-2483/2019 del 12 aprile 2021

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b 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. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

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

E. 2.2

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

E. 2.3

Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, 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; Urteile des BGer 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 und 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 2.4

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger mit aktuellem Aufenthalt in Thailand. Zwischen der Schweiz und Thailand besteht kein Staatsvertrag über Leistungen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. Zu beachten sind aber das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 2.5

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 29. März 2019 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.2

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation

einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.). Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

E. 3.3

Die Stellungnahmen des RAD 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_651/2019 vom 18. Februar 2020 E. 4.3; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 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. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, 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. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 3.4

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). 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). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG).

Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 3.5

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). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.).

E. 4

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Vorinstanz die ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 29. März 2019 zu Recht aufgehoben hat.

E. 4.1

Im Hinblick auf eine Rentenrevision gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG ist zunächst vorliegend der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 15. September 2016 mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 29. März 2019 zu vergleichen und zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 3.5 hiervor).

E. 4.2

Beim Erlass der Verfügung vom 15. September 2016 (Dok. 97; Ausgangszeitpunkt) betreffend die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente ab 1. Juli 2016 stützte sich die Vorinstanz auf folgenden ärztlichen Berichte: - Laborberichte des "E._____ Center of The F._____ University" vom 15. August 2014 (Dok. 56 ff.). - Diagnose des "E._____ Center of The F._____ University" vom 15. August 2014 (Dok. 56): Diastolische Funktionsstörung Grad 1 und ein "Health Record" desselben Spitals (Dok. 57). - Bericht der Radiologie des G._____ Spitals vom 29. September 2014 (Dok. 49) mit folgender Beurteilung: hindeuten auf Pericarditis, rechter unterer Lungenflügel Atelektase, links supraclavicular Lymphknoten vergrössert. - Berichte der Pathologie des G._____ Spitals vom 2. Oktober 2014 (Dok. 53) und 15. Dezember 2014 (Dok. 50 ff.). - Laborberichte des Jahres 2015 (Dok. 54 ff.). - Untersuchungsberichte des "E._____ Center of The F._____ University" (Dok. 58 S. 1 ff.) von 2015 gemäss Angabe des Versicherten

"Untersuchung nach Stent und Nierenproblemen". - Computertomographie (CT) Hals des Instituts für Radiologie des Kantonsspitals H. _____ vom 16. Juni 2015 (Dok. 78). - CT Thorax des Instituts für Radiologie des Kantonsspitals H. _____ vom 16. Juni 2015 (Dok. 79), 9. Juli 2015 (Dok. 77), 13. Juli 2015 (Dok. 76) und 26. August 2015 (Dok. 75). - Am 9. September 2015 berichteten Pract. med. I. _____ und Dr. med. J. _____ der Allgemeinen Inneren und Notfallmedizin des KS H. _____ über die Hospitalisation des Versicherten vom 02.09.2015 bis 09.09.2015 und stellten folgende Hauptdiagnosen (Dok. 69): 1. Seminom pT3, pN3, M1a, Stadium IIIA Erstdiagnose (ED) am 22. Juni 2015 - Aktuell: Elektiver Eintritt 4. Zyklus Chemotherapie Bleomycin, Etoposid, Cisplatin (BEP)-Schema - 16. Juni 2015 CT-Thorax/Abdomen: Multiple pathologisch vergrösserte Lymphknoten torako- abdominal. Harnstauungsniere Grad II/III rechts sowie Grad I links bei mutmasslicher Kompression des Ureters durch Lymph- knotenkonglomerate - 22. Juni 2015 Biopsie Exzizat Lymphknoten zervikal links: Lymphknoten-Fragmente mit Metastase eines Seminoms Therapie: - 26. Juni 2015: Orchiektomie inguinal rechts - 30. Juni 2015 - 3. Juli 2015: 1. Zyklus Chemotherapie mit Paraplatin, Etoposid und Bleomycin - 7. Juli 2015: Ambulante Chemotherapie mit Bleomycin - 14. Juli 2015: Stationäre Chemotherapie mit Bleomycin - 22. Juli 2015 - 26. Juli 2015: 2. Zyklus Chemotherapie mit Paraplatin, Etoposid und Bleomycin 2. Dyselektrolytämie a.e. nutritiv 3. Infekt obere Atemwege 4. Koronare Herzkrankheit - Anamnetisch: Stenteinlage August 2014 in Thailand 5. Chronische, nahrungsabhängige Gastritis Es wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass ab dem 2. September 2015 eine Chemotherapie mit Bleomycin, Etoposid und Cisplatin erfolgt sei. Der Versicherte habe am 9. September in ordentlichem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Untersuchung anlässlich der Hospitalisation wegen eines Sturzes: CT Schädel vom 7. September 2015: keine intrakranielle Blutung, keine Raumforderung, keine Osteolysen [Dok. 74]). - Prof. Dr. med. K. _____, Chefarzt des Instituts für Radiologie des Kantonsspitals H. _____, berichtete am 7. Oktober 2015 Folgendes (Dok. 68): Neu eine vermutlich Bleomycin induzierte Pneumonitis. "Partial response" bei deutlicher Grössenregredienz der thorakoabdominalen Lymphknotenmetastasen, insbesondere der grossen Lymphknotenkonglomerate retroperitoneal. Ebenfalls Grössenregredienz der metastasenverdächtigen Nebennierenläsionen. Vollständig regrediente Harnstauung beidseits. - Dem Bericht von Dr. med. L. _____, Oberarzt der Onkologie des Kantonsspitals H. _____, vom 3. November 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden (Dok. 67): Hauptdiagnose: - Seminomatöser Keimzelltumor Hoden rechts, pT3 cN2 cM1a L1 V0 Pn0 S2, Stadium IIIB, ED Juni 2015, Aktuell: Abschluss der kurativ intendierten Polychemotherapie, Übergang in strukturierte Nachsorge (in Thailand geplant) Nebendiagnosen: - V.a. Bleomycin-induzierte Pneumopathie ED Oktober 2015- Postrenale Niereninsuffizienz Stadium 3- Koronare Herzkrankheit August 2014: anamnetisch Stenteinlage in Thailand, Perikarditis 4 Wochen nach Stentimplantation Er führte im Wesentlichen aus, die Polychemotherapie mit BEP habe Ende September 2015 beendet werden können. Die Therapie sei vom Versicherten mässig toleriert worden. Vor allen Dingen seien signifikante Müdigkeit, ein prolongierter oberer Luftwegsinfekt mit produktivem Husten, allgemeine zunehmende muskuläre Schwäche, Dekonditionierung, Belastungsdyspnoe und intermittierende depressive Verstimmung aufgetreten. Im abschliessenden CT-Scan habe sich eine partielle Regression der initial vorhandenen ausgedehnten lymphogenen Metastasierungen gezeigt. Deutliche Tumorreste seien noch im Bereich des Retroperitoneums darstellbar. Ob diese Reste vitale Tumorzellen entsprechen

würden oder aber Nekrosen, sei aktuell nicht zu klären. Im November sei eine erste geregelte Nachsorgekontrolle vorgesehen. Im CT-Scan vom Oktober zeige sich ein hochgradiger Verdacht auf eine beidseitige Bleomycin-induzierte Pneumopathie. Möglicherweise sei dies auch der Grund für die vorhandene Belastungsdyspnoe. Nach Aussage von Herrn Dr. M._____ wäre eine lungenfunktionelle Standortbestimmung vorzunehmen und bei weiterhin vorhandenem Auswurf wäre eine Sputum-Untersuchung indiziert. - Dem Bericht von Dr. med. M._____, Leitender Arzt des Pneumologie und Schlafmedizin des Kantonsspitals H._____ vom 12. Februar 2016 können folgende Diagnosen entnommen werden (Dok. 65): 1. Seminom pT3, pN3, M1a, Stadium IIIA zuerst diagnostiziert am 22. Juni 2015 Therapie: - 26. Juni 2015 Orchiectomie rechte Seite - Juni bis September 2015: Chemotherapie - Bleomycin-induzierte Lungenschädigung zuerst diagnostiziert (CT-Scan) am 10. Oktober 2015 - Behandlung mit Prednisone 7. - 31. Januar 2016 2. Koronare Herzkrankheit: Koronare Angioplasty im August 2014 in Thailand Ein Lungenfunktionstest habe eine Einschränkung (TLC 51 %, IVC 48 %, FVC 46 %) und eine tiefe Diffusionsfähigkeit (51%) ergeben. In der Blutgasanalyse sei keine Störung des Gasaustauschs beobachtet worden (Aa-gradient 20mmHg). Unter der Behandlung mit Predisone sei das TLC von 51 % auf 57 % und das IVC von 45 % auf 55 % verbessert worden und der Aa-gradient sei von 20 mmHg auf 17 mmHg gesunken. Es gebe starke Anzeichen für eine Pneumonie oder eine eosinophile hypersensible Pneumonitis. Die Therapie mit Glucocorticoid sei ohne exakten histopathologischen Befund der Lungenschädigung indiziert worden. Es werde eine regelmässige Behandlung alle zwei bis drei Wochen in einer Lungenklinik in Thailand empfohlen. - Spirometrie Berichte vom 20. Februar 2016 (Dok. 66) und 21. Mai 2016 (Dok. 90). - Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) (...) Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, attestierte dem Versicherten in seinem Schlussbericht vom 31. Mai 2016 (Dok. 93) eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit von 100 % ab dem 22. Juni 2015. Er führte aus, der Versicherte leide einerseits an einer schweren Krebserkrankung, die trotz Chemotherapie nicht remittiert sei. Andererseits leide er als Komplikation der Chemotherapie an einer schweren Lungenerkrankung, die ihn in seiner täglichen Bewegung entsprechend der Lungenfunktionsprüfung deutlich einschränke. In diesem Sinne sei eine Besserung der Gesundheitssituation nicht zu erwarten. Wahrscheinlich sei sogar, dass die Krebserkrankung fortschreiten werde, was die Prognose deutlich verschlechtere. Im Hinblick auf das Alter des Versicherten würden sich weitere Revisionen erübrigen.

E. 4.3

Der medizinische Sachverhalt stellte sich der IVSTA beim Erlass ihrer Verfügung vom 29. März 2019 (Dok. 134; Vergleichszeitpunkt) wie folgt dar: - Dem Bericht von Prof. Dr. med. O._____ des Instituts für Radiologie des Kantonsspitals H._____ vom 24. September 2018 anlässlich der Hodenkarzinom Nachsorge kann folgende Beurteilung entnommen werden (BVGer-act. 1 Beilage 2): - Grössenstationäres retroperitoneales Weichteilplus (ehemals Positronenemissionstomographie [PET]-negativ)- Keine neu aufgetretenen Organ- oder Lymphknotenmetastasen- Fokales, langstreckiges Ödem des Colon transversum (Differentialdiagnose [DD] Kolitis)- Stationäre Raumforderung der linken Nebenniere, bezüglich Tumor- restgewebe sei in der vorliegenden Untersuchung keine Aussage möglich. Hierzu sei eine erneutes PET-CT zu erwägen - Bekannte fibrotische Residuen bei Status nach Bleomycin-assozii- ierter Pneumonitis- Im mediobasalen Unterlappensegment und laterobasalen Unterlap- pensegment links postentzündliche Veränderung - In seinem Bericht vom 2. Oktober 2018 hielt Dr. med. L._____, Leitender

Arzt der Onkologie des KS H. _____, Folgendes fest (Dok. 115): Hauptdiagnose: - Seminom, pT3 cN2 M1a S2, Stadium IIIB, ED Juni 2015, - aktuell: Fortführung der jährlichen Kontrolle/Nachsorge Nebendiagnosen: - Toxische Pneumonitis ED Oktober 2015: - iR der Bleomycin-haltigen Polychemotherapie bei Dg. 1 - Transienter Steroideinsatz mit signifikanter und anhaltender Symptombesserung - Postrenale Niereninsuffizienz Stadium 3: - Harnstauungsniere Grad II/III rechts sowie Grad I links bei mutmasslicher Kompression des Ureters durch Lymphknotenkonglomerate Aktuell: normale Nierenfunktion, GFR 100 ml/min. - Koronare Herzkrankheit August 2014: - Anamnetisch Stenteinlage in Thailand - Perikarditis 4 Wochen nach Stentimplantation - Adipositas: BMI 39 kg/m² Er führte im Wesentlichen aus, der Versicherte präsentiere sich in einem sehr guten Allgemeinzustand und habe im Alltag weiter an Aktivität zulegen können. Signifikante Einschränkungen bestünden nicht, Langzeitnebenwirkungen der stattgehabten Polychemotherapie seien jedoch immer noch vorhanden in Form einer deutlichen und schmerzhaften Polyneuropathie beider Fusssohlen, die den Versicherten beim Laufen, aber auch z.B. beim Autofahren stören würden. Es sei ein Therapieversuch mit Lyrica (Pregabalin) besprochen worden. Im Rahmen der Nachsorge sei ein CT-Scan erfolgt. Dieser zeige unverändert den sichtbaren Resttumor retroperitoneal. Als Nebenbefund sei ein ödematöses Areal über mehrere Zentimeter im Bereich des Colon transversum beschrieben, klinisch habe der Versicherte dort keinerlei Probleme an, eine Koloskopie sei vor ca. 11 Jahren erfolgt und gemäss dem Versicherten komplett unauffällig gewesen. Bei weiterhin erfreulich verlaufender Nachsorge des therapierten Keimzelltumors sei eine Re-Koloskopie klar zu empfehlen. In diesem Rahmen könne dann auch das vermeintliche Korrelat des CT-Befundes geprüft werden. Dies werde der Versicherte in Thailand in Angriff nehmen und in einem Jahr wieder zur Nachsorge in die Sprechstunde kommen. - Die RAD-Ärztin des Dr. med. P. _____, Fachärztin für Innere und Allgemeine Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. November 2018 (Dok. 118) Folgendes fest: Hauptdiagnose: Seminom pT3pN3M1a, 22.06.2015 - C62.1 Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:- restriktive Pneumopathie- Polyneuropathie in den Füßen Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:- Koronaropathie mit Stenteinlage im August 2014- Gonarthrose links, April 2003- Hepatitis C, 1992 Die RAD-Ärztin attestierte dem Versicherten in seiner angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 22. Juni 2015. Eine Verweisungstätigkeit sei ab 2. Oktober 2018 (Datum des onkologischen Berichts, welcher eine Verbesserung des Zustands attestiert habe) zu 30 % möglich. Der allgemeine Zustand des Versicherten habe sich deutlich verbessert, wenn auch die onkologische Pathologie andauere. Schwere geistige und körperliche Arbeit über längere Zeit sei zu vermeiden. Die Pneumopathie sei nicht kompatibel mit moderater oder anstrengender körperlicher Arbeit. Die Polyneuropathie in den Füßen verursache Schmerzen und vermindere das Gleichgewicht. Seine bisherige Tätigkeit im technischen Service und der Umgebungspflege des Hauses sei nicht mehr möglich, eine angepasste Tätigkeit im administrativen Bereich zu 70 % hingegen schon.

E. 4.4

Es wurden in Rahmen des Vorbescheidverfahrens weitere Berichte eingereicht: - Laborberichte vom 28. März 2018 (Dok. 131) und 4. September 2018 (Dok. 128). - Dem Versicherungsbericht von Dr. med. L. _____, Leitender Arzt der Onkologie des Kantonspitals H. _____, vom 20. Februar 2019 (Dok. 125) an die SVA C. _____ kann entnommen werden, dass der Versicherte an einer signifikanten und ihn im Alltag deutlich belastenden peripheren Polyneuropathie leide. Diese chronischen Beschwerden

(Schmerzproblematik, funktionelle Einschränkungen im Alltag) würden eine reaktive depressive Problematik verursachen. Der "gute" Allgemeinzustand den er in seinem Bericht vom 2. Oktober 2018 ausgeführt habe, beziehe sich auf die insgesamt erfreuliche Entwicklung diverser Körperfunktionen nach Abschluss der Polychemotherapie und der danach eindeutig vorhandenen mittel- bis schwergradigen Komplikationen (vor allem Bleomycin bedingte toxische Pneumonitis, periphere Polyneuropathie). Die Folgen der akuten Pneumonitis mit Dyspnoe seien abgeheilt, jedoch seien noch immer Residuen in den Bildgebungen (CT-Scan) erkennbar. Neuerliche Lungenfunktionen seien nicht durchgeführt worden. Möglicherweise würden sich hier noch den Bildern entsprechende Funktionsdefizite nachweisen lassen. Für die Aktivitäten des täglichen Lebens sei das für den Versicherten zwar ausreichend. Sportliche Betätigungen seien jedoch nicht gut möglich. Die Neuropathie sei belastend und schränke den Versicherten im Alltag signifikant ein. Er habe über die letzten Jahre gelernt, damit umzugehen. Nach der Chemotherapie sei der Versicherte weiterhin in seiner Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie Ausdauerleistung eingeschränkt ("Chemo-Brain"). Bezüglich der onkologischen Fragestellung dürfe man zufrieden sein. Es bestehe aktuell kein Hinweis auf ein Tumorrezidiv oder ein Zweitmalignom. - Die RAD-Ärztin Dr. med. P._____, Fachärztin für Innere und Allgemeine Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2019 (Dok. 132) Folgendes fest: Die Pneumopathie sei erwiesen und in ihrer Stellungnahme vom 15. November 2018 berücksichtigt worden. Eine teilweise Verbesserung sei mit einer Behandlung mit Predisone gemäss Bericht vom 12. Februar 2016 der Pneumologie H._____ beobachtet worden. Eine regelmässige Nachbetreuung alle zwei bis drei Wochen sei empfohlen worden. Es sei richtig, dass keine neuere Lungenfunktionsprüfung vorliege. Die letzte stamme vom 21. Mai 2016. Selbst wenn eine Verschlechterung der Atemfunktion auftreten sollte, würde eine solche die Verweisungstätigkeit nicht beeinträchtigen, falls keine Atemhilfe benötigt würde. Die Polyneuropathie sei berücksichtigt worden. Schmerzen und Ödeme seien logische Folgen und kompatibel mit der Verweisungstätigkeit. Eine neurologische Meinung sei nicht nötig, da die Beeinträchtigung wahrheitsgemäss eingeschätzt und berücksichtigt worden sei. Betreffend die Nierenfunktion wurde festgehalten, dass im Bericht von Dr. med. L._____ vom 2. Oktober 2018 eine normale Nierenfunktion beschrieben worden sei. Der Laborbericht vom 3. September 2018 dagegen zeige eine Insuffizienz Stadium 3. Eine solche wirke sich jedoch lediglich auf eine körperlich anstrengende Arbeit negativ aus. Ferner sei die grosse Ermüdbarkeit des Versicherten als Folge seiner fortdauernden Krebserkrankung berücksichtigt worden.

E. 4.5

Nach Erlass der angefochtenen Verfügung wurden im vorliegenden Beschwerdeverfahren ein weiterer Arztbericht und eine Stellungnahme der RAD-Ärztin vorgelegt: - Dr. med. Q._____, Leitender Arzt des Instituts für Radiologie des Kantonsspitals H._____, berichtete am 11. September 2019 Folgendes (BVGer-act. 16 Beilage 3): - Neu aufgetretene peribronchovaskuläre noduläre Verdichtungen im posterioren Oberlappen rechts DD i.R. chemotherapie induzierter Pneumopathie DD entzündlich DD Metastasen nicht auszuschliessen. Engmaschige CT-Thorax Verlaufskontrolle in 3 Monaten empfohlen - Grössenstationäres retroperitoneales Weichteilplus (im PET Februar 2016 ohne biologische Aktivität) - Bekannte fibrotische Residuen bei Status nach Bleomycin-assoziiertes Pneumonitis - Stationäre Raumforderung der linken Nebenniere, bezüglich vitalem Tumorrestgewebe ist in der vorliegenden Untersuchung weiterhin keine Aussage möglich -

Regredient wandverdicktes Colon transversum - Mit Stellungnahme vom 21. November 2019 zur Replik des Beschwerdeführers hielt die RAD-Ärztin Dr. med. P. _____, Fachärztin für Innere und Allgemeine Medizin, bezugnehmend auf den ärztlichen Bericht (BVGer-act. 18 Beilage) fest: aus dem CT von September 2019 gehe hervor, dass peribronchovaskuläre noduläre Verdichtungen im posterioren Oberlappen rechts festgestellt worden seien, deren Herkunft noch nicht erstellt sei. Eine Kontrolle sei im Dezember 2019 vorgesehen, um festzustellen, ob es sich um eine Fortschreitung der Krebserkrankung handle oder nicht. Dieses Resultat habe jedoch ohne eine Verstärkung der Symptome, einer Verschlechterung der Lungenfunktion oder einer belastenden Behandlung wie Chemo- oder Radiotherapie versicherungstechnisch keine Auswirkungen. Das grössenstationäre retroperitoneale Weichteilplus, die fibrotischen Residuen und die Raumforderung der linken Nebenniere seien gleich geblieben und die Entzündungswerte gesunken (Beilage zu BVGer-act. 18).

E. 5.1

Mit Blick auf die medizinischen Akten ist vorab festzuhalten, dass der vom Beschwerdeführer nachgereichte radiologische Bericht vom 11. September 2019 (vgl. E. 4.5) nach der vorinstanzlichen Verfügung vom 29. März 2019 erging. Aus dem Wortlaut der Beurteilung ergibt sich, dass die darin enthaltenen Schlussfolgerungen des Radiologen (u.a. DD Metastasen nicht auszuschliessen) - entgegen der Meinung der Vorinstanz (BVGer-Dok. 18) - nicht auf einer Wende im Verlauf des Leidens beruhen, sondern aufgrund der jährlich stattfindenden Nachsorge des ursprünglich metastasierten Keimzelltumors jederzeit möglich sind. Sie beziehen sich damit ohne weiteres auch auf den Zeitraum vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens (vgl. E. 2.3). Der Bericht kann somit im vorliegenden Verfahren berücksichtigt werden.

E. 5.2.1

Die Vorinstanz ist bezüglich der Krebserkrankung des Beschwerdeführers der Ansicht, diese sei stabil geblieben (vgl. Dok. 134 und BVGer-act. 14).

E. 5.2.2

Der Onkologe Dr. med. L. _____ berichtete am 2. Oktober 2018 denn auch von einer erfreulich verlaufenden Nachsorge des therapierten Keimzelltumors. Prof. Dr. med. O. _____, Facharzt für Radiologie, empfahl am 24. September 2018 jedoch ein erneutes PET-CT zu erwägen, da in seiner Untersuchung bezüglich Tumorrestgewebe (stationäre Raumforderung der linken Nebenniere) keine Aussage möglich gewesen sei. Hierzu äusserte sich Dr. med. L. _____ in seinem Bericht vom 2. Oktober 2018 nicht. Auch der Radiologe Dr. med. Q. _____ führte am 11. September 2019, übereinstimmend mit Dr. med. O. _____, aus, dass bezüglich vitalem Tumorrestgewebe in der Untersuchung (stationäre Raumforderung der linken Nebenniere) weiterhin keine Aussage möglich sei. Sodann empfahl Dr. med. L. _____ in seinem Bericht vom 2. Oktober 2018 aufgrund des im CT-Scan festgestellten ödematösen Areals über mehrere Zentimeter im Bereich des Colon transversum eine Re-Koloskopie. Ferner sind gemäss dem Bericht des Radiologen Dr. med. Q. _____ vom 11. September 2019 (BVGer-act. 16 Beilage 3) aufgrund neu aufgetretenen peribronchovaskulären nodulären Verdichtungen im posterioren Oberlappen rechts als Differentialdiagnose u.a. Metastasen nicht auszuschliessen.

E. 5.2.3

Angesichts der gestellten Differentialdiagnose, dass Metastasen nicht auszuschliessen seien und der nicht durchgeführten PET-CT sowie Re-Koloskopie kann bezüglich der Krebserkrankung nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden, der eine blosser Aktenbeurteilung als genügend erscheinen lässt (vgl. E. 3.3).

E. 5.3.1

Des Weiteren geht die Vorinstanz gestützt auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin davon aus (Dok. 134 und BVGer-act. 14), dass in Bezug auf die Pneumonitis eine signifikante und anhaltende Symptomverbesserung eingetreten sei. An dieser Einschätzung würden auch die Residuen in den Bildgebungen (CT-Scan) nichts ändern. Die Arbeitsfähigkeit wäre nur dann aus pneumologischer Sicht in erheblichem Masse eingeschränkt, wenn eine Atemunterstützung oder eine Sauerstofftherapie notwendig wäre, was vorliegend nicht der Fall sei.

E. 5.3.2

Dagegen führte der Beschwerdeführer aus, sein Onkologe schreibe in seinem Bericht vom 20. Februar 2019, dass eine mittel- bis schwergradige Komplikation der Pneumonitis vorhanden sei (BVGer-act. 1 Beschwerde S. 2). Dem CT-Bericht vom 11. September 2019 könne entnommen werden, dass die Pneumopathie schlimmer geworden sei (vgl. BVGer-act. 16).

E. 5.3.3

Der behandelnde Pneumologe Dr. med. M. _____ sprach in seinem Bericht vom 12. Februar 2016 zwar von einer Verbesserung der durch Bleomycin verursachte Lungenschädigung aufgrund der Behandlung mit Predisone. Des Weiteren führte er aus, es gebe starke Anzeichen für eine Pneumonie oder eine eosinophile hypersensible Pneumonitis (vgl. E. 4.2). Seine Empfehlung, eine regelmässige Behandlung alle zwei bis drei Wochen in einer Lungenklinik fortzuführen, ist gemäss den Akten jedoch nicht erfolgt. So fand lediglich am 20. Februar 2016 und am 21. Mai 2016 eine Spirometrie statt (vgl. E. 4.2). Der Onkologe Dr. med. L. _____ ist in seinem Bericht vom 20. Februar 2019 der Ansicht, die Folgen der akuten Pneumonitis mit Dyspnoe seien zwar abgeheilt, jedoch seien noch immer Residuen in den Bildgebungen (CT-Scan) erkennbar. Neuerliche Lungenfunktionen seien nicht durchgeführt worden. Möglicherweise würden sich hier noch den Bildern entsprechende Funktionsdefizite nachweisen lassen. Auch die RAD-Ärztin stellte in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2019 fest, dass die letzte Lungenfunktionsprüfung vom 21. Mai 2016 stamme (vgl. E. 4.4).

E. 5.3.4

Auch bezüglich dieses Leidens kann somit nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden, der eine blosser Aktenbeurteilung als genügend erscheinen lässt (vgl. E. 3.3). Ferner fehlt es den vorhandenen Berichten, wie vom Beschwerdeführer zu Recht vorgebracht wurde, an einer fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

E. 5.4.1

Sodann hielt die Vorinstanz gestützt auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin fest (Dok. 134 und BVGer-act. 14), die polyneuropathischen Beschwerden, welche Schmerzen und Ödeme der unteren Gliedmassen verursachen würden, seien medizinisch bestätigt und bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden. Eine weitergehende

neurologische Abklärung sei daher nicht notwendig. Aufgrund der Polyneuropathie bedingten Einschränkungen sollten wechselbelastende Tätigkeiten ausgeübt werden, die keine häufige Fortbewegung oder Treppensteigen erfordern würden. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei sie dahingehend berücksichtigt worden, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit anerkannt werde. Die Ausübung leichter, statischer und sitzender oder wechselbelastender Tätigkeiten im administrativen Bereich sei hingegen möglich und zumutbar.

E. 5.4.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor (BVGer-act. 1), seine Polyneuropathie habe sich nicht gebessert. Er beantrage eine neurologische Untersuchung. Die Schmerzen in seinen Füßen seien teilweise so stark, dass er nicht ohne starke Schmerzmittel auskomme. Doch auch diese würden gegen Krämpfe nichts nützen. Zudem dürfe er aufgrund seines Nierenleidens auch keine starken Schmerzmittel nehmen. Er könne heute aufgrund seiner Schmerzen nur noch 30 Minuten am Stück Auto fahren.

E. 5.4.3

Dr. med. L. _____, Facharzt für Onkologie, spricht in seinem Bericht vom 2. Oktober 2018 von einer deutlichen und schmerzhaften Polyneuropathie beider Fusssohlen, die den Versicherten beim Laufen, aber auch z.B. beim Autofahren stören würden. Es sei ein Therapieversuch mit Lyrica (Pregabalin) besprochen worden. Seinem Versicherungsbericht vom 20. Februar 2019 kann entnommen werden, dass der Versicherte an einer signifikanten und ihn im Alltag deutlich belastenden peripheren Polyneuropathie leide. Eine Besserung sei nicht zu erwarten. Das Erholungspotential sei diesbezüglich extrem gering. Nach der Chemotherapie sei der Versicherte weiterhin in seiner Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie Ausdauerleistung eingeschränkt "Chemo-Brain", weshalb er gewisse Arbeiten zum Beispiel am Computer für kürzere Zeit zwar verrichten könne, danach aber eine längere Pause benötige, um sich zu erholen.

E. 5.4.4

Polyneuropathien sind generalisierte Erkrankungen des peripheren Nervensystems (vgl. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, Diagnostik bei Polyneuropathien, herausgegeben von der Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, S. 8 < 030-0671_S1_Diagnostik-Polyneuropathien_2020-04.pdf (awmf.org) >, abgerufen am 23.02.2021). Den Akten sind keine neurologischen Befunde zu entnehmen. Die Beurteilung der RAD Ärztin Dr. med. P. _____, Fachärztin für Innere und Allgemeine Medizin, vermag nicht zu überzeugen, da sie als Internistin und Allgemeinmedizinerin nicht über die nötige Qualifikation als Fachärztin der Neurologie verfügt, um die vorliegenden somatischen Befunde sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers umfassend und abschliessend zu würdigen.

E. 5.5.1

Ferner führte die Vorinstanz aus, Dr. med. L. _____ beschreibe zwar eine reaktive depressive Problematik aufgrund der chronischen Beschwerden. Diese habe aber keine psychiatrische Behandlung erforderlich gemacht. Eine reaktive Depression aufgrund der angekündigten Rentenaufhebung, wie der Versicherte in seinem Schreiben vom 27. Februar 2019 dargestellt habe, stelle keine invalidisierende psychische Beeinträchtigung dar, weshalb eine psychiatrische Abklärung nicht angezeigt sei.

E. 5.5.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, er leide an Depressionen und beantrage eine psychiatrische Abklärung. Nur weil er keinen Psychiater aufsuche, unterstelle ihm die Vorinstanz, dass seine Leiden nicht wahr seien. Er lebe in einer sehr guten Partnerschaft und habe fast wöchentlichen Kontakt zu seiner Ex-Partnerin, die Psychiatrie Krankenschwester sei und ihn seit der Chemotherapie unterstützte. Auch die Gespräche mit den Gästen in der Residenz würden ihm den Psychiater ersetzen (BVGer-act. 1). In seinem Schreiben vom 27. Februar 2019 führte der Beschwerdeführer aus, dass der Vorbescheid der Vorinstanz bei ihm eine Depression ausgelöst habe. Ferner gab er bekannt, dass er schon lange darunter leide, dass er seiner Frau nicht mehr helfen könne und ihr zur Last falle. Die IV-Rente habe dies ein wenig abgefedert. Da die Polyneuropathie immer schlimmer geworden sei, hätten Dr. med. L._____ und er es mit einem Psychopharmakon versucht. Da dies nichts genützt habe, nehme er nun Schmerzmittel.

E. 5.5.3

Bereits in seinem Bericht vom 3. November 2015 (vgl. E. 4.2) hielt der behandelnde Onkologe Dr. med. L._____ eine intermittierende depressive Verstimmung des Versicherten fest. Ferner äusserte er sich am 20. Februar 2019 dahingehend (vgl. E. 4.4), dass die chronischen Beschwerden beim Versicherten eine reaktive depressive Problematik verursachen würden.

E. 5.5.4

Angesichts der bereits im Jahr 2015 festgestellten, wenn auch lediglich intermittierenden, depressiven Verstimmung und einer fehlenden fachärztlichen psychiatrischen Untersuchung kann auch hier nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden, der eine blosser Aktenbeurteilung als genügend erscheinen lässt. Im Lichte der erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Aktenbeurteilungen versicherungsinterner Ärzte kann demzufolge auch bezüglich dieses Leidens nicht auf die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. P._____ abgestellt werden. Das gilt hier umso mehr, als es sich bei der RAD Ärztin nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie handelt und eine psychiatrische Beurteilung nur ausnahmsweise in Form eines reinen Aktengutachtens erfolgen soll (vgl. Urteil des BGer 9C_164/2013 vom 4. September 2013 E. 3.2.3).

E. 5.6

In der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der RAD-Ärztin Dr. med. P._____ bestehen somit Zweifel. Ein Vergleich des Gesundheitszustandes im Ausgangs- und im Vergleichszeitpunkt ist mit den vorhandenen Akten daher nicht möglich.

E. 5.7

Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie vorliegend, ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen und der Grad der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine solche Gesamtbeurteilung.

E. 5.8

Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht mit den RAD-Aktenberichten begnügen dürfen, sondern hätte ein polydisziplinäres Gutachten veranlassen müssen. Indem

sie dies unterliess und damit den medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend abklärte, verletzte sie Bundesrecht.

E. 6.1

Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die Aufhebung der Invalidenrente zu Recht erfolgt ist. Bei dieser Sachlage kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden. In Gutheissung des Antrags des Beschwerdeführers ist die Sache daher an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 6.2

Angezeigt ist eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Onkologie, Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVGer C-2820/2019 vom 18. Januar 2021 E. 9.4).

E. 6.3.1

Mit der interdisziplinären Begutachtung kann, sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die gutachterliche Beurteilung der psychischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat dabei in Anwendung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen, wobei unter dem Indikator Komorbidität im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; BGE 141 V 281 E. 3.6 ff.; Urteil des BGer 9C_21/2017 E. 5.2.1). Weiter hat das polydisziplinäre Gutachten die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen und insbesondere einen Zustandsvergleich zu enthalten.

E. 6.3.2

Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen. Folglich haben sie auch den im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. Q._____ vom 11. September 2019 (BVGer-act. 16 Beilage 3) zu würdigen. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

E. 6.3.3

Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermöglichen, ist die Durchführung der interdisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut

sein muss (Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil C-2820/2019 E. 9.5 m.H.). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (BGE 139 V 349 E. 5.2.1), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

E. 7

Nach neuer Ermittlung des vollständigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (Urteile des BGer 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (Urteil des BVer C-2927/2019 vom 6. November 2020 E. 8 m.H.).

E. 8

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz unterliess, eine umfassende medizinische Abklärung zu veranlassen. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 29. März 2019 aufzuheben und die Sache, zur umfassenden Prüfung des Leistungsanspruchs in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 9

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG). (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

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