

BVGer C-5953/2024 vom 3. Juni 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-06-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5953_2024

FR: TAF C-5953/2024 du 3 juin 2026

IT: TAF C-5953/2024 del 3 giugno 2026

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), einzutreten.

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die leistungsabweisende Verfügung der Vorinstanz vom 16. August 2024. Nachdem ein früheres Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 3. Januar 2019 abgewiesen worden war, ist vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

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). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

E. 3.3

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

1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 193 E. 2 und 122 V 157 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

E. 4.1

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

E. 4.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 16. August 2024 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.2.1

Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BB1 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 9. Januar 2023 erfolgten Neuanmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 31. Dezember 2021 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) beurteilt sich die Streitigkeit demnach nach der ab 1. Januar 2022 geltenden Rechtslage.

E. 4.2.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. August 2024) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 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. 5.1

Der Beschwerdeführer beanstandet in seiner Beschwerde, die angefochtene Verfügung enthalte keine detaillierte Begründung, welche eine echte Überprüfung der spärlichen und sehr allgemein gehaltenen Erwägungen zulassen würde, und es sei nicht ersichtlich, welche Unterlagen geprüft worden seien und welche Schlüsse aus welchen Unterlagen zu ziehen wären. Auch wenn der Beschwerdeführer nicht ausdrücklich eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör geltend macht, hat das Gericht zu dieser Kritik Stellung zu nehmen, zumal das Recht, angehört zu werden, formeller Natur ist und die Verletzung des Gehörsanspruchs ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids führt (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1).

E. 5.2

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist die Begründungspflicht. Die Vorinstanz kann sich dabei jedoch auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken, so dass dieser gegebenenfalls sachgerecht angefochten werden kann (vgl. BGE 149 V 156 E. 6.1; 143 III 65 E. 5.2).

E. 5.3

Wie der Beschwerdeführer zu Recht festhält, ist die Begründung in der angefochtenen Verfügung eher knapp gehalten. Allerdings hat die Vorinstanz das Abklärungsergebnis des RAD aufgeführt und ihre Schlussfolgerungen summarisch begründet. Zudem war dem Beschwerdeführer eine sachgerechte Anfechtung der Verfügung ohne Weiteres möglich. Letztlich kann diesbezüglich auf weitere Ausführungen verzichtet werden, nachdem - wie sich aus den folgenden Erwägungen ergibt - die Beschwerde ohnehin gutzuheissen und die vorliegende Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Ob die Begründung der angefochtenen Verfügung zutrifft, ist eine Frage der materiellen Prüfung.

E. 6.1

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 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. 6.2.1

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.

E. 6.2.2

Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG), was vorliegend der Fall ist (vgl. IVSTA-act. 43 f.).

E. 6.3

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 (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

E. 6.4.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuansmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Ist die Verwaltung, wie hier, auf die Neuansmeldung eingetreten und hat sie eine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs vorgenommen, unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 6.4.2

Bei einer Neuansmeldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevision (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) analog Anwendung (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; BGE 133 V 108 E. 5.2; 130 V 71). Daher ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob das Erfordernis einer anspruchrelevanten Veränderung des Sachverhalts erfüllt ist; erst in einem zweiten Schritt ist der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9; Urteil des BGer 8C_40/2024 vom 21. November 2024 E. 3.2.1 m.w.H.). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2 und 5.4).

E. 6.4.3

Die Zusprache einer Rente aufgrund einer Neuansmeldung setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche etwa in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verringerter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen

Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine neuuanmelde- bzw. revisionsrechtlich relevante Änderung dar (BGE 147 V 161 E. 4.2 m.H.; Urteil des BGer 9C_46/2023 vom 23. April 2024 E. 3.3). Hat der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren, so ist das neue Gesuch abzuweisen. Liegt hingegen eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, ist in einem zweiten Schritt der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des BGer 8C_40/2024 E. 3.2.1, 9C_603/2023 vom 14. März 2024 E. 2.3.1).

E. 6.5.1

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 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. 6.5.2

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache

allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 6.5.3

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweismässigkeit 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 145 V 97 E. 8.5; 139 V 225 E. 5.2). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 6.5.4

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 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. 6.5.5

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). Hingegen lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; Urteil des BGer 9C_654/2015 vom 10. August 2016 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.1). Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt (oder ungewürdigt) geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; SVR 2008 IV Nr. 15 [I 514/06] E. 2.1.1; Urteile des BGer 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2; 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1).

E. 7

Nach der rechtskräftigen ersten Rentenabweisung im Januar 2019 hat die Vorinstanz auf Neuanmeldung hin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers erneut abgewiesen. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen. Nachfolgend ist vielmehr zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der letzten auf einer umfassenden materiellen Beurteilung basierenden leistungsabweisenden Verfügung vom 3. Januar 2019 und der nun angefochtenen Verfügung vom 16. August 2024 eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist und - wenn ja - ein Rentenanspruch gegeben ist. In diesem Zusammenhang ist vorab zu klären, ob sich der medizinische Sacherhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 8

Die rentenablehnende Verfügung vom 3. Januar 2019 beruhte auf der Einschätzung, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege und trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung eine gewinnbringende Tätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar sei (vgl. IVSTA-act. 29). Die Verfügung vom 3. Januar 2019 basierte dabei in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf der Aktenbeurteilung des RAD-Arztes Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 23. Oktober 2018 (IVSTA-act. 24), die sich auf medizinische Unterlagen aus dem Zeitraum von 15. Juli 2016 bis 25. September 2018 stützte, und erwuchs in der Folge unangefochten in Rechtskraft.

E. 8.1.1

In der medizinischen Stellungnahme von Dr. C._____ vom 23. Oktober 2018 (IVSTA-act. 24) führt dieser unter dem Titel «Zusammenfassung des medizinischen

Verlaufs (Anamnese - klinische und paramedizinische Untersuchungen, Daten und Quellen)» Folgendes auf: - Arbeitsunfähigkeitsmeldung von Dr. D._____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, vom 5. Mai 2017 (arbeitsunfähig vom 5. Mai 2017 bis 14. Mai 2017; IVSTA-act. 18 S. 1); - Arbeitsunfähigkeitsmeldung von Dr. E._____, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 27. April 2017 («letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit: 28.04.2017»); nicht aufgeführt: arbeitsunfähig vom 25. April 2017 bis 28. April 2017; IVSTA-act. 18 S. 2); - Attest von Dr. D._____ vom 23. August 2016 (Diskusprolaps L4/5 mit Affektion der Nervenwurzel L5 links; nicht zumutbar schwere und mittelschwere Arbeiten über Kopf und in Zwangsstellungen; recte: Einschränkung der Leistungsfähigkeit für Heben und Tragen von schweren und mittelschweren Lasten, Arbeiten über Kopf, Arbeiten in Kälte, Nässe, Durchzug, Arbeiten überwiegend im Sitzen, Arbeiten, die mit häufigem Bücken verbunden sind, und Arbeiten mit Zwangsstellungen des Oberkörpers ohne Abstützmöglichkeiten; IVSTA-act. 16); - Befund von Dr. F._____ vom 4. Juni 2018 (Röntgen linkes Knie ab/seitlich stehend, sehr diskrete Retropatellararthrose beidseits; recte: Röntgen Kniegelenk beidseits ap stehend und seitlich mit Patella tangential, Ergebnis: sehr diskrete aktivierte Retropatellararthrose beidseits, Beinlängendifferenz von plus einem ½ cm rechts, Arteriosklerose links ausgeprägter als rechts; sonst normaler Befund; IVSTA-act. 20); - Befund des Instituts G._____ betreffend MRT des linken Knies vom 25. September 2018 (nur diskrete Varusgonarthrose mit kleinen oberflächlichem Knorpeldefekten, Chondropathia patellae Grad IV, Gelenkerguss, Bakerzyste; recte: nur diskrete Varusgonarthrose mit kleinen oberflächlichem Knorpeldefekten, Chondropathia patellae Grad IV der medialen Facette, deutlicher Gelenkerguss, Bakerzyste sowie grosse Bursa infrapatellaris subcutanea; IVSTA-act. 21); - Befundtext von Dr. F._____ betreffend MRT der Lendenwirbelsäule vom 15. Juli 2016 (multisegmentale Osteochondrose, Diskusprolaps L4/5 mit Dorsalverlagerung der linken Nervenwurzel L5; recte: Ergebnis: Abflachung der Lendenlordose, M. Scheuermann, multisegmentale Osteochondrose mit p. m. bei L4/5 und L5/S1 sowie deutlich weniger ausgeprägt IVG-Arthrose und links mediolateraler, nach kranial geklappter Discusprolaps L4/5 mit Impression des Duralsackes und Dorsalverlagerung der linken Nervenwurzel L5 sowie Dorsalverlagerung und ödematöser Schwellung der linken Nervenwurzel L3 extraneuroforaminal, deutliche Neuroforamenstenose L3/4 und L5/S1 rechts und links bei L5/S1; IVSTA-act. 15).

E. 8.1.2

Dr. C._____ nennt in seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2018 (IVSTA-act. 24) ausschliesslich die folgenden Hauptdiagnosen und keine Nebendiagnosen mit bzw. ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Diskrete Retropatellararthrose beidseits; - Diskrete Varusgonarthrose; - Multisegmentale Osteochondrosen, Diskusprolaps L4/5 mit Dorsalverlagerung der linken Nervenwurzel L5.

E. 8.1.3

Im Rahmen seiner Beurteilung führt Dr. C._____ zusammengefasst aus, der Beschwerdeführer habe seit Juli 2017 bis heute Krankentaggeld bezogen und die Arbeit als Elektroinstallateur auf den 16. Juni 2017 beendet. Er leide an Beschwerden durch die Degenerationen an der Wirbelsäule. Eine relevante Gonarthrose bestehe nicht. In den Akten fänden sich keine durchgehenden fachärztlichen Berichte, welche eine andauernde Arbeitsunfähigkeit auch im angestammten Beruf begründen würden. Die Arbeit als Elektroinstallateur sei aus Sicht des RAD leicht bis mittelschwer belastend und dem

Versicherten weiterhin vollzeitig zumutbar mit der Wirbelsäule ohne neurologisches radikuläres Ausfallsyndrom.

E. 8.2

Weiter befanden sich am 23. Oktober 2018 die folgenden medizinischen Unterlagen bei den Akten: - Befundtext betreffend Röntgen der Lendenwirbelsäule vom 29. Juni 2009 (waagrecht stehendes Sacrum, das Lot von Th12 fällt durch S1, diskrete Abflachung der Lendenlordose, prominente Osteochondrose L4/5 mit fast 7 mm grossem Retrospondylophyten an der Bodenplatte L4 mit deutlicher Einengung des Neuroforamen L4/5 von kaudal her, nur winziger Retrospondylophyt von allenfalls 2 mm Grösse im Segment L5/S1 bei hier geringer Chondrose L5/S1, beinahe ankylosierende Spondylose L2/3 links lateral, diskrete Spondylose L3/4, Arteriosklerose, OP-Clips nach CHE (Cholezystektomie), sonst normal, insbesondere sind Intervertebral- und Sacroiliacalgelenke intakt; IVSTA-act. 10); - Befundtext betreffend stationäre Behandlung im Krankenhaus H. _____ vom 7. Januar 2015 bis 9. Januar 2015 zur chirurgischen Sanierung einer medialen supraumbilicalen Hernie (IVSTA-act. 11); - Befundtext betreffend Angio-MRT der rechten unteren Extremität vom 10. Juli 2015 (kurzstreckiger Verschluss der Arteria femoralis superficialis rechts; IVSTA-act. 12); - Befundtext vom 9. September 2015 betreffend stationäre Behandlung zur perkutanen transluminalen Angioplastie im Krankenhaus H. _____ vom 20. Juli 2015 bis 22. Juli 2015 inkl. Anhang (PAVK IIB [periphere arterielle Verschlusskrankheit, Stadium IIB] bei AFS-Verschluss rechts [CVRf: arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus]; IVSTA-act. 13); - Befund betreffend Bildgebung LSW vom 6. Juni 2016 (sehr flache linkskonvexe Skoliose, Keilwirbel vom Typ I nach Genant L1 ausgeprägter als Th12 sowie Osteochondrose L4 bis S1 ausgeprägter als L3/4 und L1/2 und nur minimal L2/3 sowie beinahe ankylosierende Spondylose L1/2 links lateral und sichere Ankylosierung bei Th12/L1 rechts lateral, durch Retrospondylophyten eingeengte Neuroforamina L4/5 ausgeprägter als L3/4, die aber insgesamt geräumig sind, auch L5/S1, prominente Arteriosklerose, OP-Clips nach CHE, sonst normaler Befund; IVSTA-act. 14); - medizinischer Bericht und Befundtext von Dr. D. _____ vom 23. August 2016 (kein Fieber in der Anamnese, Miktion/Defäkation laut Patient ohne Befund, flüssiges Gangbild ohne hinkende Komponente, Zehen-Fersengang demonstrierbar, Becken und Schultern gerade, WS im Lot, Taillendreiecke symmetrisch, DS maximal L5/S1, thorakolumbal keine Klopfdolenz, DS SIPS, Laségue beidseits negativ, Femoralisdehnungsschmerz negativ, keine sensiblen Defizite, Reflexe seitengleich mässig lebhaft, Grosszehenheber und Vorfusshebung links KG [Kraftgrad] III-IV; Diagnose: Diskusprolaps L4/5 mit Affektion der Nervenwurzel L3 und L5 links; IVSTA-act. 17); - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vom 22. Februar 2017 (arbeitsunfähig von 21. Februar 2017 bis 24. Februar 2017), 1. März 2017 (arbeitsunfähig vom 27. Februar 2017 bis 2. März 2017), 10. April 2017 (arbeitsunfähig von 10. April 2017 bis 14. April 2017) und 18. April 2017 (arbeitsunfähig von 18. April 2017 bis 21. April 2017) von Dr. E. _____ (IVSTA-act. 18 S. 3-6); - mehrere Bestätigungen betreffend Wahrnehmung von Physiotherapieterminen in den Jahren 2016 bis 2018 (IVSTA-act. 19).

E. 8.3

Am 25. Oktober 2018 kam ein ärztliches Gutachten der PVA, erstellt durch Dr. I. _____, Facharzt für Unfallchirurgie, vom 11. Oktober 2018 zu den Akten (IVSTA-act. 26 f.). Im genannten Gutachten stellt Dr. I. _____ gestützt auf die ihm vorliegenden Akten sowie

auf die eigene Untersuchung vom 27. August 2018 die folgende Diagnose: MRI-mässig gesicherter Bandscheibenvorfall L4/L5 mit Nervenwurzelbeteiligung L5 und L3 links mit lumboischialgieformen Beschwerden und Grosszehenheberschwäche und Plantarflexionsschwäche geringen Ausmasses jedoch ohne Paresen, mit Schmerzen beim Lagewechsel, ohne Schmerzmittelbedarf (ICD-10: M54.9). Im Rahmen seiner ärztlichen Beurteilung der Leistungsfähigkeit hält Dr. I. _____ fest, aufgrund der Schmerzen bei Lagewechsel von Seiten der LWS ausstrahlend in den linken Oberschenkel seien dem Beschwerdeführer leichte Tätigkeiten bei wechselnder Arbeitshaltung unter Vermeidung von Zwangshaltungen und exponiertem Arbeiten möglich. Unter dem Titel Zusatzbefunde / mitgebrachte Befunde führt Dr. I. _____ einen MRI-Befund vom 15. Juli 2016 von Dr. F. _____ und Röntgenbilder auf Papierformat der LWS vom 29. Juni 2009 und vom 6. Juni 2016 auf, mit der Bemerkung, dass sich eine deutliche Aufbrauchung des Bandscheibenraumes L4/L5, L5/S1 mit osteophytärer Randzackenbildung zeige und innerhalb der Befunde eine deutliche Verschlechterung vorliege (IVSTA-act. 26 S. 3).

E. 9

Nach Übermittlung des neuen Gesuchs des Beschwerdeführers zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung vom 9. Januar 2023 forderte die Vorinstanz die PVA zur Zustellung sämtlicher vorhandener medizinischer Dokumente des Beschwerdeführers auf (IVSTA-act. 35 f.). Auch der Beschwerdeführer wurde zur Einreichung von (unter anderem) medizinischen Unterlagen aufgefordert (IVSTA-act. 41). Unter den in der Folge übermittelten Dokumenten befanden sich auch bereits aktenkundige Berichte aus dem ersten vorinstanzlichen Verfahren (vgl. dazu IVSTA-act. 46 f., 49 f., 58-63).

E. 9.1.1

Unter den neu übermittelten Dokumenten, welche vor dem 3. Januar 2019 erstellt worden sind, befindet sich zunächst ein Karteiausdruck von Dr. D. _____ betreffend den Zeitraum vom 23. August 2016 bis zum 20. Februar 2023 (IVSTA-act. 38). Zusammengefasst ist dieser Patientendokumentation für die Zeit bis zur Verfügung vom 3. Januar 2019 nebst Wiedergabe verschiedener, vorstehend bereits zusammengefasster Befunde und Diagnosen zu entnehmen, dass ab dem Jahr 2016 Physiotherapie erfolgte, der Beschwerdeführer im Jahr 2016 «seit Jahren» über anhaltende Rückenschmerzen mit teilweiser Ausstrahlung ins linke Bein klagte, im Jahr 2016 «seit Jahren» eine Fussheberschwäche links bekannt war, im Oktober 2016 ergänzend zu den Ausführungen vom 23. August 2016 (vgl. oben E. 8.2) festgehalten wurde, die Kiblerfalte sei proximal und distal der WS erschwert abhebbar, im Mai 2017 eine Veränderung betreffend die Fussbeschwerden notiert wurde («Vorfusshebung und GZ-Heber links bekannt mit KG II-III vorbestehend»; am 23. August 2016 hat Dr. D. _____ diesbezüglich KG III-IV notiert; vgl. E. 8.2 vorstehend), im Mai 2017 eine periartikuläre Infiltration mit Carbostesin und Diprophos betreffend Facetten und SIPS erfolgte, eine Therapie mit Extension LWS, Kurzwelle und Längsgalvanisation begonnen sowie über Schmerzen im Nackenbereich geklagt wurde und im ganzen Zeitraum immer wieder Epiduralkatheter eingesetzt wurden. Es wurde für die folgenden Zeiten eine Arbeitsunfähigkeit notiert: 25. August 2016 bis 8. Januar 2017, 5. Mai 2017 bis 14. Mai 2017 sowie 16. Juni 2017 bis 31. August 2019 (somit über den Zeitpunkt der Verfügung vom 3. Januar 2019 hinaus).

E. 9.1.2

Weiter kam eine ärztliche Bestätigung von Dr. J. _____, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 12. Juni 2017 zu den Akten, wonach der Beschwerdeführer am 9. April 2017 «über die Treppe gestürzt» sei und über linksseitige Schmerzen im Lendenbereich klage. Es bestehe eine linksseitige Lumbalgie und es sei Physiotherapie und eine Arbeitsunfähigkeit vom 10. April bis zum 14. April verordnet worden (IVSTA-act. 48).

E. 9.2

Folgende medizinische Dokumente, die nach dem 3. Januar 2019 erstellt wurden, kamen zu den Akten: - Befund Labor K. _____, (...), vom 9. Oktober 2019 betreffend Laborergebnisse (IVSTA-act. 51); - Entlassungsbrief (vorläufig) Krankenhaus H. _____ vom 11. Dezember 2019 (Diagnosen: PAVK IIB links, AFS Verschluss links, aktuell PTA [perkutane transluminale Angioplastie] mit Stent der AFS links, Pseudoaneurysma rechts, CVRF: arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie; IVSTA-act. 52); - Befund betreffend Bildgebung LWS vom 2. Februar 2022 (Ergebnis: Seit dem 6. Juni 2016 Progression der Osteochondrose bei L3/4 mit insbesondere weiterer Höhenreduktion des Diskus, sonst Status idem) und Bildgebung Knie beidseits vom 2. Februar 2022 (mediales Tibiaplateau steht rechts 6 mm höher als links, bilaterale Arteriosklerose, diskrete Retropatellararthrose beidseits und Fabella als Normvariante beidseits; IVSTA-act. 53); - MRT der Halswirbelsäule vom 23. Mai 2023 (C3/C4: Chondrose, dorsobilaterale Diskusprotrusion, leichtgradige uncarthrotische Einengung des linksseitigen Foramen intervertebrale, angedeuteter paradoxer Kyphoseknick; C4/C5: Osteochondrose mit segmentärer Streckstellung, spondylophytär begrenzte dorsobilaterale Diskusprotrusion, leichtgradige uncarthrotische Einengung des rechtsseitigen Foramen intervertebrale; C5/C6: Osteochondrose mit segmentärer Streckstellung, dorsobilaterale spondylophytär begrenzte Diskusprotrusion mit leichtgradiger Einengung des Spinalkanals auf 9 mm, höhergradige uncarthrotische Einengung des Foramen intervertebrale beidseits; NB: 16 mm im Durchmesser haltende T2 stark hyperintense Raumforderung an der Vorderfläche der Epiglottis rechtsseitig, in erster Linie einer Epiglottiszyste entsprechend; IVSTA-act. 54); - Kurzarztbrief von Prim. Priv.-Doz. Dr. L. _____, Abteilung für Innere Medizin des Krankenhauses M. _____, vom 28. Juli 2023 (Hauptdiagnosen: V.a. Steinabgang mit milder Begleitpankreatitis [Z.n. Cholezystektomie 1998; MRCP am 26. Juli 2023: kein Steinnachweis]; V.a. RCC [Nierenzellkarzinom] T1N0Mx rechts [Weiterbetreuung über die Urologie S. _____]; Nebendiagnosen: multiple Colonpolypen, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus Typ 2 [ED 07/2023], Steatosis hepatis, PAVK IIB links, chronischer Nikotinabusus; IVSTA-act. 64); - Gemäss Karteiausdruck von Dr. D. _____ betreffend den Zeitraum nach Erlass der Verfügung vom 3. Januar 2019 (IVSTA-act. 38) wurde - abgesehen von Wiedergaben der bereits erwähnten Diagnosen - im Wesentlichen weiterhin Physiotherapie verschrieben, es kamen weiterhin Epiduralkatheter zum Einsatz, es bestand ein Verdacht auf eine Kontusion des rechten Kahnbeins am 29. Mai 2020 («vd. auf Cont. Scaphoid dext») und es kam zu Fussproblemen (Eintrag vom 19. Januar 2021). Am 4. April 2022 wurde eine progrediente Osteochondrose L3/4 festgehalten. Es wurden weiter Arbeitsversuche unternommen und manualmedizinische Therapie durchgeführt. Dem Beschwerdeführer wurde - nebst den bereits erwähnten Zeiträumen (vgl. E. 9.1.1 vorstehend) - eine Arbeitsunfähigkeit (wegen Diskusprolaps L4/5 mit Affektion L5 links) vom 13. Januar 2020 bis 5. Juli 2021, vom 5. November 2021 bis 5. Dezember 2021 und vom 7. Dezember 2021 bis 23. April 2023 (letzter Eintrag in der Patientenakte: 20. Februar 2023) bescheinigt.

E. 9.3

In der ärztlichen Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. N. _____, Facharzt für allgemeine Medizin, vom 10. Oktober 2023 werden folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt: chronische Lumbalgie mit/bei multisegmentaler Osteochondrose mit Diskusprolaps L4/L5 und Dorsalverlagerung der Wurzel L5 links, chronische Cervicalgie bei degenerativen HWS-Veränderungen (MR 23. Mai 2023), beginnende Varus-Gonarthrose und Retropatellararthrose beidseits, Status nach PTA a. femoralis superficialis links vom 9. Dezember 2019 wegen PAVK Iib links und Status nach whs. Abgang Choedochus-Stein im Juli 2023 mit milder Begleitpankreatitis (Status nach Cholezystektomie 1998). Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden keine aufgeführt. Weiter wird im Wesentlichen festgehalten, dass neue Diagnosen angegeben würden und anhand der neuen Unterlagen keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit glaubhaft gemacht werde. Anlässlich der Neuanschuldung sei die medizinische Aktenlage vollständig. Es seien diverse alte und einige wenige neue Unterlagen eingereicht worden (Auflistung neue Unterlagen: MR-Bericht HWS von 05/2023, Hosp. 9. Dezember 2019 - 12. Dezember 2019 PTA, Hosp. 07/2023 wegen Vd. a. Choledocholithiasis). Seit Oktober 2018 sei der Versicherte einer PTA an der linken unteren Extremität unterzogen worden, der Verlauf sei absolut gut, so dass von dieser Seite keine längerdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustands entstanden sei. Das Gleiche gelte für die Hospitalisation vom Juli 2023. Bezüglich der Rückenproblematik zeige sich in der neuen Bildgebung auch eine degenerative Veränderung an der Halswirbelsäule, aber ohne dokumentierte neurologische Defizite, weshalb auch von dieser Seite keine Verschlechterung des Gesundheitszustands abgeleitet werden könne. Somit sei eine generelle Verschlechterung des Gesundheitszustands seit 2018/2019 nicht plausibel dargelegt worden und die bisherige RAD-Einschätzung bleibe unverändert (IVSTA-act. 68).

E. 9.4

Im Rahmen des Einwandverfahrens betreffend den ersten Vorbescheid vom 12. Oktober 2023 (IVSTA-act. 69) reichte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 6. Dezember 2023 (vgl. IVSTA-act. 77) ein zuhanden des Landesgerichts O. _____ unter Berücksichtigung des fachärztlich-internistischen Gutachtens von univ. med. Dr. P. _____, Facharzt für Innere Medizin (Kardiologie), vom 21. September 2023 (IVSTA-act. 74) und des orthopädischen Facharztgutachtens von Dr. Q. _____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, vom 3. Juli 2023 (IVSTA-act. 73 S. 1 [S. 2-6 gehören zum Gesamtgutachten]; 75) erstelltes Gesamtgutachten vom 3. Oktober 2023 ein (IVSTA-act. 78 S. 2 [S. 1 und 3 gehören nicht zum Gesamtgutachten]; 73 S. 2-6 [S. 1 gehört zum orthopädischen Facharztgutachten]; diese Gutachten wurden der Vorinstanz im Januar 2024 auch durch die PVA zugestellt [IVSTA-act. 87-90]).

E. 9.4.1

Im Gesamtgutachten werden übereinstimmend mit dem fachärztlich internistischen Gutachten (IVSTA-act. 88 S. 3 f.) aus internistischer Sicht die folgenden Diagnosen gestellt (IVSTA-act. 89 S. 3): - Zustand nach Cholezystektomie 1998, im Juli 2023 spontaner Steinabgang mit milder Begleithepatitis; - anlässlich der Steinerkrankung und Begleitpankreatitis festgestellter Nierentumor rechts am oberen Pol mit Verdacht auf Nebennierenmetastase (RCC), diesbezügliche Operation am 23. November 2023 vorgesehen; - arterielle Hypertonie (Bluthochdruck); - Diabetes mellitus Typ II b mit

diätetischer Behandlung, derzeit ohne orale Antidiabetica; - Steatosis hepatis; - kleine Bauchwandhernie; - PAVK der Beine mit Zustand nach PTA eines AFS-Verschlusses rechts im Juli 2015 und PTA und Stentimplantation in der AFS links im Dezember 2019, diesbezüglich aktuell keine einschränkenden Claudicatiobeschwerden.

E. 9.4.2

Aus orthopädischer Sicht werden im Gesamtgutachten übereinstimmend mit dem orthopädischen Facharztgutachten (IVSTA-act. 87 S. 4) die folgenden Diagnosen gestellt (IVSTA-act. 89 S. 3): - Lendenwirbelsäulen-/Beinschmerzen links bei Bandscheibenvorfall L4/L5 (ED 2016); - rechtsbetonte Halswirbelsäulenschmerzen bei mittel- bis höhergradigen Abnützungerscheinungen.

E. 9.4.3

Aus internistischer Sicht wird übereinstimmend mit den Ausführungen im fachärztlich-internistischen Gutachten (IVSTA-act. 88 S. 4) betreffend durch die genannten Gesundheitsstörungen verursachte Beschwerden festgehalten, der arterielle Hypertonus werde medikamentös eingestellt, die Blutdrucksituation sei im Grossen und Ganzen zufriedenstellend. Der Diabetes mellitus werde nur diätetisch behandelt, orale Antidiabetica oder Insulintherapie seien bis anhin nicht erforderlich. Bei Zustand nach Entfernung der Gallenblase sei es im vergangenen Sommer zu einem spontanen Steinabgang aus dem Gallengangsbereich und zu einer Begleitpankreatitis gekommen, diese Problematik habe sich erledigt. Im Rahmen der damit verbundenen Abklärung habe man einen Nierentumor am rechten oberen Pol mit Verdacht auf Metastase in die Nebenniere gefunden. Die operative Entfernung des Tumors erfolge am 23. November 2023. Je nach Befund werde das weitere onkologische Procedere festgelegt, wobei die genaue Prognose bzw. das Erfordernis einer Nachbehandlung noch nicht abgeschätzt werden könne. Der Beschwerdeführer sei bis zur Operation und wohl auch einige Wochen nach der Operation im Krankenstand. Weiter bestehe eine periphere arterielle Durchblutungsstörung der Beine und es sei beidseits eine Gefässdehnung der Arteria femoralis superficialis durchgeführt worden, links mit einer Stentimplantation. Diesbezüglich sei der Beschwerdeführer derzeit nur oligosymptomatisch, beim Gehen in der Ebene habe er praktisch keine Einschränkung, beim Bergwandern würden teilweise Beschwerden im Unterschenkelbereich auftreten. Das Beschwerdebild überlagere sich auch mit den orthopädischen Problemen von Seiten der Lendenwirbelsäule. Aus orthopädischer Sicht liege - übereinstimmend mit der Einschätzung im orthopädischen Fachgutachten (IVSTA-act. 87 S. 6) - eine Einschränkung der Gesamtbelastbarkeit und eine Einschränkung bezüglich zumutbarer Arbeitshaltungen vor (IVSTA-act. 89 S. 4).

E. 9.4.4

Hinsichtlich der Frage, welche Arbeiten mit Rücksicht auf den bestehenden Gesundheitszustand unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses seit 1. Februar 2023 noch verrichtet werden können, liegen folgende gutachterlichen Einschätzungen vor.

E. 9.4.4.1

Dr. P. _____ führt im fachärztlich-internistischen Gutachten vom 21. September 2023 aus, der Beschwerdeführer könne aus internistischer Sicht folgende Tätigkeiten verrichten (IVSTA-act. 88 S. 5): - leichte und mittelschwere Arbeiten; - Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen; - Arbeiten im freien und in geschlossenen Räumen; - Arbeiten im Rahmen eines

üblichen 8-Stunden-Tages mit den üblichen Unterbrechungen; - kein Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, kein häufiges Bücken, keine Arbeiten unter extremem Stress; - zeitweise überdurchschnittlicher Zeitdruck (Stufe C nach Ruddy) ist zumutbar; - Beschränkungen hinsichtlich des Anmarschweges zur Arbeitsstätte bestehen in der Ebene nicht, der Weg zur Arbeitsstätte sollte nicht bergan führen, öffentliche Verkehrsmittel können benützt werden; - kein Einwand gegen Tagespendeln, Wochenpendeln oder Wohnsitzverlegung; - eine wesentliche Besserung des die geminderte Arbeitsfähigkeit verursachenden Zustandes ist in absehbarer Zeit nicht sehr wahrscheinlich. Im laufenden Jahr sei mit hoher Wahrscheinlichkeit mit leidensbedingten Krankenständen von mehr als 7 Wochen zu rechnen. Eine Krankenstandsprognose für das nächste Jahr sei derzeit nicht möglich und hänge vom weiteren Verlauf der Tumorerkrankung ab.

E. 9.4.4.2

Im orthopädischen Facharztgutachten vom 3. Juli 2023 wird diesbezüglich Folgendes festgehalten (IVSTA-act. 87 S. 6 f.): - leichte Arbeiten; - Arbeiten überwiegend im Sitzen, über 20 Minuten pro Stunde sind gehende oder stehende Arbeiten zumutbar, zusätzliche Pausen sind nicht notwendig; - Arbeiten im Freien oder in geschlossenen Räumen, Kälte- und Luftzugexposition muss jedoch vermieden werden; - täglich 4 Stunden, eine fallweise Arbeit von 6 Stunden täglich ohne zusätzliche Pause (aufs Jahr bezogen 4 Wochen) ist möglich; - das Heben und Tragen von schweren sowie von mittelschweren Lasten, häufiges Bücken (mind. einmal pro Minute unter Tischkantenniveau), Überkopfarbeiten, das Klettern auf Leitern und Gerüsten, häufiges Treppensteigen (mind. 10 Stufen einmal pro Minute), Arbeiten in fixierter Körperhaltung (45° vornübergebeugter Oberkörper über mehr als 4 Sekunden ohne Abstützmöglichkeit), streng monotone Arbeiten (wie z.B. am Fließband) sowie generell Arbeiten, die mit Zwangshaltungen des Oberkörpers, auch kombinierte Vornüberbeugung und Rotation, verbunden sind, sind zu vermeiden; - keine Einschränkungen hinsichtlich des Zeitdrucks; - keine gesetzlich relevanten Beschränkungen hinsichtlich des Anmarschweges zur Arbeitsstätte, keine Einschränkungen bezüglich Zumutbarkeit zur Benützung öffentlicher Verkehrsmittel; - keine medizinischen Gründe gegen Wohnsitzverlegung bzw. Tages- oder Wochenpendeln; - eine wesentliche Besserung ist nicht mehr zu erwarten. Bei Einhaltung des stark eingeschränkten Leistungskalküls seien leidensbedingte Krankenstände von mindestens 5 Wochen pro Jahr zu erwarten.

E. 9.4.4.3

Im Gesamtgutachten wird dazu Folgendes festgehalten (IVSTA-act. 89 S. 5): - leichte Arbeiten; - überwiegend im Sitzen, über 20 Minuten pro Stunde sind gehende oder stehende Arbeiten zumutbar, zusätzliche Pausen sind nicht notwendig; - Arbeiten im Freien oder in geschlossenen Räumen, Kälte und Luftzugexposition muss jedoch vermieden werden; - täglich 4 Stunden, eine fallweise Arbeit von 6 Stunden täglich ohne zusätzliche Pause (aufs Jahr bezogen 4 Wochen) ist möglich; - das Heben und Tragen von schweren und mittelschweren Lasten ist zu vermeiden, Arbeiten mit extremem Stress sind zu vermeiden; - zeitweiser überdurchschnittlicher Zeitdruck (Stufe C nach Ruddy) ist zumutbar; - Beschränkungen hinsichtlich des Anmarschwegs zur Arbeitsstätte bestehen in der Ebene nicht, der Weg zur Arbeitsstätte sollte nicht bergan führen, öffentliche Verkehrsmittel können benutzt werden; - es bestehen keine medizinischen Gründe gegen eine Wohnsitzverlegung bzw. Tages- oder Wochenpendeln; - aus internistischer Sicht ist eine wesentliche Besserung des die geminderte Arbeitsfähigkeit verursachenden Zustandes in absehbarer Zeit nicht sehr wahrscheinlich, aus orthopädischer Sicht ist eine wesentliche

Besserung nicht mehr zu erwarten. Im laufenden Jahr sei mit hoher Wahrscheinlichkeit mit leidensbedingten Krankenständen von mehr als 7 Wochen zu rechnen. Eine Krankenstands-prognose für das nächste Jahr sei derzeit nicht möglich und hänge vom weiteren Verlauf der Tumorerkrankung ab.

E. 9.5

Ebenfalls mit Eingabe von 6. Dezember 2023 (vgl. IVSTA-act. 77) stellte der Beschwerdeführer der Vorinstanz einen Arztbrief von Prim. Univ.-Doz. Dr. R. _____, Abteilung für Urologie des Krankenhauses S. _____, vom 22. November 2023 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 22. November 2023 bis 2. Dezember 2023 zur offenen Nierenteilresektion rechts zu (Diagnosen bei Entlassung: hochgradiger V.a. RCC T1N0Mx rechts [ICD: Z03.1], V. a. Steinabgang mit milder Begleitpankreatitis [ICD: Z03.9/K85.9], Barrett-Ösophagus [ICD: K22.7], Gastritis Typ C [ICD: K29.7], multiple Colonpolypen [ICD: K63.5], arterielle Hypertonie [ICD: I10.9], Hypercholesterinämie [ICD: E78.0], Diabetes mellitus Typ 2 [ED 07/2023; ICD: E11.9], Steatosis hepatis [ICD: K76.9], pAVK IIb links [ICD: I70.22], chronischer Nikotinabusus [ICD: F17.2], Allergien: Pollinose; IVSTA-act. 76).

E. 9.6

Der erneut konsultierte RAD-Arzt Dr. N. _____ hält in seiner ärztlichen Stellungnahme vom 28. Dezember 2023 in Ergänzung zu seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2023 im Wesentlichen als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach offener Nierenteilresektion rechts am 23. November 2023 bei Verdacht auf Nierenzell-Karzinom und als zusätzliche Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus II ohne aktuell notwendige Therapie fest. Als neue Unterlagen führt Dr. N. _____ den Hospitalisationsbericht Nierentumor vom 22. November 2023 auf. Er führt aus, die beiden Gutachten (orthopädisch und internistisch) brächten keine neuen Aspekte in Bezug auf die Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, somit wäre aufgrund dieser Diagnosen eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit weiterhin gegeben (unveränderter Zustand im Vergleich zu 2019). Neu hinzugekommen sei die Diagnose des Nierentumors rechts mit Verdacht auf ein Nierenzell-Karzinom. Der Nierentumor sei an 23. November 2023 mittels Nierenteilresektion entfernt worden. Es würden weitere Berichte (Spitalbericht, Histologie, onkologische Verlaufsbeurteilung) fehlen, welche zur Beurteilung der weiteren Arbeitsunfähigkeit eingeholt werden müssten. Grundsätzlich könne aktuell von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab dem 22. November 2023 ausgegangen werden, der weitere Verlauf müsse abgewartet werden, um eine allfällige daraus entstehende länger dauernde Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen (IVSTA-act. 83).

E. 9.7

In der Folge kam am 19. Januar 2024 ein ergänzter Karteiausdruck von Dr. D. _____ für den Zeitraum 23. August 2016 bis 15. Januar 2024 zu den Akten (IVSTA-act. 86). Diesem ist zusammengefasst ergänzend zum bereits Ausgeführten (vgl. E. 9.2 vorstehend) für die Zeit nach dem Eintrag vom 20. Februar 2023 zu entnehmen, dass weiterhin Epiduralkatheter eingesetzt wurden, manualmedizinische Therapie angewandt wurde und dem Beschwerdeführer vom 7. Dezember 2021 durchgängig bis am 14. Januar 2024 eine Arbeitsunfähigkeit wegen Diskusprolaps L4/L5 bescheinigt wurde.

E. 9.8

Der Beschwerdeführer reichte weiter einen histologischen Befund des Krankenhauses S. _____ vom 7. Dezember 2023, einen Ambulanzbericht des Krankenhauses S. _____ vom 15. Dezember 2023 und ein Tumorboardprotokoll betreffend Tumorboard im Urologischen Tumorboard S. _____ am 15. Dezember 2023 ein (Posteingang: 24. Mai 2024; IVSTA-act. 96-98).

E. 9.8.1

Gemäss histologischem Befund wurde ein Nierenteilresektat rechts mit einem in toto entfernten, 4 cm grossen, klarzelligen Nierenzellcarcinom, Grad 2 nach WHO/ISUP, diagnostiziert (IVSTA act. 97).

E. 9.8.2

Gemäss dem Tumorboardprotokoll handelt es sich um einer Erstvorstellung betreffend einen Primärtumor (bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken [C64] rechts). Zum bisherigen Verlauf wird im Wesentlichen Folgendes festgehalten: Klarzelliges Nierenzellkarzinom, pT1 a G2 R0 (Z. n. offener Nierenteilresektion rechts am 23. November 2023, Leibovic-Score: Low Risk). Empfohlen wird eine Nachsorge laut Guidelines mit einem ersten CT in 6 Monaten (IVSTA-act. 98 S. 1 f.).

E. 9.8.3

Dem Ambulanzbericht vom 15. Dezember 2023 ist ergänzend zu den Informationen im Arztbrief vom 22. November 2023 (IVSTA-act. 76; vgl. E. 9.5 vorstehend) im Wesentlichen zu entnehmen, dass sich aktuell eine sehr gute Nierenfunktion zeige, deutlich besser als bei der Entlassung, dass sich die Leberparameter nicht erhöht zeigten und insgesamt eine unauffällige Kontrolle erfolgt sei (IVSTA-act. 96).

E. 9.9

Der abermals konsultierte RAD-Arzt Dr. N. _____ hält in seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2024 neu als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein klarzelliges Nierenzellkarzinom rechts pT1a G2 R0 bei Status nach offener Nierenteilresektion rechts vom 23. November 2023 fest. Es bestehe ab dem 23. November 2023 eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in Verweistätigkeiten von 100 %. Ab dem 15. Dezember 2023 bestehe sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in Verweistätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 0 %. Die medizinische Aktenlage sei vollständig. Die Nieren-Teilresektion rechts sei vollständig und eine weiterführende Tumorbehandlung sei nicht notwendig. Die Tumorbehandlung sei damit abgeschlossen, der Beschwerdeführer sei kurativ behandelt. Die Prognose bezüglich des Tumors sei sehr gut, Verschlechterungen seien nicht zu erwarten. Gemäss Schlusskontrolle vom 15. Dezember 2023 sei der status quo ante wieder erreicht; es seien nur noch halbjährliche Sicherheitskontrollen notwendig. Somit sei nach dem 15. Dezember 2023 wieder der gleiche Zustand erreicht wie 2019, die zusätzlich eingebrachten Gutachten seien bereits bei der RAD-Stellungnahme vom Oktober bzw. Dezember 2023 berücksichtigt worden und auch der Sprechstunden-Verlaufsbericht vom Januar 2024 ändere daran nichts, darin seien keine zusätzlichen Befunde oder Diagnosen aufgelistet. Somit weise der Beschwerdeführer keine langdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf (IVSTA-act. 100). Diese abschliessende RAD-ärztliche Beurteilung in Verbindung mit den Stellungnahmen vom 10. Oktober 2023 (IVSTA-act. 68) und 28. Dezember 2023 (IVSTA-act. 83) diene der Vorinstanz als Grundlage der angefochtenen Verfügung.

E. 10.1

Die Vorinstanz führt hinsichtlich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers in ihrer Verfügung vom 16. August 2024 aus, aus den medizinischen und wirtschaftlichen Unterlagen gehe hervor, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei die Ausübung der festgelegten angestammten Tätigkeit immer noch zumutbar und schliesse einen Rentenanspruch aus. Die Tumorbehandlung sei abgeschlossen, es sei eine kurative Behandlung erfolgt. Demzufolge ergebe sich keine langdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustands. Auf Grundlage der neuen medizinischen Dokumentation sei der ärztliche Dienst zum Schluss gekommen, dass trotz der bekannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Situation ähnlich wie zuvor und ohne wesentliche Veränderungen geblieben sei (IVSTA-act. 104 S. 2). Mit ihrer Vernehmlassung vom 7. November 2024 ergänzt die Vorinstanz im Wesentlichen, der Beschwerdeführer könne aus der Tatsache, dass ihm von der österreichischen Pensionsversicherung mit Wirkung ab 1. August 2023 eine Invaliditätspension gewährt worden sei, hinsichtlich eines Anspruchs aus der schweizerischen Invalidenversicherung nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die im Rahmen des österreichischen Gerichtsverfahrens erstellten Gutachten seien ihr bekannt gewesen und in die Beurteilung vom 28. Dezember 2023 eingeflossen, aber es hätten sich keine neuen Aspekte bezüglich der Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen lassen. Es bestehe im Vergleich zur Verfügung aus dem Jahre 2019 ein unveränderter Zustand. Die Nieren-Teilresektion sei erfolgreich verlaufen und die Schlusskontrolle vom 15. Dezember 2023 habe den Vorstatus von 2019 bestätigt. Ab dem 23. November 2023 habe neu eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Arbeitstätigkeit bestanden, der positive Befund vom 15. Dezember 2023 habe jedoch den gleichen Zustand wie 2019 wieder herzustellen vermocht, d.h. es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Daran vermöchten auch die im Nachgang eingereichten Sprechstunden-Verlaufsberichte nichts zu ändern, nachdem diese weder zusätzliche Befunde noch entsprechende Diagnosen aufweisen würden (BVGer-act. 7 S. 2).

E. 10.2

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber beschwerdeweise im Wesentlichen hinsichtlich seines Gesundheitszustands ausführen, gestützt auf das Gesamtgutachten vom 3. Oktober 2023 sei im Vergleich zur Situation im Zeitpunkt der früheren Verfügung von einer unterdessen erheblich reduzierten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Der Gutachter gehe von einem möglichen Pensum von lediglich 4 Stunden (fallweise 6 Stunden) täglich aus, womit eine invalidenversicherungsrechtlich relevante erhebliche Verschlechterung gegeben sei. Der im Herbst 2023 diagnostizierte und erfolgreich entfernte Nierenkrebs habe lediglich eine vorübergehende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gehabt und sei nicht weiter von invalidenversicherungsrechtlicher Bedeutung. Am 19. Dezember 2023 habe die PVA ihm mit in der Folge rechtskräftig gewordenen Bescheid eine unbefristete Invaliditätspension ab dem 1. August 2023 von monatlich Euro 1'042.87 zugesprochen. Der Bescheid (respektive dessen Aktengrundlagen) - welcher sich trotz entsprechender Zustellung durch die PVA nicht in den zugestellten Akten befinde - sei auch für die Beurteilung des in der Schweiz gestellten IV-Gesuchs zentral (BVGer-act. 1). In seiner Replik führt der Beschwerdeführer zusammengefasst ergänzend aus, die Neuanmeldung sei nicht wegen des (erst Monate später aufgetretenen) Tumorleidens erfolgt. Selbst wenn in den vorliegenden Gerichtsgutachten keine

zusätzlichen Befunde oder Diagnosen aufgelistet wären, hätte die Vorinstanz zu prüfen gehabt, ob im Vergleich zu früher (vor der Verfügung vom 3. Januar 2019) eine rentenrelevante Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingetreten sei (BVGer-act. 9).

E. 11

Die Vorinstanz hat vorliegend kein externes Gutachten eingeholt, sondern sich für die Beurteilung des Leistungsanspruchs im Neuanmeldeverfahren im Wesentlichen auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. N. _____ vom 10. Oktober 2023 (IVSTA-act. 68), 28. Dezember 2023 (IVSTA-act. 83) sowie 6. Juni 2024 (IVSTA-act. 100) gestützt. Dieser hat, ohne eine eigene Untersuchung durchzuführen, eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Zwar ist nicht zwingend erforderlich, dass die RAD-Ärzte die Versicherten persönlich untersuchen. Jedoch dürfen, damit auf ihre Beurteilung abgestellt werden kann, auch keine nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (E. 6.5.3 f. hievor). Zu prüfen ist demnach, ob die vorliegenden medizinischen Akten es dem medizinischen Dienst erlaubten, sich ein vollständiges Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

E. 11.1

Ein RAD-Bericht muss in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben werden (vgl. E. 6.5.1 vorstehend). Einem beweiswertigen Bericht des RAD muss daher entnommen werden können, auf welchen medizinischen Unterlagen er basiert. Bei den RAD-Berichten von Dr. N. _____ ist dies nicht der Fall.

E. 11.1.1

In seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2023 führt Dr. N. _____ als neue Unterlagen im Sinne einer Auflistung Folgendes auf: «MR-Bericht HWS von 05/2023», «Hosp. 9.12.2019 - 12.12.2019 PTA», «Hosp. 07/2023 wegen Vd. a. Cholelithiasis» (IVSTA-act. 68). Ob sich Dr. N. _____ mit den weiteren sich zum Zeitpunkt dieser Einschätzung bei den Akten befindlichen Unterlagen, beispielsweise mit dem Befund betreffend Bildgebung LWS vom 2. Februar 2022, dem Bericht betreffend MRT der Halswirbelsäule vom 23. Mai 2023 oder dem Karteiausdruck des behandelnden Dr. D. _____, auseinandergesetzt und diese in seine Beurteilung einbezogen hat, geht aus der Stellungnahme nicht hervor. Auch zum ärztlichen Gutachten von Dr. I. _____ vom 11. Oktober 2018 (bei der Vorinstanz eingegangen am 25. Oktober 2018; vgl. E. 8.3 vorstehend), welches bereits vor Erlass der Verfügung vom 3. Januar 2019 vorlag, aber soweit ersichtlich dem RAD damals nicht vorgelegt worden war, äussert sich Dr. N. _____ nicht.

E. 11.1.2

In der Stellungnahme von Dr. N. _____ vom 28. Dezember 2023 nennt dieser als neue Unterlagen den «Hospitalisationsbericht Nierentumor 22.11.2023». Aus dem weiteren Text geht hervor, dass ihm das orthopädische und das internistische Gutachten vorlagen. Ob ihm auch das entsprechende Gesamtgutachten vorlag und in die Beurteilung miteinbezogen wurde, geht aus seinen Ausführungen nicht hervor.

E. 11.1.3

Aus der Stellungnahme von Dr. N._____ vom 6. Juni 2024 geht hervor, dass ihm Dokumente betreffend das Nierenzellkarzinom - insbesondere der Bericht vom 15. Dezember 2023 - vorlagen, eine diesbezügliche Auflistung fehlt. Weiter wird der Sprechstundenbericht vom Januar 2024 erwähnt.

E. 11.1.4

Die Anamneseerhebung von Dr. N._____ ist damit insgesamt als ungenügend zu qualifizieren. Es steht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass Dr. N._____ seine Stellungnahmen in Kenntnis sämtlicher vorliegenden medizinischen Akten verfasst hat. Dieser Umstand begründet bereits Zweifel am Beweiswert seiner Beurteilung.

E. 11.2

Weiter muss der ärztliche Bericht eine Beschreibung der medizinischen Situation und der Zusammenhänge enthalten, die einleuchtet; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (vgl. E. 6.5.1 vorstehend).

E. 11.2.1

In der Einschätzung des RAD werden die in den verschiedenen medizinischen Unterlagen erwähnten Diagnosen nur teilweise übernommen, ohne dass hierfür eine Begründung angegeben wird (so betreffend das Gesamtgutachten bezüglich der Diagnosen «arterielle Hypertonie», «Steatosis hepatitis» und «kleine Bauchwandhernie»).

E. 11.2.2

Es fällt auf, dass Dr. N._____ für seine Einschätzungen keine eigene Auseinandersetzung mit den verschiedenen Leiden des Beschwerdeführers und insbesondere den Befunden in orthopädischer Hinsicht vornahm, d.h. keine versicherungsmedizinische Diskussion zur medizinischen Situation, den medizinischen Zusammenhängen und der Krankheitsentwicklung führte. Auch hieraus ergeben sich aus versicherungsmedizinischer Sicht Zweifel.

E. 11.2.2.1

Hinsichtlich der vorliegend zentralen Thematik der Lendenwirbelsäulen-/Beinschmerzen links bei Bandscheibenvorfall L4/L5 und der rechtsbetonten Halswirbelsäulenschmerzen wird lediglich betreffend die HWS festgehalten, dass sich diesbezüglich in der neuen Bildgebung auch eine degenerative Veränderung zeige, aber ohne dokumentierte neurologische Defizite. Eine Auseinandersetzung mit den dokumentierten Schmerzen und den bildgebend festgestellten Diskusprotusionen (inkl. Einengung des Spinalkanals) betreffend die Halswirbelsäule (vgl. E. 9.2 und E. 9.4.2 vorstehend) wird nicht vorgenommen. Betreffend die Beschwerden im Zusammenhang mit der LWS fehlen in allen drei Stellungnahmen von Dr. N._____ jegliche Ausführungen. Es wird lediglich jeweils die Diagnose einer chronischen Lumbalgie mit multisegmentaler Osteochondrose mit Diskusprolaps L4/L5 und Dorsalverlagerung der Wurzel L5 links ohne Radikulärsymptomatik wiederholt, obgleich im Gesamtgutachten (wie im orthopädischen Gutachten) - wobei diesbezüglich dem orthopädischen Gutachter soweit ersichtlich keine Bildgebung der LWS vorlag (vgl. IVSA-act. 87 S. 4) - Beinschmerzen als bestehende Leiden festgehalten werden, im Befund betreffend Bildgebung LWS vom 22. Februar 2022 ausgeführt wird, es liege eine Progression der Osteochondrose L3/4 mit insbesondere weiterer Höhenreduktion des Diskus vor (IVSTA-act. 53) und im Karteiausdruck von Dr.

D._____ der Einsatz von Epiduralkathetern und manualmedizinischer Therapie sowie Arbeitsunfähigkeiten wegen Diskusprolaps L4/L5 mit Beteiligung L5 - somit mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 links - (vgl. E. 9.7 vorstehend) festgehalten werden. Die Verneinung einer Radikulärsymptomatik durch Dr. N._____ erscheint vor diesem Hintergrund nicht hinreichend begründet, nachdem er sich in keiner Weise mit den gutachterlich attestierten Beinschmerzen und den anderen Hinweisen, die für eine mögliche Radikulärsymptomatik sprechen, auseinandersetzt. Diesbezüglich ist weiter ergänzend festzuhalten, dass insbesondere bereits im bei der Vorinstanz am 25. Oktober 2018 (somit vor Erlass der Verfügung vom 3. Januar 2019) eingegangenen ärztlichen Gutachten der PVA vom 11. Oktober 2018 ein MRI-mässig gesicherter Bandscheibenvorfall L4/L5 mit Nervenwurzelbeteiligung L5 und L3 links mit lumboischialgieformen Beschwerden und Grosszehenheberschwäche und Plantarflexionsschwäche geringen Ausmasses, jedoch ohne Paresen (vgl. E. 8.3 vorstehend) aufgeführt wird. Im Mai 2017 wird von Dr. D._____ eine Verschlechterung der Fussbeschwerden notiert (vgl. E. 9.1.1). Im Attest von Dr. D._____ vom 23. August 2016 wird unter anderem die Diagnose Diskusprolaps L4/L5 mit Affektion der Nervenwurzel links (vgl. vorstehend E. 8.2) erwähnt. Im Bericht zum MRT der Lendenwirbelsäule vom 15. Juli 2016 werden unter anderem ein nach kranial geklappter Discusprolaps L4/L5 mit Impression des Duralsackes und Dorsalverlagerung der linken Nervenwurzel L5 sowie Dorsalverlagerung und ödömatöser Schwellung der linken Nervenwurzel L3 extraneuroforaminal und eine deutliche Neuroforamenstenose L3/4 und L5/S1 rechts und links bei L5/S1 aufgeführt (vgl. E. 8.1.1 vorstehend). Bereits im Röntgenbefund der LWS vom 29. Juni 2009 wird unter anderem eine prominente Osteochondrose L4 mit deutlicher Einengung des Neuroforamen L4/L5 von kaudal her (vgl. E. 8.2 vorstehend) festgehalten.

E. 11.2.2.2

Mit Stellungnahme vom 6. Juni 2024 äussert sich Dr. N._____ - abgesehen von der Auflistung der Diagnosen - ausschliesslich zur Thematik des Nierenzellkarzinoms. Ansonsten hält er fest, der gleiche Zustand wie im Jahr 2019 sei erreicht, woran auch der Sprechstundenverlaufsbericht nichts ändere. Diesbezüglich setzt er sich insbesondere auch nicht mit den von Dr. D._____ festgehaltenen langdauernden Arbeitsunfähigkeiten wegen Diskusprolaps L4/L5 mit Affektion L5 links auseinander.

E. 11.2.2.3

Zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit führt Dr. N._____ am 10. Oktober 2023 lediglich aus, der Verlauf sei absolut gut, so dass keine längerdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustands entstanden sei. In seinen beiden zeitlich späteren Stellungnahmen finden sich - abgesehen von der Diagnose «St.n. PTA a. femoralis superficialis links 9.12.2019 wegen PAVK IIb links»- keine weiteren Ausführungen dazu. Dies, obgleich aus dem Gesamtgutachten vom 3. Oktober 2023 hervorgeht, dass eine periphere arterielle Durchblutungsstörung der Beine besteht und beidseits eine Gefässdehnung der Arteria femoralis superficialis (links mit Stentimplantation) durchgeführt worden ist, der Beschwerdeführer diesbezüglich oligosymptomatisch (d.h. wenige/leichte Symptome aufweist) ist, beim Bergwandern teilweise Beschwerden im Unterschenkelbereich auftreten und sich das Beschwerdebild mit den orthopädischen Problemen von Seiten der Lendenwirbelsäule überlagert.

E. 11.2.3

Was die Arbeitsfähigkeitseinschätzung angeht, besteht in Bezug auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Elektroinstallateur eine grosse Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Gutachter im Gesamtgutachten vom 3. Oktober 2023 (100 % arbeitsunfähig) und jener von Dr. N. _____ (100 % arbeitsfähig). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten besteht ebenfalls eine grosse Diskrepanz, nachdem die Gutachter angeben, der Beschwerdeführer könne täglich während 4 Stunden - fallweise 6 Stunden täglich ohne zusätzliche Pause, aufs Jahr bezogen 4 Wochen - leichte Arbeiten verrichten und Dr. N. _____ von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgeht. Dr. N. _____ begründet nicht, weshalb er diesbezüglich eine eigenständige und abweichende medizinische Beurteilung vornimmt und weshalb er zum Schluss kommt, es sei eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in Verweistätigkeiten weiterhin gegeben. Weiter setzt sich Dr. N. _____ auch nicht wertend mit den aus gutachterlicher Sicht angegebenen, in Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Krankenständen auseinander, obgleich diese als nicht unerheblich bezeichnet werden müssen (orthopädisches Gutachten: mindestens 5 Wochen; internistisches Gutachten: mehr als 7 Wochen im Jahr 2023, danach Krankenstandsprognose abhängig vom weiteren Verlauf der Tumorerkrankung; Gesamtgutachten: mehr als 7 Wochen im Jahr 2023, danach Krankenstandsprognose abhängig vom weiteren Verlauf der Tumorerkrankung).

E. 11.2.4

Auch in zeitlicher Hinsicht verzichtet Dr. N. _____ auf eine Auseinandersetzung mit den Diagnosen und deren Auswirkungen im zeitlichen Verlauf auf die Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht. Er hält lediglich eine Arbeitsunfähigkeit vom 23. November 2023 (Nierenteilresektion) bis 15. Dezember 2023 (Schlusskontrolle nach Nierenteilresektion) fest.

E. 11.2.5

Betreffend das Tätigkeitsprofil bestehen ebenfalls grosse Diskrepanzen. In seiner Stellungnahme vom 28. Dezember 2023 erwähnt Dr. N. _____ in seiner Würdigung, dass zwei Gutachten (orthopädisch und internistisch) vorlägen und diese keine neuen Aspekte in Bezug auf die Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorbrächten, womit eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit weiterhin gegeben sei (unveränderter Zustand im Vergleich zu 2019). Eine weitere Auseinandersetzung zu dieser Thematik findet nicht statt. Insbesondere fehlen jegliche Ausführungen zu den gutachterlichen Einschätzungen betreffend die Beantwortung der Frage, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführer aus internistischer und orthopädischer Sicht verrichten kann. Zu den diesbezüglich im internistischen und orthopädischen Gutachten sowie im Gesamtgutachten aufgeführten verschiedenen zu vermeidenden Tätigkeiten - und den diesbezüglichen Diskrepanzen zwischen dem orthopädischen Gutachten und dem Gesamtgutachten - nimmt Dr. N. _____ keine Stellung. Dasselbe gilt auch hinsichtlich der gutachterlichen Einschätzung, dass nach den Ausführungen im Gesamtgutachten nur leichte Tätigkeiten ausgeübt werden können. Auch in diesen Punkten weicht Dr. N. _____ ohne entsprechende Auseinandersetzung und Begründung von den gutachterlichen Ausführungen ab, was nicht überzeugt. Der in der Stellungnahme vom 6. Juni 2024 erwähnte Anhang I betreffend funktionelle Einschränkungen befindet sich im Übrigen nicht in den Akten.

E. 11.2.6

Zusammenfassend sind die sehr knapp gehaltenen und rudimentären Ausführungen von Dr. N._____ nicht nachvollziehbar und es fehlt an einer umfassenden Würdigung, insbesondere hinsichtlich des Schweregrads und des Verlaufs der gesundheitlichen Leiden und ihrer Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit seit der Neuanmeldung.

E. 11.3

Zudem muss ein RAD-Arzt über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, wobei eigenständige medizinische Beurteilungen eine spezifische fachärztliche Qualifikation voraussetzen (vgl. E. 6.5.1 vorstehend). Dr. N._____ ist Allgemeinmediziner und hat keinen Facharztstitel in den vorliegend massgebenden Fachrichtungen erworben. Wenn er in Abweichung der aktenkundigen ärztlichen Berichte insbesondere eine Radikulärsymptomatik und - namentlich in Abweichung von der Einschätzung im orthopädischen Gutachten vom 3. Juli 2023 bzw. im Gesamtgutachten vom 3. Oktober 2023 - Auswirkungen der Beschwerden des Beschwerdeführers auf die Arbeitsfähigkeit verneint und eine eigenständige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornimmt, fehlt es ihm bereits an den dafür notwendigen persönlichen und fachlichen Qualifikationen. Dies gilt im Übrigen auch für RAD-Arzt Dr. C._____, der ebenfalls als Allgemeinmediziner ungeachtet der schon damals aktenkundigen fachärztlichen Einschätzungen ohne Begründung ein radikuläres Ausfallsyndrom verneint.

E. 11.4

Aus den erwähnten Gründen (ungenügende Anamneseerhebung, unbegründete und damit nicht nachvollziehbare medizinische Schlussfolgerungen des RAD-Arztes, insbesondere betreffend die Thematik einer möglichen radikulären Symptomatik, keine Auseinandersetzung mit den Vorakten und unbegründete Abweichungen von den Vorakten, nicht nachvollziehbar begründete Arbeitsfähigkeitseinschätzungen, fehlende spezifische fachärztliche Qualifikation für eigenständige medizinische Beurteilungen) kann den RAD-Berichten, namentlich dem RAD-Bericht von Dr. N._____ vom 6. Juni 2024, insgesamt kein Beweiswert zukommen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen ärztlichen Abklärungen, zu denen RAD-Berichte gehören, kann auf diese nicht abgestellt werden, was vorliegend der Fall ist, dies umso weniger, als vorliegend keine zuverlässigen Vorakten zur Verfügung stehen, auf die Dr. N._____ seine Aktenbeurteilung hätte abstellen können, wie nachfolgend ausgeführt wird.

E. 11.5

Basierend auf den dargestellten österreichischen Gutachten kann keine vollständige und rechtsgenügende Beurteilung des relevanten medizinischen Sachverhalts vorgenommen werden.

E. 11.5.1

Im orthopädischen Facharztgutachten vom 3. Juli 2023 werden unter dem Titel «Beurteilung der vorliegenden Röntgenbilder» lediglich Bildgebungen betreffend die Halswirbelsäule und die Brustwirbelsäule aufgeführt («MRT der Halswirbelsäule 23.05.2023», «HWS ap / seitlich und C1/C/C2 sowie Schrägaufnahmen 28.06.2023», «BWS ap / seitlich 28.06.2023») - insbesondere wird keine Bildgebung betreffend die Lendenwirbelsäule erwähnt - und eine Auflistung der Dr. Q._____ vorliegenden Aktenstücke fehlt. Damit steht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit fest, dass er Kenntnis sämtlicher vorliegenden medizinischen Akten hatte, was bereits Zweifel am Beweiswert seiner Beurteilung begründet. Insgesamt sind die gutachterlichen Ausführungen von Dr. Q. _____ als knapp zu bezeichnen. So hält er insbesondere zum Thema, welche Behinderungen und Funktionsausfälle durch die beim Beschwerdeführer vorliegenden Krankheiten und Gesundheitsstörungen verursacht werden, lediglich fest, es beständen Einschränkungen der Gesamtbelastbarkeit und bezüglich der zumutbaren Arbeitshaltungen. Weiter begründet er weder die zahlreichen Einschränkungen hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofil noch seine Einschätzung, der Beschwerdeführer könne täglich 4 Stunden (fallweise 6 Stunden, aufs Jahr bezogen 4 Wochen) leichte Arbeiten verrichten, noch die mit hoher Wahrscheinlichkeit bei Einhaltung des stark eingeschränkten Leistungskalküls zu erwartenden leidensbedingten Krankenstände von 5 Wochen pro Jahr. Es bleibt weiter unklar, wie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit unter Berücksichtigung der erwarteten Krankenstände in Prozenten effektiv zu bewerten ist. Schliesslich verzichtet Dr. Q. _____ bei den Diagnosen auf eine Angabe der Klassifizierung nach ICD-10, womit keine fachärztlich einwandfreie Diagnostik vorliegt.

E. 11.5.2

Auch auf das fachärztlich-internistische Gutachten vom 21. September 2023 kann nicht abgestellt werden, nachdem auch diesbezüglich unklar ist, welche medizinischen Akten dem Gutachter vorlagen, da lediglich festgestellt wird, Grundlagen der Begutachtung würden neben der eigenen Untersuchung und Befunderhebung «vorliegender Akt mit den darin enthaltenen Arztberichten und allfälligen medizinischen Fachgutachten» bilden. Weiter sei nach einer Krankenstandsprognose für das Jahr 2023 von 7 Wochen die Krankenstandsprognose für das nächste Jahr nicht möglich und vom weiteren Verlauf der Tumorerkrankung abhängig. Es kommt hinzu, dass Dr. P. _____ gleichzeitig ausführt, eine wesentliche Besserung des die geminderte Arbeitsfähigkeit verursachenden Zustands sei in absehbarer Zeit nicht wahrscheinlich, und weiter die Einschränkungen betreffend die Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht nicht begründet. Schliesslich verzichtet Dr. P. _____ bei den Diagnosen auf eine Angabe der Klassifizierung nach ICD-10, womit keine fachärztlich einwandfreie Diagnostik vorliegt.

E. 11.5.3

Im Gesamtgutachten vom 3. Oktober 2023 werden die Diagnosen und die Ausführungen zu den Behinderungen und Funktionsausfällen aus dem orthopädischen und internistischen Gutachten wiedergegeben. Betreffend die dem Beschwerdeführer zumutbaren Tätigkeiten wird insbesondere nicht begründet, weshalb gewisse Einschränkungen gemäss orthopädischem Gutachten (Überkopparbeiten, Klettern auf Leitern und Gerüste, häufiges Treppensteigen, Arbeiten in fixierter Körperhaltung, streng monotone Arbeiten, generell Arbeiten mit Zwangshaltungen des Oberkörpers und kombinierte Vornüberbeugung und Rotation) im Gesamtgutachten nicht aufgeführt werden. Auch fehlen Ausführungen dazu, weshalb die gemäss orthopädischem Gutachten bei Einhaltung des stark eingeschränkten Leistungskalküls mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Krankenstände von jährlich 5 Wochen keinen Eingang in das Gesamtgutachten gefunden haben. Auch im Gesamtgutachten fehlt bei den Diagnosen eine Angabe der Klassifizierung nach ICD-10.

E. 11.5.4

Im Übrigen müssen dem Gesamtgutachten, dem orthopädischen und dem internistischen Gutachten auch deshalb der Beweiswert abgesprochen werden, weil diese die

rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen an ein Gutachten innerhalb eines Neuanmeldeverfahrens nicht erfüllen. Die Gutachten enthalten keinerlei Aussagen zum Verlauf des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit Januar 2019 und können damit keine Grundlage für eine Beurteilung der Rentenberechtigung im Rahmen eines Neuanmeldeverfahrens sein.

E. 11.6

Das Gericht kann sich auch nicht auf die zahlreichen Berichte der verschiedenen behandelnden und konsultierten Ärzte und Kliniken stützen, welche verschiedene Diagnosen und bescheinigte Arbeitsunfähigkeiten enthalten. Diese Dokumente erlauben es nicht, als unmittelbare Entscheidungsgrundlage für ein abschliessendes Urteil herangezogen zu werden. Gemäss der Rechtsprechung kommt eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Hausärzte oder Spezialärztinnen) im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel die materiellen Anforderungen an ein Gutachten nicht erfüllten. So verfügt beispielsweise Dr. D. _____ als Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie zwar über die notwendigen fachspezifischen Qualifikationen, um zu den orthopädischen Beschwerden des Beschwerdeführers beweistauglich Stellung nehmen zu können. Seine Schlussfolgerungen sind aber mangels ausführlicher Begründung auch nicht nachvollziehbar. Weiter ist gemäss Rechtsprechung zu beachten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag Rechnung zu tragen wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Zusammenfassend enthalten auch die Berichte der verschiedenen im Verlauf konsultierten oder behandelnden Ärzte keine vollständige und rechtsgenügende Darstellung und Beurteilung des relevanten medizinischen Sachverhalts, sondern konzentrieren sich jeweils auf die Behandlung des aktuellen Gesundheitszustands.

E. 11.7

Vorliegend kommt hinzu, dass rechtsprechungsgemäss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierenden Grundlage erfolgen muss. Denn Zweck solcher interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Eine solche interdisziplinäre Gesamtschau findet sich in den vorliegend verfügbaren Unterlagen nicht.

E. 11.8

Schliesslich ist - auch wenn keine Bindungswirkung in Bezug auf die von der PVA getroffenen Entscheidungen besteht - die Zusprache einer unbefristeten Invaliditätspension ab 1. August 2023 (BVGer-act. 1 Beilage 5) als relevanter Hinweis auf eine wesentliche Beeinträchtigung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu werten, welcher ebenfalls Anlass zu weiteren Abklärungen gibt.

E. 12

Insgesamt war somit die Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die Vorinstanz ungenügend. Die eingeholten Arztberichte erlauben es nicht, ein schlüssiges und nachvollziehbares Bild der geklagten Leiden zu machen und sie bilden keine rechtsgenügende Grundlage für die abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeiten des Beschwerdeführers während des massgebenden Zeitraums. Es lässt sich anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht abschliessend beurteilen, ob (wofür Hinweise bestehen) und inwieweit sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Januar 2019 anspruchserheblich verschlechtert hat. Die Vorinstanz wäre aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes verpflichtet gewesen, weitere Abklärungen vorzunehmen. In Anbetracht der langjährigen und komplexen Beschwerden des Beschwerdeführers hätte sich zudem eine interdisziplinäre Begutachtung aufgedrängt, auch hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs. Enthalten die Akten für die streitigen Belange wie vorliegend keine beweistauglichen Unterlagen, kann eine Stellungnahme der versicherungsinternen Fachpersonen in der Regel nur zu weiteren Abklärungen Anlass geben (vgl. oben E. 6.5.4). Da es insbesondere an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Beschwerden fehlt und die Vorinstanz sich im vorliegenden Verfahren lediglich auf die - wie dargelegt - ungenügenden internen Beurteilungen der RAD-Ärzte gestützt hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 12.1

Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Gutheissung des Antrags des Beschwerdeführers in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend der Fall ist, da die Vorinstanz die somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers nicht rechtsgenügend abgeklärt und auch kein interdisziplinäres (Verlaufs)Gutachten eingeholt hat. Schliesslich ergeben sich Hinweise darauf, dass die vorinstanzlichen Akten unvollständig sind, was auch vom Beschwerdeführer zu Recht gerügt wird. Insbesondere befindet sich der Bescheid der PVA vom 19. Dezember 2023 nicht in den vorinstanzlichen Akten, obgleich dieser der Vorinstanz durch die PVA offenbar zweimal zugestellt wurde (vgl. IVSTA-act. 82, 91). Überdies sind die medizinischen Unterlagen in den Akten der Vorinstanz teilweise nicht richtig geordnet (vgl. dazu die Hinweise in E. 9.4 vorstehend). Es ist Aufgabe der Vorinstanz, ein vollständiges und nachvollziehbar geordnetes Aktendossier über das Verfahren zu führen, um gegebenenfalls ordnungsgemäss Akteneinsicht gewähren oder bei einem Weiterzug diese Unterlagen an die Rechtsmittelinstanz weiterleiten zu können (vgl. zur Aktenführungspflicht BGE 138 V 218 E. 8.1.2).

E. 12.2

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, zunächst das medizinische Dossier unter Mitwirkung des Beschwerdeführers und des österreichischen Sozialversicherungsträgers möglichst lückenlos zu vervollständigen, zu aktualisieren sowie sachgerecht und nachvollziehbar zu ordnen, und danach unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte ein umfassendes externes interdisziplinäres medizinisches

Gutachten zu veranlassen. Die Gutachter werden dabei im Rahmen einer Gesamtbetrachtung insbesondere zu beurteilen haben, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in seiner angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit seit dem 4. Januar 2019 und auch im zeitlichen Verlauf bestehen. Die retrospektive Beurteilung der Leistungsfähigkeit hat im Rahmen der Begutachtung zwangsläufig aufgrund der vervollständigten und à jour gebrachten medizinischen Akten zu erfolgen.

E. 12.3

Mit der interdisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen im Verlauf erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu Urteil des BVer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Mit Blick auf das Beweisthema (rechtserhebliche Änderung des Gesundheitszustands seit der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 3. Januar 2019) haben die Gutachter betreffend den zu beurteilenden Zeitraum, wie ausgeführt, die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (mit Verlauf und Ausmass der funktionellen Einschränkungen) sinnvollerweise ab dem 4. Januar 2019 bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen und auch in einer medizinischen Gesamtbetrachtung zu beurteilen. Dabei haben sie sich insbesondere auch zur entscheidenderheblichen Frage zu äussern, inwiefern sich der Gesundheitszustand befundmässig im Vergleich zur letzten materiellen Beurteilung (3. Januar 2019) verändert hat und mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und insbesondere auch in einer angepassten Tätigkeit.

E. 12.4

Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheint ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie (nach Möglichkeit durch einen auf Wirbelsäulenleiden spezialisierten Gutachter), Neurologie und Angiologie erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BVer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

E. 12.5

Die interdisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]; vgl. auch Urteil des BVer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen lassen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72bis Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

E. 12.6

Mit Blick auf das vorgerückte Alter des Beschwerdeführers bleibt darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz nach erfolgter Abklärung des Gesundheitszustands und Feststellung einer allfälligen (Rest-)Arbeitsfähigkeit zudem die Frage nach der Verwertbarkeit derselben zu beantworten hat (vgl. BGE 146 V 16 E. 7.1; 145 V 2 E. 5.3.1; 138 V 457 E. 3.3).

E. 12.7

Im Ergebnis ist die Beschwerde insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 16. August 2024 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 13

Es bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden.

E. 13.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 7.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind deshalb keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat ebenfalls keine Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Es werden somit keine Verfahrenskosten erhoben.

E. 13.2

Der obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 VGKE Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Der Rechtsvertreter hat mit Eingabe vom 7. März 2025 eine Honorarnote vorgelegt, mit welcher eine Entschädigung von insgesamt Fr. 4'207.45 (14.97 Stunden à Fr. 250.- zuzüglich Barauslagen von Fr. 149.70 [4 % des Honorars] sowie Mehrwertsteuer von Fr. 315.25 [8.1 % von Fr. 3'892.20]; vgl. Beilage zu BVGer-act. 13) geltend gemacht wird.

E. 13.2.1

Dem Gericht steht bei der Festsetzung der Parteientschädigung ein weites Ermessen zu (Urteil des BGer 9C_637/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2; 8C_928/2012 vom 26. April 2013 E. 6). Das Abstellen auf die den jeweiligen Zeitaufwand detailliert ausweisende Honorarnote eines Rechtsvertreters erscheint grundsätzlich als sachgerecht (Urteil des BGer 9C_162/2013 vom 8. August 2013 E. 4.3.2). Dabei ist jedoch zu beachten, dass nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des BGer 8C_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3).

E. 13.2.2

Hinsichtlich der geltend gemachten Auslagen ist festzustellen, dass diese - sofern (wie vorliegend) keine besonderen Verhältnisse vorliegen - nicht pauschal in Prozent des Honorars geltend zu machen sind, sondern vielmehr auf den tatsächlich und notwendig entstandenen Aufwand abzustellen ist (Art. 9 i.V.m. Art. 11 VGKE; vgl. im Weiteren Urteil des BVGer C-6325/2013 vom 24. Oktober 2018 E. 8.2.2).

E. 13.2.3

Für die anwaltliche Vertretung von Personen mit Wohnsitz im Ausland ist grundsätzlich keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]), weshalb die vom Rechtsvertreter in seiner Honorarnote im Sinne von Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE zu Unrecht geltend gemachte Zuschlag für die Mehrwertsteuern nicht zu berücksichtigen ist.

E. 13.2.4

Bezüglich des geltend gemachten Arbeitsaufwands geht aus der Kostennote nicht im Detail hervor, wie sich der Aufwand auf die einzelnen Arbeiten verteilt. An den Detaillierungsgrad der Kostennote sind jedoch gewisse Anforderungen zu stellen, damit überprüft werden kann, ob der geltend gemachte Aufwand vollumfänglich notwendig und damit entschädigungsberechtigt ist. Daher soll aus der Kostennote nicht nur ersichtlich sein, welche Arbeiten durchgeführt worden sind und wer wie viel Zeit zu welchem Ansatz aufgewendet hat, sondern auch, wie sich der geltend gemachte Aufwand auf die einzelnen Arbeiten verteilt (Urteil des BVGer B-5972/2017 E. 7.2 m.H.). Die vorliegend erstellte Kostennote ist nicht in diesem Sinne detailliert, weshalb die Parteientschädigung gestützt auf die Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 1 und 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache sowie der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine pauschale Entschädigung von Fr. 3'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. Art. 9 Abs. 1 VGKE in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE]) angemessen. Entsprechend ist die Parteientschädigung auf Fr. 3'000.- festzusetzen.

E. 13.2.5

Aufgrund des soeben Ausgeführten ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 3'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuerzuschlag) zulasten der Vorinstanz zuzusprechen. Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario; Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite.)

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