

BVGer C-4695/2019 vom 31. Juli 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-07-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4695_2019_d20190731

FR: TAF C-4695/2019 du 31 juillet 2019

IT: TAF C-4695/2019 del 31 luglio 2019

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung (IV), Rentenanspruch, Verfügung der IVSTA vom 31. Juli 2019

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. b ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist daher einzutreten, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 i.V.m. Art. 21 Abs. 3 VwVG).

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

C-4695/2019 Seite 8

E. 2.2

Bis zum Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe (März 2017) war der Beschwerdeführer als Grenzgänger in (...) erwerbstätig. Im Zeitpunkt der Anmeldung bei der IV-Stelle D. _____ (Juni 2017) wohnte er im benachbarten (...) (F), wo er heute noch lebt (IVSTA-act. 8). Der Beschwerdeführer macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf

den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle D._____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und die IVSTA bzw. Vorinstanz war kompetent für den Erlass der angefochtenen Verfügung.

E. 2.5

mg 0-0-1 (seit ca. Anfang 2018).

Dr. G._____ führte am 3. Juli 2018 – neben einer Befragung und einer kardiologischen Untersuchung des Beschwerdeführers – ein Ruhe-EKG, eine Ergometrie sowie eine transthorakale Echokardiografie durch (S. 2). In seiner Beurteilung (S. 8 ff.) kommt Dr. G._____ zum Schluss, dass während der rhythmologisch instabilen Situation und Abklärung von ca. 2015 bis Januar 2018 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seinem angestammten Beruf als Projektleiter bestanden habe. Seit 2018 liege aus rein kardiologischer Sicht eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf vor. Da ein Arbeitsversuch des Beschwerdeführers bei einem Pensum von 50 % aber an der geringen Leistungsfähigkeit gescheitert sei, wäre laut Dr. G._____ aufgrund des vermehrten Zeitbedarfs eine Präsenz von 70 % nötig. Für leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten, die stressfrei durchgeführt werden könnten, sei der Beschwerdeführer hingegen zu 80 % arbeitsfähig, wobei die 20 %-ige

C-4695/2019 Seite 17 Arbeitsunfähigkeit dem vermehrten Pausenbedarf aufgrund der Medikation Rechnung trage. Eine stressfreie Tätigkeit mit vor allem sitzender bis maximal mittelschwerer körperlicher Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu 100 % zumutbar. Sehr stressbelastende Arbeiten und körperliche Arbeiten seien dem Beschwerdeführer jedoch nicht zuzumuten. Auch dürfe der Beschwerdeführer Arbeiten in starken Magnetfeldern sowie mit mechanischer Beanspruchung der ICD-Loge nicht durchführen. Ebenso wenig seien Arbeiten verbunden mit Nacht- und Schichtarbeit zumutbar.

E. 3.1

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. 3.2

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

E. 3.3

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). 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).

E. 4.1

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). Das am 1. Januar 2022 in Kraft getretene revidierte IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017

C-4695/2019 Seite 9 2535) findet hier keine Anwendung, weil die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging (vgl. statt vieler: BGE 148 V 174 E. 4.1).

E. 4.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 31. Juli 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 4.3

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger, wohnt in Frankreich und war in der AHV/IV versichert. Es liegt damit offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1 m.H.). Folglich gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 5.1

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

C-4695/2019 Seite 10 Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare

Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

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 Eingliederungs- massnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 5.3

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).

E. 5.4

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

E. 5.5

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 (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 5.5.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des

C-4695/2019 Seite 11 streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

E. 5.5.2

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). Ausschlaggebend für den

Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss aber über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 5.5.3

Versicherungsexterne Gutachten haben vollen Beweiswert, wenn sie den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen und nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465; 125 V 351 E. 3b/bb). Werden solche Expertisen demnach durch anerkannte Spezialärztinnen und -ärzte aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet und gelangen diese Arztpersonen bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen, so kommt diesen Gutachten volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 122 V 157 E. 1 c; 104 V 209 E. c).

E. 5.5.4

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die RAD-Berichte sind als versicherungsinterne Dokumente zu

C-4695/2019 Seite 12 würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f. sowie 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 5.5.5

Die Berichte und Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können – wie reine 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 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 sei (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1; Urteile des BGer 8C_756/2008 E. 4.4 m.H. [SVR 2009 IV Nr. 50] sowie 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). 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. 5.5.6

Der Umstand, dass ein Gutachten im Auftrag eines Krankentaggeld-versicherers – und somit nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG (vgl. dazu BGE 141 V 330 E. 3.2; 137 V 210 E. 3.4.2.9) – erstellt wurde, spricht nicht gegen dessen Beweiskraft für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung. Indessen sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind – wie bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen – ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Einem «Fremdgutachten» kommt somit nicht von vornherein dieselbe Beweiskraft zu wie einer gerichtlich oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Expertise unabhängiger Sachverständiger (Urteil des BGer 9C_280/2020 vom 12. August 2020 E. 2.2 m.w.H.).

C-4695/2019 Seite 13

E. 5.5.7

Grundsätzlich besitzt auch das Parteigutachten, welches von der versicherten Person eigenständig bei einem Dritten eingeholt wird, nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder Sozialversicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten (vgl. BGE 125 V 351). Es gibt auch keinen Anspruch der versicherten Person, abschliessend nach einem Parteigutachten beurteilt zu werden (vgl. KASPAR GERBER, Das medizinische Privatgutachten in der Invalidenversicherung, in: Jusletter vom 10. August 2009, Rz. 3), genauso wenig wie die rechtsanwendenden Behörden ein solches allein mit Blick auf diese Eigenschaft unbeachtet lassen dürfen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/dd; Urteil des BGer 8C_200/2018 vom 7. August 2018 E. 6.2). Das Parteigutachten verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3c; Urteil des BGer 8C_635/2022 vom 16. Februar 2023 E. 4.1 m.H.).

E. 5.5.8

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von

versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

C-4695/2019 Seite 14

E. 6

Vorliegend ist streitig, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Zunächst ist zu prüfen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt ist.

E. 6.1

Die Vorinstanz nahm hinsichtlich der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten: – Compte-rendu, Laboratoire d'épreuve d'effort, (...) (F), vom 23.3.2017 (IVSTA-act. 28/27 ff.), 7.12.2017 (IVSTA-act. 28/19); – Bulletin/Certificat d'hospitalisation, L._____, (...) (F), vom 8.4.2017 (IVSTA-act. 9/6), 10.4.2017 (IVSTA-act. 9/5, 12/11, 31/72), Hôpital civil, (...) (F), vom 9.4.2017 (IVSTA-act. 9/7, 12/13, 31/74), 13.4.2017 (IVSTA-act. 9/8, 12/12, 31/73); – Avis d'arrêt de travail vom 13.4.2017 (IVSTA-act. 12/10, 31/71), 21.4.2017 (IVSTA-act. 9/4, 12/9, 31/70), 7.6.2017 (IVSTA-act. 9/1, 12/7), 11.6.2017 (IVSTA-act. 24.6), 22.6.2017 (IVSTA-act. 24.5); – Certificat/Rapport médical, Dr. med. M._____, médecine générale, (...) (F), vom 18.5.2017 (IVSTA-act. 9/3, 12/8, 31/69), 31.5.2017 (IVSTA-act. 12/6, 31/67), 9.6.2017 (IVSTA-act. 9/2), 12.7.2017 (IVSTA-act. 15/2 ff., 31/66), 31.7.2017 (IVSTA-act. 18/2, 31/65, 31/38), 28.8.2017 (IVSTA-act. 31/64), 25.9.2017 (IVSTA-act. 31/63), 20.10.2017 (IVSTA-act. 31/62), 20.11.2017 (IVSTA-act. 31/61), 20.12.2017 (IVSTA-act. 31/78), 18.1.2018 (IVSTA-act. 31/79), 22.2.2018 (IVSTA-act. 31/83), 26.2.2018 (IVSTA-act. 28/2 ff.); – Berichte, Dr. med. N._____, Cabinet de Cardiologie, (...) (F), vom 21.11.2016 (IVSTA-act. 15/42, 28/25), 16.5.2017 (IVSTA-act. 13/7), 29.5.2017 (IVSTA-act. 13/9), 9.9.2017 (IVSTA-act. 28/11 ff.), 9.11.2017 (IVSTA-act. 28/7), 22.5.2019 (IVSTA-act. 65/2); – Bericht, Clinique O._____, (...) (F), vom 9.1.2018 (IVSTA-act. 28/10), 7.2.2018 (IVSTA-act. 28/9); – Kardiologisches Gutachten/kardiologische Rückfragen/kardiologische Stellungnahme, Dr. med. G._____, FMH Kardiologie, (...) (P._____), vom 3.7.2018 (IVSTA-act. 34), 23.10.2018 (IVSTA-act. 43), 22./23.5.2019 (IVSTA-act. 64); – Contre-expertise médicale, Dr. med. H._____, Cabinet de cardiologie, (...) (F), vom 3.12.2018 (IVSTA-act. 45, 46/2 f.); – Arztbrief, Dr. med. I._____, Universitätsspital Q._____, Kardiovaskuläre Prävention/ambulante Klinik, vom 18.4.2019 (IVSTA-act. 58/6 ff.); – Medizinische Stellungnahmen/Berichte des RAD, Dr. med. R._____, Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin FMH, vom 18.8.2017 (IVSTA-act. 20), Dr. med. S._____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 26.7.2018 (IVSTA-act. 35), 29.9.2018 (IVSTA-act. 41), 24.1.2019 (IVSTA-act. 48/2 f.), 10.5.2019 (IVSTA-act. 60), 6.6.2019 (IVSTA-act. 67), 30.10.2019 (IVSTA-act. 78).

C-4695/2019 Seite 15

E. 6.2

Die angefochtene Verfügung stützt sich namentlich auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. S._____, vom 24. Januar 2019 und 6. Juni 2019, welche auf das «kardiologische Gutachten» von Dr. G._____, vom 3. Juli 2018 bzw. auf dessen Stellungnahmen vom 23. Oktober 2018 und 22. bzw. 23. Mai 2019 abstellen.

E. 6.2.1

Der RAD-Arzt und Allgemeinmediziner Dr. S. _____ (nachfolgend auch: RAD-Arzt) äussert sich in seinen – der angefochtenen Verfügung zu- grunde liegenden – Stellungnahmen im Wesentlichen wie folgt:

E. 6.2.1.1

In der Stellungnahme vom 24. Januar 2019 (IVSTA-act. 48/2 ff.) kommt der RAD-Arzt – namentlich nach Einsicht in die Stellungnahme des Kardiologen Dr. G. _____ vom 23. Oktober 2018 (IVSTA-act. 43) und in das Gegengutachten des Kardiologen Dr. H. _____ vom 3. Dezember 2018 (IVSTA-act. 45, 46/2) – zum Schluss, dass gemäss versicherungsmedizinischer Beurteilung auf die gutachterliche Einschätzung von Dr. G. _____ abzustellen sei. Angesichts der abweichenden Einschätzung von Dr. H. _____ aus Frankreich ist laut RAD-Arzt fraglich, ob sich dieser der differenzierten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Schweizer Sozialversicherungssystem bewusst sei. Der RAD-Arzt attestiert dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit folglich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit März 2017. In einer leidensangepassten Verweistätigkeit (körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Vermeidung von andauerndem Stress) geht der RAD-Arzt beim Beschwerdeführer von März bis Dezember 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab Januar 2018 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % aus.

E. 6.2.1.2

In der Stellungnahme vom 6. Juni 2019 (IVSTA-act. 67/2 ff.) gelangt der RAD-Arzt – nach Vorlage der Stellungnahme von Dr. G. _____ vom 22. bzw. 23. Mai 2019 (IVSTA-act. 64) sowie des Berichts des behandelnden Kardiologen Dr. N. _____ vom 22. Mai 2019 (IVSTA-act. 65/2) – zur versicherungsmedizinischen Beurteilung, dass die vorgelegte Stellungnahme von Dr. G. _____ ausführlich, differenziert und versicherungsmedizinisch nachvollziehbar sei. Der RAD-Arzt empfiehlt daher, an der bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festzuhalten.

E. 6.2.2

Aus den vom Kardiologen Dr. G. _____ aus (...) erstellten aktenkundigen medizinischen Unterlagen, auf welche der RAD-Arzt abstellt, ergibt sich im Wesentlichen das Folgende:

C-4695/2019 Seite 16

E. 6.2.2.1

Im «kardiologischen Gutachten» vom 3. Juli 2018 (IVSTA-act. 34), welches zuhanden der F. _____ verfasst wurde, erhebt Dr. G. _____ beim Beschwerdeführer die folgenden Diagnosen: «Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit 1. Status nach Myokarditis unklaren Datums – Polytope ventrikuläre Extrasystolen bis hin zu selbstlimitierenden Kamertachykardien, Erstdiagnose 2005 – Status nach Ablationsbehandlung (...) 6/16 – Persistierende ausgeprägte ventrikuläre Ektopie, seit der Therapie mit Flecainid und Bisoprolol deutliche Besserung – Status nach Implantation eines Defibrillators 11.04.2017 (...), bisher ohne Aktivierung – Herz-MRI: Narbe lateral und apikal mit leicht eingeschränkter EF von 51 % (letzte MRI-Untersuchung 1/17) – Echo 7/18: Apikale Hypo- bis Akinesie, leicht dilatierter linker Ventrikel, EF 53 %, diastolische Dysfunktion Grad II, leichte Mitralinsuffizienz»

«Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit 1. Rezidivierende Synkopen, wahrscheinlich vasovagaler Ätiologie 2. Penicillinallergie 3. Status nach geringem Nikotinkonsum bis vor 5 Jahren»

Als derzeitige Medikation wird erwähnt (S. 5): Flecainid 200 mg 1-0-0, Bisoprolol

E. 6.2.2.2

In seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2018 (IVSTA-act. 43) präzisiert der Kardiologe Dr. G._____ – aufgrund der Rückfragen der IV- Stelle D._____ (IVSTA-act. 36, 42) – seine bisherige Beurteilung dahin- gehend, dass der Beschwerdeführer rückwirkend von Anfang 2015 bis Ende 2017 auch für eine angepasste Tätigkeit nur zu 50 % arbeitsfähig anzusehen sei. Seit Januar 2018 bestehe jedoch eine 100 %-ige Arbeits- fähigkeit für eine angepasste Tätigkeit. Es gelte insgesamt, dass eine sit- zende, stressfreie, leichte Arbeit als adaptierte Arbeit anzusehen sei und der Beschwerdeführer dabei seit Januar 2018 zu 100 % arbeitsfähig sei. Eine mittelschwere körperliche, stressfreie Arbeit verursache jedoch etwas mehr Pausenbedarf und könne – bei einer Präsenz von 100 % – zu 80 % ausgeführt werden. Insofern sei die mittelschwere Arbeit nicht als vollstän- dig adaptiert anzusehen.

E. 6.2.2.3

In einer weiteren Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 (IV- STA-act. 64), welche nach Vorlage der vom Beschwerdeführer eingereich- ten medizinischen Unterlagen zuhanden der IV-Stelle D._____ erfolgte (IVSTA-act. 62), hält der Kardiologe Dr. G._____ an seiner bisherigen Beurteilung fest, wonach der Beschwerdeführer bei einer leichten und stressfreien Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für mittelschwere Arbeiten reduziert Dr. G._____ – angesichts der doch ausgeprägteren, zumindest intermittierend vorhande- nen ventrikulären Extrasystolen – allerdings auf 50 % wegen vermehrten Pausenbedarfs. Ausserdem erwähnt Dr. G._____ in seiner Stellung- nahme, dass ein Ausbau der Betablockertherapie und eine allfällige Amio- daron-Therapie möglich und sinnvoll erschienen, weshalb die medikamen- töse Therapie noch nicht vollständig ausgeschöpft sei (IVSTA-act. 64/5). Zudem würden sicherlich die Verarbeitung der Rhythmusstörungen und die dabei auftretende Angst eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Insofern sei allenfalls auch eine psychiatrische Beurteilung in Auftrag zu geben (IVSTA- act. 64/7).

C-4695/2019 Seite 18

E. 6.3

Der Beschwerdeführer bestreitet die Beweiskraft der medizinischen Unterlagen, welche der angefochtenen Verfügung zugrunde liegen.

E. 6.3.1

Der Beschwerdeführer kritisiert im Beschwerdeverfahren (BVGer- act. 1, 16) – wie bereits im Vorbescheidverfahren (IVSTA-act. 57, 58) – die Auffassung der Vorinstanz, wonach dem Beschwerdeführer – gestützt auf die Einschätzung des RAD-Arzt es – leichte und mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar seien. Damit werde – ohne Begründung – sogar von einer höheren Arbeitsfähigkeit für mittelschwere Tätigkeiten ausgegangen als in der von Dr. G._____ vorgenommenen Beurteilung, weshalb die angefochtene Verfügung auf falschen Annahmen beruhe und aufzuheben sei. Der Beschwerdeführer macht geltend, Dr. G._____ und der RAD- Arzt würden – trotz fehlender aktenkundiger Unterlagen – davon ausge- hen, dass ab Januar 2018 eine Stabilität der Situation eingetreten sei, wel- che

die Erhöhung der Arbeitsfähigkeit begründe. Dies stehe aber namentlich im Widerspruch zu den Ergebnissen anlässlich der im Universitätsspital Q._____ durchgeführten umfassenden Untersuchung vom 18. April 2019. Auf die Einschätzung von Dr. G._____, deren Begründung nicht nachvollziehbar und im Widerspruch zu früheren Äusserungen stehe, könne somit nicht abgestellt werden. Vielmehr sei auf die von Dr. I._____, Dr. H._____ sowie Dr. M._____ vorgenommene Einschätzung einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter, stressfreier Tätigkeit abzustellen und dem Beschwerdeführer eine entsprechende Rente auszurichten. Weiter rügt der Beschwerdeführer, die Vorinstanz habe unterlassen zu klären, ob die Untersuchungsbefunde vom 18. April 2019 – wie von Dr. G._____ erwähnt – auf eine geringere Be- tablockerwirkung oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zurückzuführen seien. Damit habe sie den medizinischen Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt. Es sei daher eventualiter eine neue Begutachtung auf der Grundlage sämtlicher Akten und nach erneuter Untersuchung mit überwachter Einnahme der Medikamente durchzuführen, sofern auf die von Dr. I._____ und Dr. H._____ vorgenommenen Einschätzungen nicht abgestellt werden sollte (vgl. insb. BVGer-act. 1 Rz. 23 ff.). Der Beschwerdeführer stützt seine Argumentation namentlich auf die folgenden, mehrheitlich bereits im Vorverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen, deren fehlende oder unrichtige Würdigung seitens der Vorinstanz er sinngemäss beanstandet.

E. 6.3.2

Zunächst beruft sich der Beschwerdeführer auf die im Vorverfahren eingereichten Belege der behandelnden Arztpersonen: Die Hausärztin und Allgemeinmedizinerin Dr. M._____ aus (...) (F) attestierte dem

C-4695/2019 Seite 19 Beschwerdeführer gemäss Vorakten ab dem 23. März 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, ab dem 13. Juni 2017 (IVSTA-act. 12/6) bzw. 17. Juli 2017 eine solche von 50 % und ab dem 20. August 2017 bis auf unbestimmte Zeit erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IVSTA-act. 28/3). Eine Äusserung zur Prognose erachtete die Hausärztin als schwierig (IVSTA-act. 28/3). Eine zu erwartende Erhöhung der Arbeitsfähigkeit schloss sie aus (IVSTA-act. 28/4). Laut Dr. M._____ leidet der Beschwerdeführer an einer ventrikulären Tachykardie als Folge einer Myokarditis (IVSTA-act. 9/2). Der behandelnde Kardiologe Dr. N._____ aus (...) ging laut Vorakten am 29. Mai 2017 ebenfalls davon aus, dass der Beschwerdeführer ab Mitte Juni 2017 wieder zu 50 % arbeitsfähig sei (IVSTA-act. 13/9). Im Bericht vom 9. November 2017 kam Dr. N._____ zu folgendem Schluss: «Examen cardiovasculaire stable. Probable récidence du trouble de rythme ventriculaire. Contrôle DAI fin novembre à (...). Épreuve d'effort prévue, échocardiographie d'expertise de contrôle prévue auprès du Docteur H._____» (IVSTA-act. 28/8). Der Beschwerdeführer folgert daraus, dass Dr. N._____ eine stabile rhythmologische Situation nicht habe feststellen können (BVGer-act. 16 Rz. 8).

E. 6.3.3

Weiter stützt sich der Beschwerdeführer auf das von ihm bei der IV-Stelle D._____ eingereichte Gegengutachten («Contre-expertise médicale»), welches der Kardiologe Dr. H._____ aus (...) am 3. Dezember 2018 erstellte (IVSTA-act. 45/2; Eingang: 11. Dezember 2018) und nachträglich – auf Wunsch des Beschwerdeführers bzw. seiner Rechtsvertreterin – ergänzte (IVSTA-act. 46; Eingang: 20. Dezember 2018). Dr.

H._____ geht – nach Untersuchung des Beschwerdeführers – von folgender Diagnose aus: «Cardiomyopathie avec hyperexcitabilité ventriculaire stabilisée et fonction VG conservée». In Anbetracht dieser Diagnose (Kardiomyopathie mit stabilisierter ventrikulärer Übererregbarkeit und erhaltener Funktion des linken Ventrikels) sowie unter der Voraussetzung regelmässiger kardiologischer Kontrollen attestiert Dr. H._____ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei Stress vermieden werden müsse, eine geringe körperliche Belastung (< 15 kg) empfohlen sei und möglichst keine Nacharbeit getätigt werden dürfe (IVSTA-act. 46).

E. 6.3.4

Der Beschwerdeführer nimmt sodann Bezug auf den im Verwaltungsverfahren vorgelegten Arztbrief, welcher am 18. April 2019 von Dr. I._____, Oberarzt am Universitätsspital (Kardiovaskuläre Prävention, Ambulante Klinik, Präventions-Sprechstunde), verfasst wurde (IVSTA-act. 58/6 ff.). Darin werden die folgenden kardiologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

C-4695/2019 Seite 20 «Ausgeprägte polymorphe ventrikuläre Extrasystolie ED 2005 – Koronararographie 2005: normal – Herz-MRI 2010: inferolaterale Narbe, Hinweise auf eine mögliche stattgefunden Myokarditis – Koronararographie 2010: normal – Herz-MRI 2015: Hinweise für eine stattgefunden Myokarditis, LVEF 45% – UHZ (...) 2016: 6 verschiedene VES-Morphologien, Katheterablation aus dem LV-Apex – Herz-MRI 01/2017 (Hôpitaux universitaires de (...)): LVEF 51%, Hinweise für eine stattgefunden Myokarditis, grosse Narbe des linken Ventrikels lateral. Ähnliches Bild zu den vorherigen MRI von 2010 und 2015. – TTE 02/2018 (Dr. H._____): erhaltene LVEF – St. n. Implantation eines DDD-ICD (Medtronic) 04/2017 – TTE 18.04.2019: LVEF 53% – Spiroergometrie 18.04.2019: VO₂max/kg 33.2 ml/(min x kg), Auftreten von zahlreichen ventrikulären Extrasystolen, insbesondere in der Erholungsphase. Zahlreiche symptomatische Episoden von kurzen nicht anhaltenden VT (bis 5 Schläge) in der Erholungsphase – Holter 18.04.2019: Häufige ventrikuläre Extrasystolen mit mindestens 2 Morphologien maximal über 4 Schläge (12.5% aller Schläge), fast 10'000 VES über 24 Std.»

Dr. I._____ führte die kardiologische Begutachtung des Beschwerdeführers – im Auftrag des Beschwerdeführers bzw. seiner Rechtsvertreterin – am 18. April 2019 durch. Die Untersuchungen umfassten eine TTE (Trans-thorakale Echokardiographie), eine Spiroergometrie sowie ein Holter (IVSTA-act. 58/6). In seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers kommt Dr. I._____ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seiner ehemaligen beruflichen Tätigkeit als Spengler nicht mehr arbeitsfähig sei. Aufgrund der ventrikulären Extrasystolie sei die rapportierte Müdigkeit des Beschwerdeführers bei Belastung klar verständlich. Eine körperlich leichte, ruhige Arbeit sei dem Beschwerdeführer in einem reduzierten Pensum von 50 % zumutbar. Dr. I._____ schliesst sich der Einschätzung von Dr. H._____ an und geht somit für Tätigkeiten mit körperlich leichter Belastung von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und für körperlich mittel-schwere und schwere Tätigkeiten von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus. Als medizinische Massnahme sieht Dr. I._____ den möglichen Versuch einer erneuten Aufsättigung mit Amiodaron und dann eine Therapie mittels 200 mg ein Mal täglich während dreier Monate, wobei diese bei einer ausbleibenden Besserung der Anzahl der VES sistiert werden könnte. Bei inakzeptablen Nebenwirkungen von Amiodaron, sollte laut

C-4695/2019 Seite 21 Dr. I. _____ die Betablocker-Therapie ausgebaut werden. Abschliessend hält Dr. I. _____ fest, dass die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich seiner Leistungsfähigkeit mit den technischen Untersuchungen sowie den Ergebnissen der Echokardiographie, der Spiroergometrie und des Holtres ebenso konsistent seien wie mit den Vorbefunden von Dr. H. _____ (IVSTA-act. 58/8 ff.).

E. 6.3.5

Im Beschwerdeverfahren reicht der Beschwerdeführer schliesslich die folgenden medizinischen Unterlagen als Beweismittel ein:

E. 6.3.5.1

Zum einen legt der Beschwerdeführer mit der Beschwerdeschrift den Arztbrief vom 22. August 2019 vor, mit welchem Dr. I. _____ die von ihm bzw. seiner Rechtsvertreterin am 2. August 2019 gestellten Fragen zu- sammengefasst wie folgt beantwortet: Sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Messung des Betablockers sei möglich, wobei letztere äusserst kompliziert sei. Die vom Beschwerdeführer am 18. April 2019 er- reichten 24h-Holter-EKG-Werte und die Spiroergometrie-Werte könnten unter der verschriebenen Betablocker-Therapie erreicht werden. Konkret empfiehlt Dr. I. _____, die Betablocker-Therapie von 2.5 mg auf 5 mg Bilol zu erhöhen und die Therapie mit Flecainid weiterzuführen. Er schlägt vor, die Spiroergometrie und die Holter-EGK-Untersuchung zu wiederho- len, wobei der Beschwerdeführer die Therapie in der Kardiologie einzuneh- men hätte (BVGer-act. 1/3).

E. 6.3.5.2

Zum anderen reicht der Beschwerdeführer mit der Replik die nach- stehenden medizinischen Dokumente vor, welche dem Gericht – mit Aus- nahme des Berichts von Dr. H. _____ – auch seitens der Vorinstanz über- mittelt wurden (vgl. BVGer-act. 15 und 15/1). Der Beschwerdeführer macht gestützt auf diese Unterlagen geltend, angesichts eines Vorfalls vom 1. Februar 2020 mit Aktivierung des Defibrillators sei eine Verschlechte- rung seines Gesundheitszustandes eingetreten: – Bulletin de situation, Hôpitaux T. _____, (...) (F), vom 2.2.2020 (BVGer- act. 16/3, 15/1/1); – Compte-rendu d'hospitalisation provisoire, Hôpitaux T. _____, (...) (F), vom 2.2.2020 (BVGer-act. 16/4, 15/1/2); – Bericht (Contrôle défibrillateur), Dr. med. U. _____, Kardiologe, Clinique O. _____, (...) (F), vom 5.2.2020 (BVGer-act. 16/5, 15/1/3); – Bericht (Compte-rendu de consultation rythmologique), Dr. med. V. _____, Clinique O. _____, (...) (F), vom 10.2.2020 (BVGer-act. 16/2, 15/1/4); – Schreiben von Dr. H. _____, Kardiologe, (...) (F), vom 2.2.2020 (BVGer- act. 16/1).

C-4695/2019 Seite 22

6.3.5.2.1 Aus den mit der Replik vorgelegten Unterlagen geht hervor, dass der Beschwerdeführer Anfang Februar 2020 zwecks Kontrolle des Defibril- lators kurzzeitig hospitalisiert war (BVGer-act. 16/3-5). Gemäss dem ein- gereichten Bericht des Kardiologen Dr. V. _____ vom 10. Februar 2020 liegt beim Beschwerdeführer eine komplexe strukturelle Kardiomyopathie vor. Infolge des – bei schneller ventrikulärer Tachykardie – am 2. Februar 2020 erlittenen ICD-Schocks sei die antiarrhythmische Therapie erhöht worden, um weitere Herzrhythmusstörungen zu vermeiden. Dr. V. _____ geht aufgrund der kardialen Erkrankungen des Beschwerdeführers davon aus, dass dieser nur leichte körperliche Tätigkeiten ohne psychischen Stress ausführen könne, wobei diese

Tätigkeiten bis maximal 50 % der Arbeitszeit (nicht länger als 4 Stunden pro Tag, 5-mal in der Woche) betragen könnten (BVGer-act. 16/2). 6.3.5.2.2 Dr. H._____ hält im – ebenfalls mit der Replik – vorgelegten Bericht vom 26. Februar 2020 an seinen bisherigen Schlussfolgerungen fest und weist auf die schwere Herzkrankheit des Beschwerdeführers hin, welche unbestreitbar über fortschreitendes Potenzial verfüge und prophylaktische Massnahmen erfordere. Ausserdem führt Dr. H._____ in seinem Bericht aus, dass der Beschwerdeführer im Moment zwar paucisymptomatisch sei (d.h. wenige Symptome aufweise), jedoch – gemäss einer kürzlich durchgeführten Holter-Untersuchung – weiterhin eine erhebliche ventrikuläre Übererregbarkeit («une importante hyperexcitabilité ventriculaire au holter effectué récemment») bestehe. Hinsichtlich seiner Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers erneuert Dr. H._____ seine bisherigen Aussagen und ergänzt diese dahingehend, dass die Beschäftigung des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit vier Stunden pro Tag – mit notwendigen Pausen – nicht überschreiten dürfe (BVGer-act. 16/1).

E. 6.3.5.3

Mit Eingabe vom 21. September 2023 weist der Beschwerdeführer schliesslich auf eine von ihm am 8. September 2023 erlittene ventrikuläre Tachykardie mit Herzstillstand hin, wobei der Defibrillator dreimal ausgelöst worden sei. Die Hospitalisation habe bis zum 12. September 2023 gedauert. Er müsse sich demnächst einer weiteren Operation unterziehen. Der Beschwerdeführer macht geltend, aufgrund seiner Herzerkrankung sei er weiterhin nicht belastbar und die Verhältnisse seien – entgegen der Behauptung der Vorinstanz und der Einschätzung von Dr. G._____ – nach wie vor nicht stabil (BVGer-act. 26). Im beiliegenden Bericht von Dr. W._____, Clinique O._____ in (...), vom 12. September 2023,

C-4695/2019 Seite 23 werden der erneute kardiale Vorfall und der vorgesehene Eingriff (Ablation) bestätigt (BVGer-act. 26/1).

E. 6.4

Die genannten Stellungnahmen des RAD-Arzt Dr. S._____ (E. 6.2.1), auf welche sich die vorinstanzliche Verfügung stützt, beruhen nicht auf eigenen Untersuchungen. Sie können deshalb – wie dargelegt (E. 5.5.8) – nur dann abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Dies ist vorliegend aus den folgenden Gründen nicht der Fall.

E. 6.4.1

Wie erwähnt, stellt der RAD-Arzt Dr. S._____ auf die vom Kardiologen Dr. G._____ vorgenommenen Beurteilungen ab. Das von Dr. G._____ verfasste «kardiologische Gutachten» wurde von der F._____ in Auftrag gegeben, weshalb es als ein «Fremdgutachten» zu qualifizieren ist, welchem – wie dargelegt (E. 5.5.6) – nicht dieselbe Beweiskraft zukommt wie einer gerichtlich oder von der Verwaltung veranlassten Expertise. Es genügen bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des «Fremdgutachtens», um dieses zu entkräften. Vorliegend bestehen aufgrund der Akten – wie die folgenden Erwägungen zeigen – stichhaltige Gründe gegen den Beweiswert des von Dr. G._____ erstellten «kardiologischen Gutachtens»:

E. 6.4.1.1

Zunächst ist festzuhalten, dass das «kardiologische Gutachten» von Dr. G._____ die nach der Rechtsprechung für den Beweiswert medizinischer Expertisen geltenden Anforderungen nicht ohne Weiteres erfüllt (siehe E. 5.5.2; vgl. auch die Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin, Stand 1. Juli 2020, <https://www.swiss-insurance-medicine.ch>, abgerufen am 8.9.2023). Zu erwähnen ist namentlich Folgendes: 6.4.1.1.1 Das «Gutachten» wurde nicht in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben. Dr. G._____ führt in der Expertise aus, er habe von der F._____ keine medizinischen Unterlagen erhalten, indessen habe der Beschwerdeführer entsprechende Unterlagen mitgebracht (IVSTA-act. 34/1). Die in der Expertise aufgelisteten Akten sind aber offensichtlich nicht vollständig (vgl. E. 6.1) und teils nicht aktenkundig (z.B. Bericht von Dr. N._____ vom 6.2.2018). Die Vorakten (inkl. medizinische Unterlagen) wurden Dr. G._____ – soweit ersichtlich – im Übrigen auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt zugestellt.

C-4695/2019 Seite 24 6.4.1.1.2 Das «Gutachten» beruht nicht auf allseitigen Untersuchungen. Dr. G._____ führte keine Spiroergometrie und insbesondere kein Holter-EKG durch, sondern verliess sich teilweise auf Aussagen des Beschwerdeführers betreffend «in den letzten Monaten» durchgeführte Holter-EKGs (vgl. IVSTA-act. 34/4-5). Die entsprechenden Unterlagen finden sich allerdings (auch) nicht in den Vorakten, weshalb die Angaben nicht überprüft werden können. Laut dem aktenkundigen Holter-EKG-Bericht vom 8. Juni 2017 wurden jedenfalls auch nach der Implantation des Defibrillators im April 2017 zahlreiche Extrasystolen festgestellt (IVSTA-act. 15/7), was den Ausführungen von Dr. G._____ widerspricht, wonach «in der Folge ... nur noch seltene Extrasystolen ... festgestellt» wurden (IVSTA-act. 34/4). 6.4.1.1.3 Das «Gutachten» ist nicht hinreichend schlüssig und nachvollziehbar. Dr. G._____ geht zunächst ab Januar 2018 – mit kurzem Hinweis auf die medikamentöse Rhythmustherapie und das Fehlen rhythmogener Synkopen – von einer Stabilisierung der kardialen Situation des Beschwerdeführers aus und nimmt folglich ab diesem Zeitpunkt eine Steigerung von dessen Arbeitsfähigkeit auf 100 % an. Gleichzeitig stellt Dr. G._____ aber eine unsichere Prognose, weil eine kurative Behandlung nicht möglich sei und die Rhythmusstörungen sehr variabel auftreten könnten (IVSTA-act. 34/8-10). In der Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 geht Dr. G._____ beim Beschwerdeführer sodann von einem «Zustand nach Myokarditis mit bekannten ventrikulären Extrasystolen, die in ihrer Ausprägung wahrscheinlich variabel sein dürften» aus (IVSTA-act. 64/6). Er erwähnt sogar die Möglichkeit einer tatsächlichen Verschlechterung der ventrikulären Ektopie (IVSTA-act. 64/3). Unklar ist weiter, ob und inwiefern der Medikation bzw. den entsprechenden Nebenwirkungen bei der Beurteilung im «Gutachten» Rechnung getragen wird. Einerseits geht Dr. G._____ deswegen in einer angepassten Arbeit von einem vermehrten Pausenbedarf bzw. einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus (IVSTA-act. 34/8). Andererseits betrachtet er den Beschwerdeführer ab Januar 2018 zu 100 % arbeitsfähig (IVSTA-act. 34/11). In den ergänzenden Stellungnahmen (vgl. E. 6.2.2.2 f.) ist von der Medikation bzw. dem entsprechenden Pausenbedarf sodann keine Rede mehr, was der Beschwerdeführer zu Recht beanstandet (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 6). Vielmehr wird ein Pausenbedarf nun mit der mittelschweren körperlichen Arbeit begründet (IVSTA-act. 43/2). Im «Gutachten» erachtet Dr. G._____ die medikamentöse Therapie als ausgeschöpft (IVSTA-act. 34/10). In der Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 erscheint Dr. G._____ demgegenüber ein Ausbau der Medikation als möglich und sinnvoll, weshalb er sich noch nicht für eine definitive Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

C-4695/2019 Seite 25 aussprechen könne (IVSTA-act. 64/5). Nach dem Gesagten enthalten die von Dr. G._____ im «kardiologische Gutachten» sowie in den ergänzen- den Stellungnahmen gemachten Aussagen Widersprüche und Unklarhei- ten.

E. 6.4.1.2

Weiter ergeben sich aus den vom Beschwerdeführer ins Recht ge- legten medizinischen Unterlagen (vgl. E. 6.3) mehr als geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Richtigkeit der von Dr. G._____ getroffenen Ein- schätzung, wonach ab Januar 2018 beim Beschwerdeführer eine Stabili- sierung der gesundheitlichen Situation eingetreten sei, welche zu einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit in leichter Tätigkeit führe: 6.4.1.2.1 Gemäss Bericht des Kardiologen Dr. N._____ vom 9. Novem- ber 2017 beklagte sich der Beschwerdeführer zwei Tage nach einem Hö- henaufenthalt über erneute Herzrhythmusstörungen (IVSTA-act. 28/7). Laut Bericht des Kardiologen Dr. U._____ vom 9. Januar 2018 erlitt der Patient einen weiteren Schwächeanfall bzw. eine Lipothymie (vgl. IVSTA- act. 28/10). Weiter blieb die Ejektionsfraktion zwischen Januar 2017 und Februar 2018 – soweit in den Akten ersichtlich – praktisch unverändert (IV- STA-act. 13/7, 28/9) und die Medikation zwischen November 2017 und Ja- nuar 2018 wurde nicht abgeändert (Flécaïne 200 mg/Tag und Bisocé 2.5 mg/Tag; IVSTA-act. 28/3 und 8). Ausserdem stellte die Hausärztin Dr. M._____ im Bericht, welcher im Anschluss an die letzte Untersu- chung vom 18. Januar 2018 verfasst wurde, – mit Hinweis auf die aktuellen Symptome – eine unsichere Prognose und wies auf eine mögliche weitere Ablation hin (IVSTA-act. 28/3). 6.4.1.2.2 Zu berücksichtigen ist weiter, dass die vorgelegten Berichte der Kardiologen Dr. H._____ und Dr. I._____ auf Explorationen beruhen, welche am 3. Dezember 2018 bzw. 18. April 2019 durchgeführt wurden und daher näher am massgeblichen Verfügungszeitpunkt (31. Juli 2019) lagen als die Untersuchung durch Dr. G._____ vom 3. Juli 2018 (vgl. E. 6.3.3 f.), welcher damals im Übrigen – wie erwähnt – von einer unsiche- ren Prognose sprach (IVSTA-act. 34/9). Zwar nennt Dr. H._____ am 3. Dezember 2018 – wie die Vorinstanz richtig bemerkt (BVGer-act. 20/1 S. 2) – ebenfalls eine gewisse Stabilisierung der kardialen Situation des Beschwerdeführers, allerdings ohne Durchführung von umfassenden Un- tersuchungen. Gleichzeitig verweist Dr. H._____ bei seiner Einschät- zung (Arbeitsfähigkeit von 50 %) aber auf das Stressproblem und die ge- samten gesundheitlichen Umstände (IVSTA-act. 45/2). Dr. I._____ be- tont am 18. April 2019 eine – mittels K._____ festgestellte – ausgeprägte

C-4695/2019 Seite 26 ventrikuläre Extrasystolie (IVSTA-act. 58/6 ff.), welche Dr. G._____ in seiner Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 im Übrigen anerkennt (IVSTA-act. 64), und die in diesem Zusammenhang vom Beschwerdefüh- rer rapportierte Müdigkeit bei Belastung, welche gemäss Dr. I._____ klar verständlich ist, so dass eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leichten, ruhigen Tätigkeit zumutbar sei (IVSTA-act. 58/8). 6.4.1.2.3 Die nach dem Verfügungszeitpunkt erstellten und vorgelegten medizinischen Unterlagen (E. 6.3.5) sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rück- schlüsse auf den im relevanten Zeitraum gegebenen Sachverhalt erlauben (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in fine S. 366). Vorliegend betreffen die einge- reichten Dokumente von Anfang Februar 2020 einen beim Beschwerdefüh- rer am 1. Februar 2020 eingetretenen kardialen Vorfall (Aktivierung des Defibrillators samt Hospitalisation) (vgl. E. 6.3.5.2.1), und im aktenkundi- gen Bericht vom 26. Februar 2020 verweist Dr. H._____ auf das fort- schreitende Potenzial der schweren Herzkrankheit des Beschwerdeführers (BVGer-act. 16/1). Der vorgelegte Spitalbericht vom

12. September 2023 betrifft schliesslich einen erneuten kardialen Vorfall mit Hospitalisation und einen vorgesehenen Eingriff (vgl. E. 6.3.5.3). Diese Unterlagen können als Indiz dafür gewertet werden, dass die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit Januar 2018 – entgegen der Ansicht von Dr. G. _____ – nicht ohne Weiteres als stabil und nicht invalidisierend zu betrachten war.

E. 6.4.2

Hinzu kommt, dass der RAD-Arzt Dr. S. _____ – ohne Begründung – zulasten des Beschwerdeführers teilweise von den Beurteilungen des Kardiologen Dr. G. _____ abweicht: In Bezug auf die angestammte Tätigkeit geht der RAD-Arzt ab März 2017 von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % aus (E. 6.2.1.1), während Dr. G. _____ dem Beschwerdeführer diesbezüglich ab 2015 bis Januar 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % und danach eine solche von 50 % (bei einer Präsenz von 70 %) attestiert (E. 6.2.2.1). Betreffend mittelschwere Tätigkeiten weicht der RAD-Arzt ebenfalls – ohne Begründung – von der Beurteilung des Kardiologen Dr. G. _____ ab. Während Dr. G. _____ in seiner letzten Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 annimmt, der Beschwerdeführer sei für mittelschwere Arbeiten zu lediglich 50 % arbeitsfähig (vgl. E. 6.2.2.3), hält der RAD-Arzt hinsichtlich einer mittelschweren Tätigkeit an seiner bisherigen Beurteilung fest, wonach der Beschwerdeführer ab Januar 2018 zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. E. 6.2.1). Der abweichenden Einschätzung des RAD-Arztes liegen – wie der Beschwerdeführer zu Recht

C-4695/2019 Seite 27 rügt (BVGer-act. 1 Rz. 16, 23) – keine kardiologischen oder andere medizinische Unterlagen zugrunde. Da der Allgemeinmediziner Dr. S. _____ über keine Facharztausbildung in der Disziplin Kardiologie verfügt und den Beschwerdeführer – wie erwähnt – nicht persönlich untersucht hat, ist seine diesbezügliche unbegründete Beurteilung nicht überzeugend.

E. 6.4.3

Schliesslich ist festzuhalten, dass ein lückenloser Befund auch aus den folgenden Gründen nicht vorliegt: Der Beschwerdeführer beklagt – gemäss Akten – seit Jahren eine permanente und starke Müdigkeit, Schwindel mit Sturzfolgen (z.B. Fraktur des Mittelfussknochens im Juni 2017) sowie elektrisierende Schmerzen im linken Bein (siehe u.a.: IVSTA-act. 15/3 f., 15/42, 18/2, 24.12, 28/7, 34/3 und 5-6, 45/2, 58/7). Aktenkundig ist weiter, dass die Hausärztin Dr. M. _____ die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in ihrer Stellungnahme vom 12. Juli 2017 (IVSTA-act. 15/4) u.a. auf eine leichte depressive Reaktion zurückführt. Der Kardiologe Dr. G. _____ geht in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 sodann davon aus, dass die Verarbeitung der Rhythmusstörungen und die dabei auftretende Angst des Beschwerdeführers eine nicht unerhebliche Rolle spielen würden, weshalb allenfalls eine psychiatrische Beurteilung in Auftrag zu geben sei (IVSTA-act. 64/4-5 und 7). Ausserdem nennt Dr. G. _____ am 3. Juli 2018 als Diagnose – ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – «Rezidivierende Synkopen, wahrscheinlich vasovagaler Ätiologie» (IVSTA-act. 34/9). Da vasovagale Synkopen u.a. durch emotionalen Stress ausgelöst werden können, kann das synkopale Leiden des Beschwerdeführers allenfalls im Zusammenhang mit einem psychischen Leiden stehen (vgl. Urteil des BVGer B-3056/2011 vom 19. November 2013 E. 7.3.4). Auch diese Frage blieb aber ungeklärt. Die Vorinstanz hätte angesichts der genannten Umstände somit weitergehende fachärztliche

Abklärungen vornehmen müssen.

E. 6.4.4

Aus dem Gesagten folgt, dass sich die Vorinstanz bei Erlass der angefochtenen Verfügung zu Unrecht auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. S. _____ stützte. Den Einschätzungen des RAD-Arztes, welcher den Beschwerdeführer nicht selber untersucht hatte, lag hierfür – wie aufgezeigt – keine hinreichend beweistaugliche und vollständige medizinische Dokumentation zugrunde.

E. 6.5

Das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers kann – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – allerdings auch nicht gestützt auf das übrige aktenkundige Beweismaterial beurteilt werden. Im Hauptantrag verlangt der Beschwerdeführer die Zusprechung einer unbefristeten IV-Rente

C-4695/2019 Seite 28 ab März 2018 auf der Grundlage der von ihm eingereichten Berichte, wonach er in einer angepassten leichten, stressfreien Tätigkeit einzig zu 50 % arbeitsfähig sei (BVGer-act. 1 Rz. 24). Aus den vorne aufgelisteten Unterlagen (vgl. E. 6.3.2 ff.), welche vom Beschwerdeführer ins Recht gelegt werden, gehen sein Gesundheitszustand und seine funktionelle Leistungseinschränkung jedoch nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit hervor.

E. 6.5.1

Die bei Dr. H. _____ und Dr. I. _____ eingeholten Berichte bzw. Gutachten wurden im Auftrag des Beschwerdeführers erstellt. Sie sind daher als Parteigutachten zu qualifizieren und bereits aus diesem Grunde – anders als die von Verwaltung oder Gericht angeordneten Gutachten – nicht voll beweiskräftig (vgl. E. 5.5.7). Hinzu kommt, dass die vorgelegten Unterlagen die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines Arztberichts nicht ohne Weiteres erfüllen (vgl. E. 5.5.2). Das von Dr. H. _____ verfasste Gegengutachten vom 3. Dezember 2018 (IVSTA-act. 45/2-4) ist insgesamt (zu) kurz gefasst, listet die Vorakten nicht auf und beruht – soweit ersichtlich – weder auf einer ausführlichen Anamnese noch auf umfassenden Untersuchungen (E. 6.3.3). Die Angaben zur Arbeits(un)fähigkeit wurden von Dr. H. _____ – auf Wunsch seitens des Beschwerdeführers – zwar nachträglich etwas präzisiert (IVSTA-act. 46/3). Es fehlen diesbezüglich aber nach wie vor hinreichend begründete Einschätzungen, welche auch widersprüchliche Vormeinungen diskutieren. Der im Beschwerdeverfahren eingereichte und nach dem Verfügungszeitpunkt erstellte Kurzbericht von Dr. H. _____ (BVGer-act. 16/1) ändert nichts an der eingeschränkten Beweiskraft seines Gegengutachtens. Gleiches gilt für den von Dr. I. _____ – auf Wunsch des Beschwerdeführers – erstellten Arztbrief vom 18. April 2019 (IVSTA-act. 58/6 ff.). Dieser Bericht ist – im Unterschied zu demjenigen von Dr. H. _____ – zwar ausführlicher und umfassender (vgl. E. 6.3.4). Dennoch fehlt ebenfalls namentlich eine Auseinandersetzung mit der abweichenden Einschätzung von Dr. G. _____. Zudem ist die von Dr. I. _____ vorgenommene Beurteilung zu hinterfragen, nachdem er eine Tätigkeit als angestellter Spengler – und nicht diejenige als Projektleiter im Sanitärbereich – als angestammten Beruf des Beschwerdeführers betrachtet (IVSTA-act. 58/8). Ausserdem empfiehlt Dr. I. _____ die Aufsättigung mit Amiodaron (IVSTA-act. 58/8), eine Erhöhung der Betablocker-Therapie sowie – nach Einnahme des Betablockers in der Klinik – die Wiederholung der Spiroergometrie und der Holter-EGK-Untersuchung (BVGer-act. 1/3). Die aktenkundige

(arbeits-)medizinische Einschätzung durch Dr. I. _____ scheint folglich (noch) nicht definitiv zu sein.

C-4695/2019 Seite 29

E. 6.5.2

Die übrigen Dokumente, auf welche sich der Beschwerdeführer be- ruft, sind allesamt sehr knapp gehalten, stammen teils von behandelnden Arztpersonen (E. 6.3.2) oder betreffen die Zeit nach dem Verfügungserlass (E. 6.3.5.2 f.) und entsprechen den beweisrechtlichen Anforderungen an einen Arztbericht (E. 5.5.2) nicht ohne Weiteres. Wie vorne dargelegt (E. 6.4.1.2), ergeben sich aufgrund der vom Beschwerdeführer vorgeleg- ten medizinischen Unterlagen jedoch stichhaltige Gründe, welche gegen die Zuverlässigkeit der – der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegten – medizinischen Unterlagen sprechen. Die eingereichten Dokumente lie- fern konkrete Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer bis zum Zeit- punkt des Verfügungserlasses und darüber hinaus eine nicht unerhebliche gesundheitliche Problematik aufwies und deswegen in Frankreich in ärztli- cher Behandlung stand. Schliesslich ist festzuhalten, dass trotz der einge- schränkten Beweiskraft der vorgelegten medizinischen Dokumente für das vorliegende Beschwerdeverfahren nicht auf deren mangelnde Eignung als Grundlage für ein erneutes Gutachten geschlossen werden kann, da für die Beweiskraft und die Tauglichkeit als Grundlage für ein Gutachten nicht dieselben Aspekte massgebend sind. Es ist davon auszugehen, dass die vorgelegten aktenkundigen Unterlagen glaubwürdige echtzeitliche Be- obachtungen enthalten, die es einer Gutachterperson erlauben, die ihr un- terbreiteten Fragen zu beantworten (vgl. dazu Urteil des BGer 4A_66/2018 vom 15. Mai 2019 E. 2.6.2.3).

E. 6.6

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass der vorinstanzlichen Verfügung vom 31. Juli 2019 in medizinischer Hinsicht ein nicht rechts- genügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde liegt (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb hier über den streitigen Ren- tenanspruch des Beschwerdeführers nicht mit dem Beweisgrad der über- wiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann und die genannte Verfügung aufzuheben ist. In den Akten fehlen umfassende, schlüssige, hinreichend begründete und nachvollziehbare medizinische Angaben zur Frage, wie sich der Gesundheitszustand und die Funktionseinschränkun- gen des Beschwerdeführers seit spätestens dem Jahre 2017 entwickelt haben. Erforderlich sind entsprechende medizinische Angaben zum Ge- sundheitsverlauf und der damit einhergehenden Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit (als Projektleiter im Sanitär- bereich) und in einer leidensangepassten Tätigkeit, wobei deren medizini- sches Anforderungsprofil zu bestimmen ist. Zu diesem Zweck ist ein inter- disziplinäres Gutachten, welches insbesondere die bisher involvierten Fachrichtungen (Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin) umfassen soll, bei mit der Sache nicht vorbefassten Facharztpersonen in der Schweiz

C-4695/2019 Seite 30 einzuholen. Angesichts der in den aktenkundigen medizinischen Grundla- gen erwähnten allfälligen psychischen Problematik des Beschwerdefüh- rers, erscheint es angezeigt, namentlich auch die Disziplin Psychiatrie in die Begutachtung miteinzubeziehen. Die Fachdisziplinen werden aller- dings von der Gutachterstelle abschliessend festzulegen sein (vgl. die Ver- fahrensbestimmung in Art. 44 Abs. 1 Bst. c

i.V.m. Abs. 5 ATSG [in Kraft seit 1. Januar 2022]). Das vorliegende Ergebnis entspricht dem Grundsatz, wonach die umfassende administrative Erstbegutachtung regelmässig poly- disziplinär und zufallsbasiert anzulegen ist, sofern die medizinische Situation nicht offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt, was hier nicht der Fall ist (BGE 139 V 349 E. 3.2).

E. 6.7

Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten in medizinischer Hinsicht (E. 5.6) sowie zur anschliessenden Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung zur weiteren Abklärung ist hier rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4) ausnahmsweise möglich, da relevante Fragen bzw. Aspekte bisher vollständig ungeklärt blieben (vgl. E. 6.4). Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht (vgl. Urteil des BVGer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.4).

E. 7

Die Beschwerde ist somit insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto C-4695/2019 Seite 31 zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 Abs. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE], SR 173.320.2). Der Beschwerdeführer hat aufgrund seines Obsiegens Anspruch auf eine Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 2 VwVG). Da vorliegend keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des hier zu beurteilenden Verfahrens ist eine

Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-]) gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer hat folglich Anspruch auf eine von der Vorinstanz zu leistenden Parteient- schädigung in dieser Höhe. Die unterliegende Vorinstanz hat – als Bundes- behörde – keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario; Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.

C-4695/2019 Seite 32

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