

BVGer C-5873/2023 vom 21. September 2023

Bundesverwaltungsgericht, 2023-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5873_2023_d20230921

FR: TAF C-5873/2023 du 21 septembre 2023

IT: TAF C-5873/2023 del 21 settembre 2023

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch (Verfügung vom 21. September 2023)

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen 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; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem

C-5873/2023 Seite 6 auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 21. September 2023, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren hinsichtlich einer Invalidenrente abgewiesen hat (IV-act. 288a). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

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). Es 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. 3.2

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1

ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst damit nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. F. GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu auf-

C-5873/2023 Seite 7 grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2).

E. 3.3

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

E. 3.4

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

E. 4.1

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger und wohnt in Österreich. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch

im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer

C-5873/2023 Seite 8 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

E. 4.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2).

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach in Kraft treten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zur Anwendung (vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010).

E. 4.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 21. September 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3).

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) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung

C-5873/2023 Seite 9 des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit 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). Gemäss Art. 28 Abs. 1bis IVG wird eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1bis und 1ter IVG nicht ausgeschöpft sind.

Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Invalidenrente ist hier unbestritten erfüllt (IV-act. 7 f.).

E. 5.3.1

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 C-5873/2023 Seite 10 muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 5.3.2

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation ent-

springende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.).

E. 5.3.3

Die Stellungnahmen des RAD, 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_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 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

C-5873/2023 Seite 11 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. 5.4

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3).

E. 6

Im vorliegenden Verfahren sind sich die Parteien insofern einig, dass die angefochtene Verfügung wegen erheblichen Mängeln aufzuheben ist. Dies deshalb, weil der rechtserhebliche Sachverhalt im vorinstanzlichen Verfahren weder aus medizinischer noch aus berufsberaterischer Sicht genügend abgeklärt respektive rechtskonform gewürdigt worden sei. Umstritten ist das weitere Vorgehen.

E. 6.1

Die Vorinstanz respektive die für die Abklärung zuständige IV B. _____ (vgl. Art. 40 Abs. 2 IVV) beabsichtigt angesichts der vom Beschwerdeführer erhobenen Kritik am eingeholten Gutachten, insbesondere am orthopädischen Teilgutachten, weitere medizinische und berufsberaterische Abklärungen vorzunehmen, indem sie Rückfragen an den Gutachter stellt zur Klärung der Nachvollziehbarkeit der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit unter Beilegung eines detaillierten Belastungsprofils als Messtechniker durch die Berufsberatung (Beilage zu BVGer-act. 15).

C-5873/2023 Seite 12

E. 6.2

Für den Beschwerdeführer hingegen kommt, sollte auf die Vorberichte nicht abgestellt werden können, aufgrund seiner schlechten Erfahrungen mit dem beteiligten Gutachtensinstitut eine weitere Begutachtung durch dieses nicht in Frage (BVGer-act. 17). Er hält daran fest, dass der orthopädische Gutachter bei der zweiten Begutachtung beim E. _____ voreingenommen gewesen sei und ihn habe merken lassen, dass er nichts halte von den von ihm geltend gemachten Beschwerden. Er habe auch erkennen lassen, dass er die wesentlichen neuen Vorberichte nicht gekannt habe. Im schriftlichen Gutachten habe sich der Gutachter mit den Vorberichten befasst, bezeichne sie jedoch durchwegs als nicht nachvollziehbar, einschliesslich der Indikation zur erfolgten Operation der Schulter. Der Beschwerdeführer beantragte schon im Rahmen seiner Stellungnahme gegenüber der IV B. _____ vom 6. Juli 2023 die Einholung eines unabhängigen orthopädischen Obergutachtens (vgl. IV-act. 279). Im Rahmen der Beschwerde hält er an diesem Antrag fest und führt aus, dass das orthopädische Teilgutachten nicht schlüssig sei.

Er hält in seiner Beschwerde weiter an den Beanstandungen in seinen Einwendungen fest, wonach seine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit als Messtechniker bei der Invaliditätsberechnung beachtlich sei und selbst im E. _____-Gutachten qualitative orthopädische Einschränkungen gemacht würden. Weiter sei bei der Invaliditätsbemessung ein Tabellenlohnabzug von mindestens 15 % vorzunehmen. Berücksichtigt worden seien nur die psychiatrisch-neurologischen Einschränkungen, nicht jedoch die massgebenden orthopädischen, die in der Taxierung der Arbeitsfähigkeit von 80 % nicht eingeschlossen seien. Weiter schmälere sein Alter in Verbindung mit dem Gesundheitsschaden die Erwerbsaussichten zusätzlich und sei der Grenzgängerstatus zu berücksichtigen (BVGer-act. 1 und IV-act. 212, 279).

E. 6.3

Nachfolgend ist summarisch auf die sich aus Akten ergebende Krankengeschichte des Beschwerdeführers und die sich daraus ergebenden, beschriebenen Einschränkungen einzugehen: - Gemäss dem Sachverständigengutachten des Bundesamts für Soziales und Behindertenwesen, BASB Landesstelle C. _____, von Dr. F. _____, Orthopädie, vom 18. Dezember 2018, bestehe eine Behinderung von 50 % (Zustand nach Fusion BWK 1 – BWK 3 bei tuberkulöser Spondylodiszitis im 12. Lebensjahr und Zustand nach mikrochirurgischer anteriorer Diskektomie und Cage-Implantation C6/7 der Wirbelsäule, Funktionseinschränkungen schweren Grades [Grad der

C-5873/2023 Seite 13 Behinderung: 50%] sowie eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung gemäss Bericht aus dem Jahr 2015 [COPD II, moderate Form, Grad der Behinderung 30%]; Gesamtgrad der Behinderung: 50%; IV-act. 57). - Weiter ist dem orthopädischen

Gutachten zum Antrag auf Gewährung einer Invaliditätspension zu Handen der PVA C._____ vom 13. Februar 2019 von Dr. G._____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Folgendes zu entnehmen: Neben den Hauptdiagnosen chronische Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme und Hände, zuletzt links mehr als rechts, bei Zustand nach ventraler Diskektomie und Cage Spondylodese C6/C7 am 20. Juli 2018 und degenerativen Veränderungen über der Halswirbelsäule ohne gegenwärtig klinische Hinweise für akute neurologische Ausfälle (ICD-10: M53.1) werden unter anderem die weiteren Diagnosen Chronische Rückenschmerzen bei Zustand nach Fusion TH1-TH3 bei tuberkulöser Spondylodisitis im 12. Lebensjahr (ICD-10 A18), chronische Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine (ICD-10 M54.4) sowie belastungsabhängige Schulterschmerzen rechts bei Impingement-Syndrom der Schultern rechts (Einengung des Gleitraums für die Sehnen der Rotatorenmanschettenmuskulatur und den Schleimbeutel zwischen Oberarmkopf und Schulterdach), ICD-10: M75, festgehalten (IV-act. 62; Schulterabklärungen auch im Bericht vom 8. August 2017, IV-act. 64a). - Am 5. April 2019 erlitt der Versicherte einen Herzinfarkt (NSTEMI bei Zwei-Gefäss-KHK und Implantation von 5 Stents (IV-act. 94 – 96, 98) und war anschliessend an den Spitalaufenthalt vom 27. Mai 2019 bis zum 24. Juni 2019 in der Reha (Bericht fehlt, vgl. IV-act. 109 S. 2, 113 S. 2). Der behandelnde Kardiologe Dr. H._____ führte am 11. Juli 2019 aus, in Berücksichtigung der aktuellen Belastbarkeit, der bekannten COPD II und psychophysischer Erschöpfung nach schwerer HWS-Operation vor einem Jahr, habe er den Krankenstand bis 2. August 2019 verlängert. Dann werde der Patient die Berufstätigkeit als Messtechniker wieder aufnehmen, anfänglich zu 40 % (vgl. IV-act. 104). - Gestützt auf eine pneumologische Abklärung im Krankenhaus L._____ vom 3. Juli 2019 wurde vom RAD das Vorliegen einer COPD ausgeschlossen (vgl. IV-act. 109 S. 1 f.; der genannte pneumologische Bericht ist nicht aktenkundig).

C-5873/2023 Seite 14 - Aus dem berufskundlichen Gutachten von Prof. Dr. I._____, Sachverständiger für Berufskunde und Arbeitspsychologie, (...), vom 23. Januar 2020, geht u.a. hervor, dass der Beschwerdeführer als Fertigungsprüfer nicht mehr einsetzbar sei, einerseits wegen den deutlich verminderten Hebe- und Tragleistungen. Bei dieser Tätigkeit würden fallweise auch mittelschwere Arbeiten auftreten. Diese seien ihm nicht mehr zumutbar. Andererseits träten bei dieser Tätigkeit, bedingt durch chemische Stoffe, auch Expositionen gegenüber toxisch irritativen Atemwegsnoxen auf, eine gänzliche Beseitigung dieser Exposition sei beim Hantieren von Metallbauteilen vor oder nach dem Bearbeitungsvorgang nicht möglich (IV 123). - Im Austrittsbericht des Reha Zentrums (...) vom 20. Juli 2020 wurde, da die Leistungsfähigkeit des Patienten nicht verbessert werden konnte, eine weitere kardiologische Abklärung empfohlen. Die Arbeitszeit von 50 % sei nicht zu erhöhen (IV-act. 137 f.). - Der Kardiologe Dr. H._____ schloss am 3. September 2020 im Nachgang zur Durchführung einer Myocardszintigrafie, dass ein neuerliches koronares Problem ausgeräumt sei. Es handle sich um Thorakomyalgie mit starker psychogener Überlagerung, wobei es bei Belastungen fast zu Panik komme. Er überwies den Patienten zur Verhaltenstherapie, verschrieb ein Antidepressivum und führte aus, aus medizinischen Gründen sei eine Beibehaltung des Beschäftigungsausmasses von 50 % angemessen (IV-act. 147, 151a). - Mag. J._____, Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, übermittelte der IV B._____ am 22. Oktober 2020 ihren Bericht zur psychotherapeutischen Behandlung, stellte eine Verschärfung der depressiven Symptomatik seit dem Herzinfarkt im April 2019 fest bei negativen Zukunftsperspektiven (vgl. Kündigung der Arbeitsstelle per Ende November

2020) und stellte die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Aktuell sei wichtig, dass der Patient einen angemessenen Umgang mit seinen Schmerzen erlerne. Die Arbeitsfähigkeit sei aktuell maximal zu 10 % zu attestieren (IV-act. 158 f.). - Im E. _____-Gutachten vom 2. Juli 2021 (Explorationen am 25. und 26. Mai 2021; IV-act. 191) führten die Gutachter erhebliche Inkonsistenzen im Rahmen der allgemeininternistischen und der rheumatologischen Untersuchung auf, was die geklagten Schmerzen und die

C-5873/2023 Seite 15 geschilderte Behinderung betreffe, bei relativ diskreten Befunden am Bewegungsapparat, abgesehen von der Wirbelsäule. Für die Diskrepanzen sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich. Hinweise für eine entzündliche rheumatologische Erkrankung zeigten sich nicht. Eine radikuläre Reiz- und Ausfallsymptomatik wurde aus neurologischer Sicht ausgeschlossen. Das Heben oder Tragen von mittelschweren oder schweren Gewichten sei nicht mehr möglich, ebensowenig Tätigkeiten mit der Notwendigkeit von Zwangshaltungen der Wirbelsäule oder monoton-repetitiven Haltungen oder Bewegungen, ebensowenig Überkopfarbeiten. Aufgrund der Schmerzsymptomatik sei die Leistungsfähigkeit leicht reduziert. Hinweise für eine mittelgradige oder schwere depressive Störung fanden sich nicht, die leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der Schmerzstörung einzuordnen. In kardiologischer Sicht wird festgehalten, dass die thorakalen Beschwerden nicht kardial bedingt seien. - Am 25. Oktober 2021 wurde eine Supraspinatussehnenruptur rechts sowie eine feine Längsruptur der proximalen Bizepssehne diagnostiziert, die am 25. November 2021 operiert wurde (IV-act. 212a, 216). Am 18. November 2021 wurden mittels MRT der Schulter links bei der Supraspinatussehne eine Partialruptur und weitere Schulterläsionen festgestellt (IV-act. 217). - Im Dezember 2021 war der Beschwerdeführer wegen einer sauerstoffpflichtigen Corona-Pneumologie hospitalisiert (IV-act. 215). - Gemäss dem Bericht des Kardiologen Dr. K. _____ vom 15. März 2022 wurde ein Herz-MRT durchgeführt und eine ältere Myokarditis diagnostiziert. Wahrscheinlich liege hier eine Mitbeteiligung nach Covid-19 vor. Der Patient müsse sich bis zum Abheilen der Myokarditis körperlich schonen. Körperliche Arbeit sei bis auf Weiteres nicht möglich (IV-act. 225; zum Verlauf: vgl. Laborbefunde vom 11.04.2022, 09.05.2022 IV-act. 231 ff.). Am 18. Juli 2022 stellte der Arzt fest, es zeige sich kein Hinweis mehr auf eine Perimyokarditis (IV-act. 245). - Gemäss dem Bericht vom 19. Mai 2022 der Unfallchirurgie (...) wurde am 3. Mai 2022 eine Reruptur der Supraspinatussehne rechts festgestellt (IV-act. 227). Im Bericht vom 18. Oktober 2022 wird ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der Schultern beidseits festgehalten. Der Zustand sei durch konservative und nochmalige operative

C-5873/2023 Seite 16 Massnahmen nicht zu verbessern. Aus Sicht des beurteilenden Arztes könne der Patient keine manuellen Tätigkeiten mehr durchführen, da der Arm nicht annähernd in die Horizontale bewegt werden könne und alle Bewegungen mit Schmerzen verbunden seien (IV-act. 248, vgl. auch Bericht vom 07.09.2022, IV-act. 250). - Weiter findet sich in den Akten ein Spitalaufenthalt (Institut für Akutneurologie und Schlaganfall, Krankenhaus M. _____) vom 28. – 30. September 2022 wegen TIA wahrscheinlich ACM rechts, Klinik: sensomotorisches Hemisyndrom links (ICD-10 G45.1; IV-act. 249). - Im E. _____-Gutachten vom 6. Juni 2023 (Explorationen am 26. April 2023; IV-act. 272) wurde dem Exploranden aus orthopädischer Sicht aufgrund der chronischen Schulterbeschwerden beidseits und des chronisch zerviko- und thorakovertebralen

Schmerzsyndroms in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. In körperlich leichten, adaptierten Verweistätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht wurde im Rahmen des Zervikalsyndroms eine leichte Leistungseinbuße zugeordnet. Die leichte Polyneuropathie und die durchgemachten Insulte seien ohne wesentliche funktionelle Einbußen und für die Arbeitsfähigkeit nicht relevant tangierend. Weiter wurde aus psychiatrischer Sicht aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychiatrischen Faktoren eine um 15 % verminderte Leistungsfähigkeit in sämtlichen Erwerbstätigkeiten festgehalten. Aus kardiologischer Sicht seien aufgrund der koronaren Zweigefässerkrankung und der Myokarditis körperlich schwer belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar; leichte und mittelschwere Tätigkeiten seien aus kardiologischer Sicht uneingeschränkt möglich. Insgesamt bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten bei aufgehobener Arbeitsfähigkeit postoperativ von November 2021 bis Mai 2022.

E. 7

Demnach ist zur Beantwortung der strittigen Frage, welche funktionelle Leistungsfähigkeit respektive welche Arbeits(un-)fähigkeiten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nach Umschulung respektive einer den Leiden besser angepassten Tätigkeit seit Juni 2018 (d.h. 6 Monate vor Wiederanmeldung vom 11. Dezember 2018 [vgl. Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG,

C-5873/2023 Seite 17 oben E. 5.2) bestanden haben, vorab zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt worden ist, insbesondere, ob die eingeholten Gutachten des E. _____ (...) beweiskräftig sind, und falls nicht, ob im Sinne des Hauptbegehrens des Beschwerdeführers auf die Vorberichte abgestellt werden kann.

E. 7.1

Zunächst ist auf die Rüge des Beschwerdeführers einzugehen, wonach das Verlaufsgutachten vom 6. Juni 2023, insbesondere das orthopädische Teilgutachten, nicht schlüssig sei.

E. 7.1.1

Vorab fällt auf, dass die fünf verschiedenen Begutachtungen am 26. April 2023 zwischen 08.00 Uhr und 16.20 Uhr stattfanden und jeweils zwischen 35 und 51 Minuten dauerten. Es wurde eine orthopädische Begutachtung durchgeführt (statt einer rheumatologischen wie im Erstgutachten), die um 08.01 Uhr begann und um 08.49 Uhr endete. Die kardiologische Untersuchung fand von 10.05 Uhr bis 10.56 Uhr in der Praxis des Kardiologen an der (...) statt, während die anderen Begutachtungen am Sitz der E. _____ an der (...) durchgeführt wurden. Der Explorand musste nach der kardiologischen Begutachtung zurück an die (...), wo noch vor der Mittagspause die psychiatrische Begutachtung (ab 11.30 Uhr) erfolgte. Dass beim Kardiologen auch anlässlich dieser Verlaufsberatung keine Ergometrie durchgeführt wurde (vgl. IV-act. 272 S. 65 Ziff. 6.1), könnte dem engen Zeitplan geschuldet gewesen sein. Im psychiatrischen Gutachten wird festgehalten, der Explorand sei rechtzeitig erschienen. Ob bei einem solchen engen Zeitplan und der relativen Kürze der einzelnen Teilbegutachtungen, wo von einem Exploranden zu jedem Zeitpunkt volle Konzentration und Mitwirkung abverlangt wird, die Rahmenbedingungen für ein

nachvollziehbares und beweiskräftiges polydisziplinäres Gutachten gegeben sind, kann im Hinblick auf die weiteren Ausführungen vorliegend offen bleiben.

E. 7.1.2

Dem orthopädischen Teilgutachten ist zu entnehmen, der Explorand sitze während einer Dreiviertelstunde ruhig und führe lediglich kurz vor Gesprächsende stöhnend die linke Hand an den Hinterkopf. Der Gutachter beschreibt weiter die ausführliche körperliche Untersuchung (Wirbelsäule, HWS, Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen, Hand, neurologischer Status, einschliesslich Aus- und Ankleiden und Verhalten des Exploranden). Wie nach einem dreiviertelstündigen Gespräch, bei welchem der Beschwerdeführer ruhig dagesessen sei, nachher noch die ausführliche Untersuchung durchgeführt werden konnte, obwohl die Begutachtung nach 48 Minuten endete, ist nicht nachzuvollziehen. Weiter bleibt aufgrund des Verlaufs des Ge-

C-5873/2023 Seite 18 sprächs und der anschliessenden Untersuchung unklar, ob der Gutachter die umfangreichen Vorakten, insbesondere die neuen Akten zur Schulter-situation, vor der Begutachtung überhaupt konsultiert hatte, wie der Beschwerdeführer zu Recht beanstandet. Im Rahmen der nachträglichen Erstellung des Gutachtens wurden diese Akten offenbar zur Kenntnis genommen, da darauf Bezug genommen wird. Im Teilgutachten wird jedoch nicht erwähnt, dass diese Untersuchung die erste an diesem Tag war (morgens um 8.00 Uhr), was Einfluss auf die Befindlichkeit des Exploranden und allenfalls auch seine Beweglichkeit im Zusammenhang mit den geltend gemachten Schmerzen gehabt haben könnte. Wie der Beschwerdeführer ausserdem zu Recht moniert, ist es nicht Aufgabe des Gutachters, die erfolgte Behandlung der behandelnden Ärzte zu kritisieren, ohne diese Kritik näher zu begründen (vgl. IV-act. 272 S. 52 Ziff. 7.1, aus Sicht des Gutachters erschliesse sich die Indikationsstellung der Schulteroperation nicht). Nicht vollständig nachvollziehbar ist aufgrund der vorliegenden Akten der Umfang der festgestellten verbleibenden Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten im Rahmen der belegten Schulterprobleme und die Frage nach der Objektivierung dieser Einschränkungen – auch im Hinblick und unter Einbezug der unbestritten vorliegenden Rückenproblematik. Dass bei der rechten Schulter Probleme seit längerer Zeit bestehen, ist im Übrigen seit Februar 2019 aktenkundig (vgl. Gutachten G. _____, IV-act. 62 S. 4, oben E. 6.3). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, der orthopädische Gutachter habe das Tonband zur Aufnahme der Begutachtung erst gestartet, als er seine (vorgefasste) Meinung (ohne Kenntnis der neuen Akten) vor Beginn der Begutachtung geäussert hatte, kann hierzu nichts gesagt werden. Insgesamt ergeben sich aus dem orthopädischen Teilgutachten demnach verschiedene konkrete Zweifel an dessen Zuverlässigkeit, weshalb ihm kein genügender Beweiswert zukommen kann.

Darüber hinaus bleibt festzuhalten – wie auch der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt – dass vorliegend auch aus orthopädischer Sicht massgebende Einschränkungen attestiert werden und darüber hinaus eine volle Arbeitsunfähigkeit von November 2021 bis (spätestens) sechs Monate danach postoperativ zur Schulteroperation festgehalten wird (vgl. IV-act. 272 S. 11 Ziff. 4.7.5 und S. 52 f. Ziffn. 8.2.1, 8.2.5, 9), welche für die Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit und die Berechnung des Rentenanspruchs durch die IV-Stelle respektive die Vorinstanz zu berücksichtigen gewesen wären (vgl. hierzu E. 8.4).

E. 7.1.3

Was die weiteren Beurteilungen in der Verlaufsbegutachtung betrifft, fehlt es an einer tatsächlich fachübergreifenden Beurteilung, es finden sich

C-5873/2023 Seite 19 im Wesentlichen die jeweiligen Einschätzungen pro Disziplin. Es fehlt insbesondere eine Auseinandersetzung zu einem allfälligen Zusammenhang zwischen der Herzerkrankung und der psychischen Komponente, auch wenn – gemäss Gutachten – das psychische Befinden des Beschwerdeführers als besser geschildert wird als noch im Rahmen der ersten Begutachtung. Darüber hinaus fehlt eine Auseinandersetzung mit der psychischen Belastung im Zusammenhang mit den weiteren gesundheitlichen Rückschlägen (langjährige Schulterbeschwerden, Corona-Pneumonie mit Beteiligung des Herzens inkl. Dauer und Umfang der Einschränkung wegen der Myokarditis, Schlaganfall). Damit fehlt es insgesamt gerade auch an einer Gesamtbetrachtung des Gesundheitszustands zum Begutachtungszeitpunkt sowie zu dessen Entwicklung im zeitlichen Verlauf im Quer- und Längsschnitt für die vorliegend zu beurteilende Zeitperiode seit Juni 2018.

E. 7.2

Weiter kann zu den gutachterlichen Abklärungen Folgendes angemerkt werden.

E. 7.2.1

Im ersten E. _____-Gutachten vom 2. Juli 2021 fehlt eine genügende Auseinandersetzung mit einem allfälligen Zusammenhang zwischen den Folgen des Herzinfarkts und einer psychischen Überlagerung, sowohl im psychiatrischen wie auch im kardiologischen Teilgutachten, obwohl der an die Verhaltenstherapeutin überweisende Kardiologe davon sprach, dass es bei Belastung fast zu Panik komme (vgl. IV-act. 151a, oben E. 6.3) und die Beantwortung dieser Frage im damaligen Gutachten zentral gewesen wäre. Die Angaben der Gutachter, der Explorand verneine Panikattacken (IV-act. 191 Ziff. 7.3.3 S. 33 in fine), und er sei bei der Ergometrie beim behandelnden Kardiologen und in der Reha mehrfach bewusstlos geworden (IV-act. 191 Ziff. 3.1 S. 54), werden nicht weiter diskutiert. Es wurde keine Ergometrie durchgeführt (IV-act. 191 Ziff. 4.3 S. 57). Es findet sich im Gutachten hingegen im Rahmen der Konsistenzprüfung der Hinweis, dass der Explorand das verschriebene Psychopharmakon entgegen seinen Angaben nicht einnehme (IV-act. 191 Ziff. 7.2 und 7.3.1 S. 33). Bei der zweiten Begutachtung gab der Explorand auf Nachfrage an, er habe es nur an zwei Tagen eingenommen, er vertrage es nicht (IV-act. 272 S. 36). Allerdings wird das Antidepressivum bei den aktuellen Medikamenten im Verlaufsgutachten dennoch aufgeführt, was auch nicht für eine genügend sorgfältige Erstellung des Gutachtens spricht (IV-act. 272 S. 23).

E. 7.2.2

Weiter fehlt in beiden Gutachten – allenfalls aufgrund der unvollständigen Aktenlage – hinsichtlich der Lungensituation eine Auseinandersetzung

C-5873/2023 Seite 20 zung (trotz ursprünglich diagnostizierter COPD II) mit den Feststellungen im österreichischen berufskundlichen Gutachten vom Januar 2020, wonach dem Exploranden die Tätigkeit auch wegen toxisch-irritativen Atemwegsnoxe an seinem bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr möglich sei (oben E. 6.3). Dies gilt auch hinsichtlich der durchgemachten sauerstoffpflichtigen Corona-Pneumonie im Dezember 2021 (der pneumologische Bericht von 3. Juli 2019 des Krankenhauses L. _____ fehlt in den Akten [vgl. IV-act. 109 S. 1 f.], ebenso der Bericht aus dem Jahr 2015 [erwähnt in IV-act. 57 S. 2],

sowie ev. vorhandene fachärztliche Berichte im Nachgang zur Covid-19-Erkrankung im Dezember 2021 [IV-act. 215 S. 2]).

E. 7.3

Unter diesen Umständen erweist sich jedenfalls das Verlaufsgutachten vom 6. Juni 2023 in verschiedener Hinsicht nicht als genügend beweiskräftig, weshalb für die Beurteilung des Rentenanspruchs darauf nicht abgestellt werden kann. Da ohnehin eine weitere Begutachtung einzuholen ist, braucht hier nicht auf die Beweiskraft des ersten Gutachtens – soweit Zweifel daran nicht bereits erwähnt wurden (E. 7.2.1 f.) – weiter eingegangen zu werden. Was die orthopädische Situation betrifft, hat eine unabhängige Abklärung in orthopädischer Chirurgie und Traumatologie, aufgrund der beiden Rückenoperationen, vorzugsweise durch einen Facharzt mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie, und nicht eine rheumatologische Abklärung zu erfolgen.

E. 7.4

Somit fehlt es vorliegend an einer gemäss schweizerischen Qualitätsanforderungen genügend beweiskräftigen medizinischen Abklärung. Entsprechend liegt – wie die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren selbst feststellte – kein feststehender medizinischer Sachverhalt vor. Daraus folgend fehlen auch nachvollziehbare fachärztliche Einschätzungen zu Umfang und Verlauf der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Weitere Abklärungen sind damit unabdingbar.

E. 8.1

Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte ungeklärt geblieben sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Der erforderliche weitere Abklärungsbedarf ist offenkundig.

Es fehlt an einer invalidenversicherungsrechtlich erforderlichen interdisziplinären Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands (gesundheitliche

C-5873/2023 Seite 21 Situation im Zusammenspiel zwischen verschiedenen Einschränkungen am Bewegungsapparat des Beschwerdeführers [Wirbelsäule nach zwei Rückenoperationen {Cage Spondylodese C6/C7 und Fusion BWK 1 – 3} und allfälligen weiteren Einschränkungen am Bewegungsapparat: LWS, untere Extremitäten], Funktionalität der oberen Extremitäten nach Schädigungen an beiden Schultern – einschliesslich neurologischer Komponente beim Bewegungsapparat und Status nach TIA im September 2022 – im Zusammenspiel mit Einschränkungen in koronarer und allenfalls auch pulmonaler Hinsicht, den damit verbundenen psychischen Auswirkungen und allfälligen Einschränkungen durch weitere Krankheiten [Metabolisches Syndrom mit Adipositas, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie und Diabetes mellitus Typ II]) und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl im Zeitpunkt der Begutachtung als auch im zeitlichen Verlauf seit Juni 2018. Ein genügend beweiskräftiges Gutachten liegt nicht vor und eine zu erhebende Frage blieb unbeurteilt (Lungensituation als solche und deren Auswirkungen auf die Gesamtsituation). Unter diesen Umständen besteht kein Raum für die Anordnung eines Gerichtsgutachtens – wie der Beschwerdeführer sinngemäss beantragt. Die Verwaltung kann im Übrigen nicht von vornherein darauf bauen, dass ihre Arbeit in jedem verfahrensgemäss abgeschlossenen

Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2; vgl. unter vielen: Urteil des BVGer C-3667/2021 E. 7.1 m.H.). Überdies würde dem Beschwerdeführer mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug verwehrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

E. 8.2

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Vervollständigung und Aktualisierung der medizinischen Akten eine neue polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen zur Klärung der Frage, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit Juni 2018 und im Verlauf in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Messtechniker (vgl. Sachverhalt oben B.a; unter Beizug eines entsprechenden Tätigkeitsbeschriebs), sowie in einer zu definierenden zumutbaren angepassten Tätigkeit bestehen. Alle relevanten Gesundheitsschädigungen sind zu erfassen und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit sind würdigend in einem Gesamtergebnis auszudrücken (vgl. dazu Urteil des BGer I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.1 in fine). Das polydisziplinäre Gutachten ist in den Disziplinen allgemeine innere Medizin, orthopädische Chirurgie und Traumatologie (letztere möglichst durch einen Facharzt mit Schwerpunkt Wirbel-

C-5873/2023 Seite 22 säulenchirurgie), Neurologie, Kardiologie, Pneumologie und Psychiatrie (einschliesslich der für die medizinisch einwandfreie Beurteilung der konkreten Fragestellung erforderlichen Zusatzuntersuchungen) einzuholen. Zu Händen der Gutachter wird die Vorinstanz vorab die nicht in einem ersichtlichen System abgelegten Akten zu aktualisieren, zu vervollständigen, nachvollziehbar zu bezeichnen, zu nummerieren und mit einem Aktenverzeichnis zu versehen haben (im Dossier nicht aktenkundig: pneumologischer Bericht aus dem Jahr 2015 [vgl. IV-act. 57], Reha-Bericht N._____-Kliniken, (...), zum Aufenthalt vom 27. Mai 2019 – 24. Juni 2019 [vgl. IV-act. 109 S. 2 und 113 S. 2], pneumologischer Bericht Krankenhaus L.______ vom 3. Juli 2019 [vgl. IV-act. 109 S. 2], ev. fachärztliche pneumologische Akten im Nachgang zur Covid-19-Pneumonie im Dezember 2021 [vgl. IV-act. 215 S. 2]). Die medizinischen Gutachter sind aus nachvollziehbaren Gründen darauf angewiesen, die Untersuchung anhand vollständiger und (chronologisch) geordneter Akten durchzuführen (vgl. Urteil des BVGer C-4133/2018 vom 31. Juli 2020 E. 5.5 sowie Referat DR. J. JEGER, Themenarbeit Recht: Fragestellungen beim Gutachten; Tagung «Gutachten – affaire à suivre», Bern, vom 21. März 2019).

E. 8.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Die Gutachterstelle ist nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV), unter Ausschluss der Gutachterstelle E.______ sowie – zur Vermeidung von Befangenheit oder allfälliger Voreingenommenheit – weitere Gutachterstellen, bei

welchen die bisherigen Gutachter der E. _____, insbesondere der Orthopäde Dr. O. _____, ebenfalls tätig sind (insb. P. _____ AG, [...], und Q. _____ AG, [...]; vgl. Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit BAG, <https://www.medregom.admin.ch/medreg/search>; zuletzt abgerufen am 25.10.2024). Dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Für die Begutachtung in den verschiedenen Disziplinen und für den Wechsel zwischen den einzelnen Teilbegutachtungen ist genügend Zeit einzuplanen.

E. 8.4

Anschliessend an die Klärung des medizinischen Sachverhalts wird die Vorinstanz den Umfang der verbleibenden Leistungsfähigkeit in der zuletzt

C-5873/2023 Seite 23 ausgeübten Tätigkeit als Messtechniker und in einer (zu definierenden) verbleibenden zumutbaren angepassten Tätigkeit im zeitlichen Verlauf seit Juni 2018 (oben E. 7.1, siehe auch E. 7.1.2 in fine) zu prüfen, mittels rechtskonformen Erwerbsvergleichen (inkl. allfälliger Tabellenlohnabzüge unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung) zu berechnen und anschliessend über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu verfügen haben.

E. 9

Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 21. September 2023 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach Vornahme weiterer medizinischer und erwerblicher Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den IV-Rentenanspruch des Beschwerdeführers verfüge.

E. 10

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1).

E. 10.1

Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. VGKE) Da 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 vorliegend zu beurteilenden Verfahrens rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung auf Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. z.B. Urteil C-5023/2018 vom 13. Juli 2020 E. 8.2 m.H.]) festzusetzen.

(Dispositiv: siehe nächste Seite)

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