

BVGer C-6712/2023 vom 31. Oktober 2023

Bundesverwaltungsgericht, 2023-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6712_2023_d20231031

FR: TAF C-6712/2023 du 31 octobre 2023

IT: TAF C-6712/2023 del 31 ottobre 2023

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch (Verfügung vom 31. Oktober 2023)

Erwägungen

E. 1

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat in casu die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die Verfügung vom 31. Oktober 2023 erlassen hat. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit 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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 VwVG, Art. 52 Abs. 1 VwVG sowie Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und somit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 134 V 418 E. 5.2; 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 31. Oktober 2023, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels eines rentenbegründenden IV-Grades von 37 % abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Rentenanspruch zu Recht abgelehnt hat.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG). Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Grün-

C-6712/2023 Seite 7 den gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

E. 2.2

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst damit nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. F. GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2).

E. 2.3

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

E. 2.4

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst

C-6712/2023 Seite 8 ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert (IV-act. 88, 114 f.). Es liegt daher 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). Somit 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 (Art. 80a Abs. 1 IVG). 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. 3.2

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). Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV [AS 2021 705; BBl 2020 5535]; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen vom 3. November 2021 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; RS 831.201; AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach dem Inkrafttreten dieser Änderungen entstanden sind, werden nach den neuen Normen geprüft. Soweit aber – wie vorliegend – Ansprüche zu prüfen sind, welche noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen diejenigen Bestimmungen

C-6712/2023 Seite 9 zur Anwendung, die bis zum 31. Dezember 2021 galten (vgl. auch Kreis Schreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreis Schreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010).

E. 3.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 31. Oktober 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3).

E. 4.1

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 längerer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens C-6712/2023 Seite 10 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 (in Kraft seit 1. Januar 2022) 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 (zum bereits zuvor geltenden Grundsatz «Eingliederung vor respektive statt Rente» vgl. etwa BGE 148 V 397 E. 6.2.4 mit Hinweis auf Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG und Urteile des BGer 9C_108/2012 vom 5. Juni 2012 E. 2.2.1 und 9C_99/2010 vom 6. Dezember 2010 E. 3.1, je mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_539/2024 vom 12. Juni 2025 [zur Publikation vorgesehen] E. 4.5 ff. m.w.H.). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend der Fall ist (vgl. IV-act. 88 und 114 f.).

E. 4.3

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). Gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht.

E. 4.4

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Verwaltungsverfahren ist mithin vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (statt vieler Urteile des BGer 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 und 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den

rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 4.5

C-6712/2023 Seite 11

E. 4.5.1

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. 4.5.2

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.).

E. 4.5.3

Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern

C-6712/2023 Seite 12 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. 4.5.4

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

E. 4.5.5

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), depressive Störungen leicht-

C-6712/2023 Seite 13 bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2) oder Suchterkrankungen bzw. Abhängigkeitssyndrome und Substanzkonsumstörungen (BGE 145 V 215 E. 6), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich. Diese erlauben – unter Berücksichtigung leistungshindernder Belastungsfaktoren einerseits und Ressourcen (Kompensationspotentialen) andererseits – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; vgl. auch 143 V 418 E. 6 ff.; 145 V 215 E. 6.3). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, fachgerecht gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; vgl. auch BGE 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert und zwei Kategorien gebildet (BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Die 1. Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3 des BGE 141 V 281) beinhaltet die

Komplexe «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3). Die festgestellten Einschränkungen müssen noch einer Konsistenzprüfung standhalten. So beinhaltet die 2. Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4 des BGE 141 V 281]) die Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 5.1

Einleitend ist zunächst festzuhalten, dass das erste Gesuch vom 26. März 2015 (IV-act. 1) materiell nicht geprüft wurde, sondern am 7. Dezember 2015 zufolge Rückzugs als gegenstandslos geworden abgeschrieben wurde (vgl. IV-act. 20 f.). Demzufolge gelangen die revisionsrechtlichen Grundsätze bei der mit Eingabe vom 25. April 2020 eingereichten Neuanmeldung nicht zur Anwendung (vgl. Art. 87 Abs. 3 IVV e contrario).

E. 5.2

Was das mit Eingabe vom 25. April 2020 eingereichte neue Gesuch des Beschwerdeführers anbelangt, scheint die für die Abklärung zuständige IV-Stelle D. _____ davon auszugehen, dass dieses Verfahren im Zeitpunkt, als der Beschwerdeführer mit E-Mail-Eingabe vom 6. Oktober 2020 infolge eines erlittenen Schlaganfalls eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend machen liess, rechtskräftig abgeschlossen war, hat sie doch die per E-Mail erfolgte Eingabe vom 6. Oktober 2020 als neues Gesuch entgegengenommen (vgl. IV-act. 71 und 73). Dabei hat die

C-6712/2023 Seite 14 IV-Stelle D. _____ offenbar übersehen, dass das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-4647/2020 vom 19. Oktober 2020 von Amtes wegen die Nichtigkeit der damals von der IV-Stelle D. _____ mit dem Adresskopf der IVSTA versendeten, undatierten und nicht unterzeichneten Verfügung festgestellt hat. Eine nichtige Verfügung entfaltet keinerlei Rechtswirkungen (vgl. BGE 132 II 342 E. 2.3).

E. 5.2.1

Was die in den Akten liegende und an den Versicherten adressierte Verfügung der IVSTA vom 30. September 2020 betrifft, welche nach ihrem Schreiben vom 22. September 2020, mit welchem sie den Beschwerdeführer während des hängigen Beschwerdeverfahrens über die Rücknahme der damals strittigen undatierten Verfügung informiert hatte, datiert, so steht zunächst fest, dass die Vorinstanz das Bundesverwaltungsgericht über diesen Verfügungserlass nicht informiert hat (vgl. IV-act. 62) – was aufgrund des damals noch hängigen Beschwerdeverfahrens C-4647/2020 eine Verletzung des Devolutiveffekts (Art. 54 VwVG) darstellt. Hinzu kommt, dass sich aus den vorinstanzlichen Akten auch keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass diese neue Verfügung dem Beschwerdeführer tatsächlich zugegangen ist. Gemäss Rechtsprechung obliegt es grundsätzlich der Vorinstanz, den Beweis der Tatsache sowie des Zeitpunktes der Zustellung einer Verwaltungsverfügung zu erbringen (BGE 136 V 295 E. 5.9, BGE 124 V 400 E. 2a, BGE 117 V 261 E. 3b und BGE 103 V 65 E. 2a; ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER/MARTIN BERTSCHI, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2013, S. 214 ff.), wobei die Feststellung von Tatsachen, welche für die (den Fristenlauf auslösende) Eröffnung der Verfügung erheblich

sind, mit Blick auf die Eigenheiten der Massenverwaltung anhand des Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erfolgt (BGE 124 V 400 E. 2b; vgl. auch Urteil des BVer C-6346/2008 vom 18. Mai 2010 E. 4.3.2 mit Hinweisen). Dieser Beweis kann praktisch vor allem mit einem förmlichen Zustellnachweis erbracht werden (vgl. Urteil des BVer 9C_348/2009 vom 27. Oktober 2009 E. 2.1) und wird in der Regel durch postalischen Versand der Verfügung/Urteile als Gerichtsurkunde oder in anderer Weise gegen Empfangsbestätigung erbracht (vgl. Urteil des BVer 9C_753/2007 vom 29. August 2008 E. 3 mit Hinweisen). Da die verfügende Behörde die materielle Beweislast hinsichtlich der Zustellung sowie ihres Zeitpunktes trägt, ist im Zweifel grundsätzlich auf die Darstellung des Empfängers abzustellen (BGE 124 V 400 E. 2a). Wollte man aber in einem solchen Fall den Angaben des Empfängers die Glaubwürdigkeit absprechen, wäre hinsichtlich der Zustellungsfrage Beweislosigkeit anzunehmen, deren Folge die Vorinstanz zu tragen hätte (BGE 122 I 97 E. 3, BGE 117 V 261 E. 3c

C-6712/2023 Seite 15 und BGE 114 III 51 E. 3c je mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des BVer H 170/06 vom 28. Juni 2007 E. 4.2.2).

E. 5.2.2

Die Akten enthalten vorliegend keinen Zustellnachweis für die damals offenbar eingeschriebene versandte Verfügung vom 30. September 2020 und entsprechende Nachforschungen hinsichtlich der Zustellung sind nach mehr als einem Jahr nicht mehr möglich (vgl. Angaben der Schweizer Post, abrufbar unter www.post.ch/de/hilfe-und-kontakt/versenden, zuletzt besucht am 15. September 2025). Im Weiteren hat der Beschwerdeführer nach dem 30. September 2020, d.h. in seinen Eingaben vom 6. und 8. Oktober 2020 lediglich Bezug auf die von ihm im Beschwerdeverfahren C-4647/2020 angefochtene Verfügung genommen, deren Nichtigkeit das Bundesverwaltungsgericht in der Folge mit Urteil vom 19. Oktober 2020 festgestellt hat (vgl. IV-act. 71 und 74). Auch im weiteren Verlauf ergeben sich keine Anhaltspunkte aus den Akten, dass der Beschwerdeführer die neue Verfügung vom 30. September 2020 je erhalten hat. Demzufolge bestehen Zweifel hinsichtlich der tatsächlich erfolgten Zustellung der neuen Verfügung vom 30. September 2020, weshalb nach dem Gesagten davon auszugehen ist, dass diese nie eröffnet wurde. Da die Eröffnung eines Entscheids die wesentlichste Voraussetzung für dessen Gültigkeit ist und konstitutiven Charakter hat, vermag eine Verfügung, welche nie eröffnet worden ist, keinerlei Rechtswirkungen zu erzeugen; ihre Unwirksamkeit ist von Amtes wegen zu berücksichtigen (vgl. BGE 142 II 411 E. 4.2; Urteil des BVer 8C_721/2013 vom 4. März 2014 E. 3.1 m.w.H.; vgl. auch JÜRIG STA-DELWIESER, Die Eröffnung von Verfügungen, St. Gallen 1994, S. 10).

E. 5.2.3

Aufgrund des Ausgeführten ist daher entgegen der vorinstanzlichen Ansicht die Eingabe des Beschwerdeführers vom 6. Oktober 2020 nicht als neues Gesuch zu werten, sondern lediglich als Geltendmachung eines verschlechterten Gesundheitszustands während des mit Eingabe vom 25. April 2020 anhängig gemachten und sich nach wie vor in Abklärung befindenden Gesuchs vom 25. April 2020. Dies ist bei der Festlegung des frühestmöglichen Beginns eines allfälligen Rentenanspruchs zu berücksichtigen.

E. 6

Die Vorinstanz ging gemäss der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2023 davon aus, dass beim Beschwerdeführer seit Dezember 2019 zwar eine 100 %-ige

Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur bestand, jedoch ab demselben Zeitpunkt eine den Leiden optimal angepasste Tätigkeit zu 70 % ausgeübt werden könne und dabei eine rentenausschliessende Erwerbseinbusse von 37 % resultiere

C-6712/2023 Seite 16 (vgl. IV-act. 188). Die Verfügung vom 31. Oktober 2023 basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem bei der SMAB AG Bern Swiss Medical Assessment- and Business-Center (im Folgenden: SMAB Bern) eingeholten polydisziplinären Gutachten vom 26. Mai 2023 und die ergänzende Stellungnahme vom 6. Juli 2023 (IV-act. 168 und 175). Diesem Gutachten mass der RAD im Rahmen seiner Würdigung vom 10. Juli 2023 vollen Beweiswert zu. Vorab streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt entsprechend dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 7

Aus den der angefochtenen Verfügung zugrunde liegenden medizinischen Akten ergibt sich Folgendes.

E. 7.1

Bereits vor Einreichung seines ersten Leistungsgesuchs im Jahr 2015 begab sich der Beschwerdeführer vom 28. April 2010 bis zum 30. Juni 2010 wegen psychischer Beschwerden in die E._____ Klinik, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, in stationäre Behandlung. Im Rahmen der Würdigung von Aufnahmebefund, Vorgeschichte, biographischer Anamnese sowie psychischen und körperlichen Befunden wurden eine schwere depressive Episode und eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Der Versicherte habe im Rahmen der Therapie deutlich stabilisiert werden können. Er sei im deutlich gebesserten Zustand arbeitsfähig entlassen worden (vgl. IV-act. 90 S. 14-20 und IV-act. 102 S. 36-42).

E. 7.2

Beim mit Eingabe vom 26. März 2015 gestellten Leistungsgesuch standen ebenfalls psychische Beschwerden im Vordergrund.

E. 7.2.1

Im IV-Arztbericht vom 21. April 2015 nannte der behandelnde Arzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) und eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Hypertonie. Zudem führte er aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 3. November 2014 zu 100 % arbeitsunfähig und befinde sich aktuell in stationärer Behandlung. Der Entlassungsbefund bleibe zwar abzuwarten, jedoch hätten neueste mündliche Berichte über die stationäre Behandlung eine deutliche Besserungstendenz beschrieben. Eine Beurteilung zu möglichen Eingliederungsmassnahmen sei erst nach Abschluss der stationären Massnahmen möglich (IV-act. 10).

E. 7.2.2

Die vom behandelnden Arzt erwähnte stationäre Behandlung fand vom 17. November 2014 bis zum 10. Februar 2015 im Zentrum für Psychiatrie G._____, Klinik für

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, statt. In den Berichten zuhanden der behandelnden Ärztin vom

E. 7.2.3

Im Bericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 22. April 2015 nannte Dr. med. F. _____ die Diagnosen mittelgradige Depression und posttraumatische Belastungsstörung. Der Versicherte sei seit dem 3. November 2015 (recte: 2014) arbeitsunfähig und habe sich im Zeitpunkt dieses Berichts in der psychiatrischen Klinik H. _____-Klinik in stationärer Behandlung befunden. Eine Prognose zur Erhöhung der Arbeitsfähigkeit habe noch nicht gestellt werden können, jedoch sei die Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit das Ziel gewesen (vgl. IV-act. 12).

E. 7.2.4

Im vorläufigen Entlassbrief der H. _____-Klinik vom 7. Mai 2015 über den Aufenthalt des Versicherten vom 9. April bis 8. Mai 2015 wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie ein arterieller Hypertonus (ICD-10 I10.90) genannt. Gemäss Bericht habe sich die depressive Symptomatik nach Verlust der Arbeitsstelle entwickelt, die Stimmung habe sich jedoch relativ rasch gebessert. Im Widerspruch zur aufgeführten Diagnose wurde ausserdem ausgeführt, dass Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung in der Klinik bis auf Albträume nicht aufgefallen seien; allerdings habe im

C-6712/2023 Seite 18 Endeffekt auch kein ausreichendes Vertrauensverhältnis aufgebaut werden können. Der Versicherte sei schliesslich in die ambulante Behandlung entlassen worden. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgte nicht (vgl. IV-act. 90 S. 21 f.).

E. 7.2.5

Gemäss Bericht der E. _____ Klinik vom 31. August 2015 hat sich der Versicherte vom 17. Juni 2015 bis 31. Juli 2015 erneut in einer stationären Behandlung befunden. Im Bericht wurden die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr bei einem BMI von 30 bis unter 35 kg/m² (ICD-10 E66.00) aufgeführt. Der Behandlungsschwerpunkt habe dabei auf der depressiven Episode und der posttraumatischen Belastungsstörung gelegen. Der Versicherte sei schliesslich in insgesamt ausreichend stabilisiertem Zustand, stimmungsmässig aufgeheitert in die ambulante Weiterbehandlung entlassen worden. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde nicht vorgenommen (vgl. IV-act. 90 S. 9-13).

E. 7.2.6

Am 20. November 2015 teilte der Versicherte der kantonalen IV-Stelle telefonisch mit, dass er per 1. Dezember 2015 als arbeitslos beim zuständigen Amt gemeldet sei und eine Arbeitsstelle im Bereich Lager oder Berufskraftfahrer zu einem Pensum von 100 % suche. Mit Eingabe vom 24. November 2015 zog er schliesslich sein Leistungsgesuch zurück (vgl. IV-act. 19-21).

E. 7.3

Anlässlich des vorliegend zu beurteilenden Leistungsgesuchs (vgl. E. 5 hiervor) vom 25. April 2020, im Rahmen dessen nebst den bereits bekannten psychischen Beschwerden neu auch solche somatischer Natur geltend gemacht werden, präsentiert sich der folgende Krankheitsverlauf.

E. 7.3.1

Im Kurzbericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 9. März 2020 erwähnte die behandelnde Ärztin Dr. med. Dipl. psych. I. _____, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Neurologie und Psychiatrie/Sozialmedizin, die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 24. Februar 2020 (IV-act. 43 S. 20).

E. 7.3.2

Im Kurzbericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 30. März 2020 erwähnte der behandelnde Arzt Dr. med. J. _____,

C-6712/2023 Seite 19 Facharzt für Allgemeinmedizin, die Diagnose nicht näher bestimmte depressive Episode (ICD-10 F32.9) und bestätigte – ohne Angabe eines Zeitraums – eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 43 S. 21).

E. 7.3.3

Der Beschwerdeführer wurde vom 12. März bis zum 21. April 2020 erneut stationär psychotherapeutisch behandelt. Im Abschlussbericht der K. _____ klinik (...) vom 14. Juli 2020 werden die psychiatrischen Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) sowie posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie die somatischen Diagnosen Lungemphysem (ICD-10 J43.9), klinisch Mitralvitium sowie Verdacht auf Aortenvitium (ICD-10 I05.8; kardiologische Abklärung zeitnah empfehlenswert), essentielle Hypertonie (nicht näher bezeichnet und ohne Angabe einer hypertensiven Krise; ICD-10 I10.90), Erhöhung der Transaminasenwerte und des Laktat-Dehydrogenase-Wertes (LHD; ICD-10 R74.0) sowie latente Hyperthyreose (ICD-10 E05.9) genannt. Zum Entlasszeitpunkt habe sich die depressive Symptomatik klinisch leicht gebessert gezeigt, und der Versicherte habe an psychischer Stabilität und emotionaler Steuerungsfähigkeit gewonnen. Die psychosomatischen Beschwerden sowie die Verunsicherung mit Angstzuständen, auch im Zusammenhang mit der Symptomatik im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung, hätten sich ebenfalls gebessert gezeigt. Dennoch sei die Entlassung in arbeitsunfähigem Zustand in die ambulante Weiterbehandlung erfolgt. In somatischer Hinsicht wurde bei klinischem Verdacht auf Vorliegen eines relevanten Mitralvitiums sowie eines leichtgradigen Aortenvitiums eine zeitnahe kardiologische Abklärung empfohlen (vgl. IV-act. 49 S. 3-13; vgl. ausserdem den Kurzentlassbericht vom 21. April 2020, IV-act. 43 S. 17 f.).

E. 7.3.4

Im zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellten Bericht vom 29. Juni 2020 stellte der behandelnde Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aufgrund der im Bericht beschriebenen Befunde die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), Zwangsstörung im Sinne von vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1) sowie

posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Gemäss Dr. med. L. _____ habe die Symptomatik zum damaligen Zeitpunkt eine sofortige Wiederaufnahme der Arbeit verhindert, jedoch sei perspektivisch von einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in den nächsten Monaten auszugehen (vgl. IV-act. 49 S. 14 f.).

C-6712/2023 Seite 20

E. 7.4

Nachdem der Versicherte am 6. Oktober 2020 aufgrund eines erlittenen Schlaganfalls eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend gemacht hatte, nahm die IV-Stelle D. _____ nach Eingang des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts C-4647/2020 vom 19. Oktober 2020 (vgl. Sachverhalt Bst. B.b und E. 5 hiervor) die folgenden Berichte zu den Akten.

E. 7.4.1.1

Im Bericht vom 28. Januar 2016 stellte Dr. med. M. _____, Fachärztin für HNO-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, die Diagnose obstruktive Schlafapnoe (ICD-10 G47.31; vgl. IV-act. 90 S. 68).

E. 7.4.1.2

Gemäss Bericht der Lungenfachklinik der Klinik N. _____ vom 5. April 2017 hat sich der Versicherte vom 4. Dezember bis zum 6. Dezember 2016 in stationärer Behandlung zur Einleitung einer nCPAP Therapie im Autoadjust Modus aufgrund eines festgestellten schwergradigen obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms befunden. Diese habe erfolgreich durchgeführt werden können. Als weitere Diagnosen wurden eine Adipositas Grad II nach WHO bei einem BMI von 34,6 kg/m² sowie eine arterielle Hypertonie genannt (vgl. IV-act. 90 S. 65-67).

E. 7.4.1.3

Gemäss ambulanten Bericht des Spitals O. _____ vom 14. Oktober 2019 habe der Versicherte am gleichen Tag einen Unfall mit dem LKW erlitten; dieser sei im Stand bei unebenem Grund auf die Fahrerseite gekippt. Aufgrund des gleichentags durchgeführten CT seien eine Rippenfraktur Costa IX und X links lateralseits sowie ein Lungenemphysem bilateral bei chronischem Nikotinabusus festgestellt worden. Der Versicherte sei gleichentags bei entsprechender Analgesie in schmerzkompenziertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden, wobei er über die Wichtigkeit einer suffizienten Inspirationstiefe hinsichtlich der Prävention einer Atemwegsinfektion instruiert worden sei; er sei über den dringlich indizierten Rauchstopp informiert worden (vgl. IV-act. 90 S. 59 f.).

E. 7.4.1.4

Im an den Hausarzt gerichteten Bericht vom 15. Mai 2020 berichtet Dr. med. L. _____ über das Erstgespräch mit dem Versicherten und die vereinbarten Therapieziele. Im psychiatrischen Befund beschreibt er denselben Zustand wie im Bericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 29. Juni 2020 (vgl. E. 7.3.4 hiervor), äussert sich jedoch weder zur Arbeitsfähigkeit noch zur Prognose. Dafür erwähnte er zusätzlich die somatischen Diagnosen Lungenemphysem, Hypertonie, Hyperthyreose,

C-6712/2023 Seite 21 erhöhte Transaminasen sowie Schlafapnoe-Syndrom, mit Maske versorgt (vgl. IV-act. 90 S. 6 f. und 102 S. 23 f.).

E. 7.4.1.5

Mit Bericht vom 27. Mai 2020 berichtete Dr. med. P._____, Fach- arzt für Innere Medizin, Pneumologie, Schlafmedizin, Allergologie sowie Ar- beitsmedizin, dem Hausarzt Dr. med. J._____, über die durchgeführte lungenfachärztliche Untersuchung, im Rahmen welcher die Diagnose ob- struktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.31, G) bestätigt wurde. Der Versicherte wurde mit einem Prisma Soft CPAP-Gerät versorgt (IV-act. 90 S. 61 f.).

E. 7.4.1.6

Dr. med. Q._____, (ohne Nennung des Facharztstitels) nannte im an den Hausarzt Dr. med. J._____, gerichteten Kurzbericht vom 10. Juli 2020 die Diagnosen Zustand nach Nikotinabusus, obstruktives Schlafap- noe-Syndrom, arterielle Hypertonie, Adipositas Grad II nach WHO bei ei- nem BMI von 37 kg/m² sowie Lungenemphysem. Im Zusammenhang mit dem Zufallsbefund eines Lungenemphysems anlässlich eines Thorax-CT habe bisher keine funktionelle Einschränkung festgestellt werden können (vgl. IV-act. 90 S. 57 f.).

E. 7.4.2

Hinsichtlich des vom Versicherten geltend gemachten Schlaganfalls kann den diversen eingereichten Berichten zusammengefasst entnommen werden, dass der Versicherte aufgrund einer am 29. September 2020 akut aufgetretenen Schwäche der rechten Körperseite sowie einer Taubheit der Zunge rechts und im rechten Arm in der neurologischen Klinik des R._____-Klinikums in Singen vom 30. September 2020 bis 5. Oktober 2020 stationär abgeklärt wurde. Aufgrund der durchgeführten Untersu- chungen seien die Ärzte zusammenfassend von einem kardioembolischen Thalamus- und Mittelhirninfarkt links bei hochgradiger Mitralklappeninsuffi- zienz ausgegangen. Aufgrund der festgestellten Befunde erfolgte im Herz- zentrum S._____, vom 9. Oktober bis zum 29. Oktober 2020 eine statio- näre Aufnahme zur operativen Therapie der Mitralklappeninsuffizienz. Die Operation wurde am 16. Oktober 2020 durchgeführt, wobei diese mit dem Ziel einer Mitralklappenrekonstruktion in minimalinvasiver Methode begon- nen wurde, jedoch bei perioperativer nicht lokalisierbarer Blutung und schwierigen Klappenverhältnissen auf eine Sternotomie mit mechani- schem Mitralklappenersatz gewechselt werden musste, was eine dauer- hafte orale Antikoagulation mit Marcumar mit einem Ziel-INR von 3,0-3,5 erfordere. Nach Verlegung von der chirurgischen in die kardiologische Ab- teilung des Herzzentrums S._____, sei im Verlauf der stationären Auf- nahme eine zufriedenstellende Rekompensation – echokardiographisch

C-6712/2023 Seite 22 habe eine normale linksventrikuläre Funktion bei intakter Mitralklappenpro- thesenfunktion bestanden – und Mobilisation erfolgt. Der Versicherte wurde mit den Diagnosen hochgradige Mitralklappeninsuffizienz bei Prolaps im P3-Segment bei Chorda-Abriss, bei guter biventrikulärer Funk- tion, Status nach Thalamusinfarkt links mit passagerer Hemisymptomatik rechts am 29. September 2020 (residuell Sensibilitätsstörung des rechten Daumens und Geschmacksstörung) und geringer Koronarsklerose ohne bedeutsame Einengungen in die weitere ärztliche Behandlung entlassen (vgl. zum Ganzen den Bericht des R._____-Klinikums vom 5. Oktober 2020 [IV-act. 90 S. 52-55 und IV-act. 93] sowie die Berichte des Herzzent- rums S._____, vom 22. Oktober 2020 [IV-act. 90 S. 26 f.], vom 28. Okto- ber 2020 [IV-act. 90 S. 35-39 f.], vom 6. November 2020 [IV-act. 90 S. 32- 34] sowie vom 24. November 2020 [IV-act. 90 S. 28-31]).

E. 7.4.3

Vom 3. November 2020 bis 1. Dezember 2020 erfolgte eine vom Herzzentrum S. _____ aufgegleiste stationäre Reha-Massnahme in der T. _____-Klinik (...). Im zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstellten Bericht vom 2. Dezember 2020 werden die Diagnosen Mitralklap- peninsuffizienz bei Chorda-Abriss und Mitralklappenersatz mechanisch am 16. Oktober 2020 (ICD-10 I34.0), Thalamusinfarkt links mit passagerer Hemiparese und residual Geschmacksstörung sowie Sensibilitätsstörung des rechten Daumens (ICD-10 I64), Koronarsklerose ohne signifikante Ste- nose (ICD-10 I25.9), Ex-Nikotinabusus (Zustand nach 60-80 pack years; ICD-10 F17.2) sowie depressive Episode (ICD-10 F32.1) erwähnt. Die Ärzte berichteten über ein insgesamt gutes Ergebnis der Reha-Massnah- men, welche sich im Verlauf komplikationslos gestalteten und unter ande- rem die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, die Linderung der Beschwerden, die psychische Stabilisierung und Krankheitsverarbei- tung zum Ziel hatten. Bezüglich der depressiven Episode hielten die Ärzte fest, dass eine weitergehende psychologische Betreuung anzuraten sei. Der Versicherte habe aktuell keine Antidepressiva eingenommen. Auch habe er diese im Krankheitsverlauf nie konsequent eingenommen. Wäh- rend der Reha sei zudem eine Wundheilstörung der rechten Leiste wegen eines zentralen Katheters festgestellt worden, die bei der Abschlussunter- suchung ein gutes Abheilen gezeigt habe, jedoch noch weiterer Versor- gung bedurft habe. Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurtei- lung und Epikrise hielten die Ärzte fest, der Versicherte sei aktuell bei Wundheilstörung der Leiste und Zustand nach Sternotomie nicht arbeits- fähig. Nach Abheilung schein eine wechselbelastende Arbeit mit leicht- bis mittelschwerer körperlicher Belastung von kardialer Seite durchaus machbar; dies müsste in ein bis zwei Monaten neu beurteilt werden. Dabei

C-6712/2023 Seite 23 sollte Schichtdienst nach Möglichkeit vermieden werden. Einschränkungen bezüglich der Körperhaltung bestünden keine (vgl. IV-act. 90 S. 41-51 und IV-act. 102 S. 25-35).

E. 7.4.4

Bezüglich der in der Reha-Klinik festgestellten Wundheilstörung der rechten Leiste empfahl der vom Versicherten in der Folge aufgesuchte Arzt Dr. med. U. _____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie und leiten- der Arzt der chirurgischen Abteilung des R. _____-Klinikums, am 4. De- zember 2020 regelmäße Wundreinigungen und Verbandswechsel (vgl. IV- act. 90 S. 40).

E. 7.4.5

Am 11. Februar 2021 berichtete Dr. med. V. _____, Chefarzt am R. _____-Klinikum (ohne Nennung des Facharztstitels), dem Hausarzt, dass sich der Versicherte aufgrund einer zunehmenden Belastungsdisp- noe nach Zustand nach Aortenklappenersatz im Oktober 2020 am 10. Feb- ruar 2021 in seiner ambulanten Behandlung befunden habe. Ein Röntgen- Thorax habe eine pulmonale Stauung bei Linksherzvergrößerung gezeigt. Der Arzt empfahl die Gabe eine Diuretikums und bei fehlender Besserung die Wiedervorstellung (vgl. IV-act. 90 S. 56).

E. 7.4.6

In der zuhanden der Deutschen Rentenversicherung und der Schwei- zer Invalidenversicherung erstellten Bescheinigung vom 12. März 2021 be- stätigte Dr. med. L. _____, dass es sich beim Versicherten um einen seit Jahren psychisch erkrankten

Menschen mit ersthaften somatischen Begleiterkrankungen handle. Aktuell und auch in der folgenden Zeit sei er weder qualitativ noch quantitativ voll leistungsfähig. Insbesondere seien schwere körperliche Tätigkeiten, Nachtschichten, Arbeiten unter Zeit- und Leistungsdruck sowie mit hoher Verantwortung nicht mehr möglich. Gleichwohl sollten alle Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben zwecks Entgegenwirkens der Depression ausgeschöpft werden (vgl. IV-act. 90 S. 8 und IV-act. 102 S. 17-22 [inkl. Verlaufsprotokoll der Behandlungen]).

E. 7.4.7

Im Formularbericht E213 vom 31. März 2021 nannte Dr. med. L._____ die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), Zustand nach Thalamusinfarkt links (ICD-10 I64), chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet (ICD-10 I25.9) und Mitralklappeninsuffizienz bei Zustand nach Mitralklappenersatz (ICD-10 I34.0). Aus psychiatrischer Sicht attestierte er eine teilweise Arbeitsfähigkeit von 3 Stunden für leichte Tätigkeiten ohne Zeit- und Leistungsdruck, ohne Schichtdienst sowie ohne hohe

C-6712/2023 Seite 24 Verantwortung. Eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit hielt er für möglich (vgl. IV-act. 102 S. 1-16).

E. 7.4.8

Vom 31. August 2021 bis zum 25. Oktober 2021 wurde der Versicherte erneut in der K._____klinik (...) stationär psychotherapeutisch behandelt. Im Abschlussbericht vom 24. November 2021 wurden als behandlungsrelevante Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-

E. 7.5

Am 20. Dezember 2021 empfahl die von der IV-Stelle D._____ konsultierte Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes Dr. med. W._____, Fachärztin für Neurologie, ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie sowie Neuropsychologie in Auftrag zu geben (vgl. IV-act. 177 S. 4 f.).

E. 7.6

Im Nachgang zur Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 20. Dezember 2021 reichte der Versicherte einen Bericht von Dipl.-Psych X._____, Psychologischer Psychotherapeut, vom 7. Februar 2022 ein. Darin teilte der Psychologe dem Hausarzt mit, im Rahmen der dritten Sitzung habe der Versicherte aufgrund der depressiven Störung bei vorliegender materieller Not von parasuizidalen Gedanken berichtet. Er empfahl eine erneute stationäre Massnahme sowie eine antidepressive Medikation (vgl. IV-act. 147).

C-6712/2023 Seite 25

E. 7.7

Nachdem die kantonale IV-Stelle den Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 29. April 2022 über die Notwendigkeit einer polydisziplinären Begutachtung in der Schweiz informiert hatte (IV-act.150 f.), wurden folgende weiteren Berichte nachgereicht.

E. 7.7.1

Im MRT-Befundbericht vom 14. März 2022 betreffend das rechte Knie wurde neu ein kleiner osteochondraler Defekt des dorsolateralen Femurkondylus beschrieben, weiter ein winziger retropatellarer Knorpeldefekt sowie ein bis auf die Corticalis reichender Knorpeldefekt der Trochlea mit subchondraler Stressreaktion, ebenso ein ausgedehnter Reizerguss sowie eine grosse Baker-Zyste (vgl. IV-act. 152 S. 9).

E. 7.7.2

Im Röntgenbefundbericht vom 28. April 2022 betreffend das Becken und die rechte Hüfte habe sich eine Koxarthrose Grad II gezeigt. Beschrieben wurden eine subchondrale Sklerose des Acetabulums, eine asymmetrische Verschmälerung des Gelenkspaltes des rechten Hüftgelenks, ein hypertrophes Acetabulum mit Überdachung des rechten Femurkopfes und eine Geröllzyste. Zudem habe ein Verdacht auf ein femoroacetabuläres Impingement-Syndrom bestanden. Daneben sei eine Koxarthrose links Grad I-II und eine Fibroostose des Tuber ischiadicum beidseits festgestellt worden (vgl. IV-act. 152 S. 8).

E. 7.7.3

Die zur Zweitmeinung konsultierte Ärztin Dr. med. Y._____, Fachärztin für Chirurgie sowie Orthopädie/Unfallchirurgie, erwähnte in ihren Berichten vom 4. Mai und vom 23. Juni 2022 die Diagnosen Baker-Zyste rechts, Koxarthrose rechts respektive sonstige primäre Koxarthrose, Innenmeniskus rechts sowie Zustand nach Verletzung von Muskeln und Sehnen an einer nicht näherbezeichneten Körperregion rechts. Eine operative Gelenkchirurgie werde bei der Vorgeschichte mit Apoplex und Zustand nach Mitralklappenersatz, Depression und deutlicher Adipositas erst nach einer Gewichtsreduktion sinnvoll sein. Befürwortet werde eine Reha-Massnahme mit internistischer und orthopädischer Betreuung (vgl. IV-act. 152 S. 4-7).

E. 7.7.4

Im Bericht des Z._____-Zentrums für Neurologie, Psychiatrie und Neuroradiologie vom 31. Mai 2022 wurden nebst den bekannten Diagnosen neu die Diagnosen Karpaltunnelsyndrom beidseits (ICD-10 G56.0G), multiple zerebrale Mikroblutungen (ICD-10 I61.8G), differentialdiagnostisch Amyloid-Angiopathie sowie eine leichte Atheromatose der extrakraniellen hirnversorgenden Gefässe (ICD-10 I70.9G) gestellt. Betreffend das Karpaltunnelsyndrom wurde eine Schiene für sechs bis acht Wochen C-6712/2023 Seite 26 verordnet, und bezüglich der Schlaganfall-Nachkontrolle eine Verlaufskontrolle in sechs bis zwölf Monaten angeordnet (IV-act. 152 S. 1 f.).

E. 7.8

Angesichts der neu eingegangenen medizinischen Berichte sowie aufgrund der Information des Versicherten vom 28. Juli 2022, in Deutschland laufe ein Antrag für einen Klinikaufenthalt mit orthopädischer, internistischer sowie psychologischer Betreuung (IV-act. 153), empfahl die RAD-Ärztin Dr. med. W._____ betreffend das weitere Vorgehen am 11. August 2022, den Antrag bezüglich des Klinikaufenthalts abzuwarten; sollte der Aufenthalt nicht bewilligt werden, müsste das Gutachten wahrscheinlich durchgeführt werden (vgl. IV-act. 177 S. 5). Nachdem der Versicherte am 11. August 2022 telefonisch mitteilen liess, er wäre über die Fortführung betreffend Begutachtung froh (vgl. IV-act. 154), wurde am 19. Januar 2023 der Auftrag für das polydisziplinäre Gutachten nach dem Zufallsprinzip via Plattform SuisseMED@P der Gutachterstelle SMAB Bern zugewiesen. 8. Der Beschwerdeführer wurde in der Folge in den

Fachdisziplinen Neu-ropsycho logie (am 1. März 2023 durch lic. phil. Aa._____, Fachpsycho- loge für Neuropsychologie), Innere Medizin (am 10. März 2023 durch Prof. Dr. med. Bb._____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie), Psy- chiatrie (am 13. März 2023 durch Dr. med. Cc._____, Facharzt für Psy- chiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie) sowie Neurologie (am

E. 8

Der Beschwerdeführer wurde in der Folge in den Fachdisziplinen Neuropsychologie (am 1. März 2023 durch lic. phil. Aa._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie), Innere Medizin (am 10. März 2023 durch Prof. Dr. med. Bb._____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie), Psychiatrie (am 13. März 2023 durch Dr. med. Cc._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie) sowie Neurologie (am 13. März 2023 durch Dr. med. Dd._____, Facharzt für Neurologie) begutachtet (vgl. IV-act. 158-164). Im Hinblick auf die Begutachtung stellte er den Gutachtern zusätzlich die folgenden medizinischen Berichte zur Verfügung.

E. 8.1

Am 6. Mai 2020 - vor dem erlittenen Thalamusinfarkt - berichtete Dr. med. Ee._____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, von einer global guten systolischen linksventrikulären Funktion (biplan EF 67 %; IV-act. 168 S. 98 f.).

E. 8.2

Im Bericht vom 6. Juli 2021 berichtet Dr. med. Q._____ von unauffälligen Lungenfunktionswerten. Eine geklagte Dyspnoe hänge eher mit einer deutlichen Gewichtszunahme nach Herz-OP zusammen (vgl. IV-act. 168 S. 94 f.).

E. 8.3

Im Rahmen der postoperativ erfolgten kardiologischen Verlaufskontrollen vom 23. April 2021, 10. Februar 2022 sowie vom 10. und 20. Februar 2023 stellte Dr. med. E._____ keine klinischen Hinweise auf eine Herzinsuffizienz fest. Die linksventrikuläre Pumpfunktion sei intakt. Die Mitralklappenprothese zeige sich weiterhin regelrecht. Insgesamt wurde eine global gute systolische linksventrikuläre Funktion (biplan EF 59 %), ein AV-Block Grad I (PQ-Zeit 320 ms; bis jetzt asymptomatisch) sowie eine regelrechte Mitralklappenfunktion festgestellt (IV-Act. 168 S. 87-93, S. 96 f. sowie S. 102-105).

E. 8.4

Im Befundbericht zuhanden der Deutschen Rentenversicherung vom 20. Dezember 2022 erwähnte Dr. med. J._____ die bekannten Diagnosen Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Thalamusinfarkt im September 2020, Mitralklappenersatz bei hochgradiger Mitralklappeninsuffizienz sowie ein chronisches Schmerzsyndrom beider Kniegelenke bei Chondropathie, Gonarthrose sowie Meniskusschaden (IV-act. 168 S. 107-111).

E. 8.5

Im MRT-Befundbericht betreffend die Hüften des Z._____-Zentrums für Neurologie, Psychiatrie und Neuroradiologie vom 16. Dezember 2020 wird eine beidseits dorsolateral betonte Ausziehung des Acetabulumerkers im Sinne einer Pincer-Konfiguration beschrieben. Veränderungen am korrespondierenden Femur stellten sich nicht dar (vgl. IV-act. 168 S. 114 f.).

E. 8.6

Im MRT-Befundbericht betreffend das rechte Kniegelenk des Instituts Ff. _____ vom 14. März 2022 wird ein kleiner dorsolateraler Defekt des dorsolateralen Femurkondylus beschrieben; ausserdem ein winziger retropatellarer Knorpeldefekt sowie ein bis auf die Corticalis reichender Knorpeldefekt der Trochlea (ca. 7 mm) mit subchondraler Stressreaktion (IV-act. 168 S. 126).

E. 8.7

Im MRT-Befundbericht betreffend das linke Kniegelenk des Instituts Ff. _____ vom 13. Dezember 2022 wird eine fokal tiefgreifende Chondropathia patellae (Grad 3 nach Outerbridge) beschrieben. An der korrespondierenden Femurtrochlea beziehungsweise im Sulcus trochlearis habe sich ein ca. 2,3 cm messender Knorpelschaden mit beginnender Delamination und subchondralem Ödem (Outerbridge Grad 4) gezeigt. Im Weiteren habe sich eine geringe chronisch degenerative Meniskopathie des Innenmeniskus links mit umschriebener Konturregelmässigkeit in der Spitze des Hinterhornes gezeigt. Schliesslich werden auch noch ein Verdacht auf einen Zustand nach Sinding-Larsen-Johansson bei verdicktem und signalangehobenem proximalen Ligamentum patellae sowie ein Gelenkerguss mit Baker-Zyste erwähnt (IV-act. 168 S. 116 f.).

E. 8.8

Am 18. Januar 2023 stellt Prof. Dr. med. Gg. _____, Facharzt für Orthopädie, die Diagnose degenerative Innenmeniskusläsion links (ICD-10 M23.33 G L) und die Indikation zur arthroskopischen Exploration des linken Kniegelenkes mit Meniskuschirurgie (IV-act. 168 S. 117).

E. 8.9

Im ärztlichen Befundbericht vom 19. Januar 2023 erwähnt Dr. med. Hh. _____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Diagnose Femoroacetabuläres Pincer-Impingement bei Coxa profunda beidseits (ICD-10 M19.05 G B). Im Weiteren weist er darauf hin, dass aufgrund einer Claudicatio-ähnlichen Symptomatik eine Abklärung der Gefässsituation sowie zum Ausschluss einer Cladicatio spinalis gegebenenfalls auch eine Abklärung des Rückens erfolgen sollte (IV-act. 168 S. 118 f.).

E. 9

Nach den durchgeführten Begutachtungen im März 2023 sowie der Konsensbesprechung vom 23. April 2023 wurde das SMAB-Gutachten am 26. Mai 2023 erstattet. Es bildete zusammen mit der ergänzenden Stellungnahme der Gutachterstelle vom 6. Juli 2023 im Wesentlichen die medizinische Grundlage für die vorinstanzliche Abweisung des Leistungsgesuchs vom 25. April 2020 (vgl. IV-act. 168, 175). Die Gutachter stellten im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung die folgenden Diagnosen:

E. 9.1.1

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Schwindel ohne organisches Korrelat (ICD-10 R42), DD dissoziativer Schwindel (ICD-10 F44.9), DD Aggravation (ICD-10 F68), DD somatoform autonome Funktionsstörung des Kreislaufsystems (ICD-10 F45.3)

E. 9.1.2

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Zustand nach früher diagnostizierter posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), remittiert - Adipositas (ICD-10 E66.00) - Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00) - Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) - Status nach Mitralklappenersatz im Oktober 2020 (ICD-10 Z95.2) bei hochgradiger Mitralklappeninsuffizienz (ICD-10 I34.1) - Obstruktives Schlafapnoesyndrom, CPAP-Maskentherapie (ICD-10 G47.31) - Koronarsklerose ohne signifikante Stenose (ICD-10 I25.9) - Zustand nach Thalamusinfarkt links (ICD-10 I63.9) - CTS beidseits, rechtsbetont (ICD-10 G56.0) - MR-tomographische nachgewiesene Mikroblutungen kortikal, DD Amyloidangiopathie (ICD-10 I68.0V).

E. 9.2

Zusammengefasst führten die Gutachter das Folgende aus.

E. 9.2.1

Aus internistischer Sicht stünden die aus den Akten ersichtlichen Berichte und Diagnosen weitgehend im Einklang mit den vorliegend erhobenen Befunden und es seien aus internistischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Die Funktion der Mitralklappenprothese sei intakt und eine Herzinsuffizienz bestehe nicht. Es sei zwar auf Basis eines CT-Befundes von einem Lungenemphysem die Rede, allerdings seien sämtliche im Verlauf erhobenen Lungenfunktionsbefunde normal gewesen. Eine in einem Röntgen-Thorax-Befund diagnostizierte pulmonale Stauung bei Linksherzvergrößerung habe bei einer fachkardiologischen Kontrolle inklusive Echokardiographie nicht bestätigt werden können. Der Nikotinabusus habe somit bislang zu keiner Beeinträchtigung der Lungenfunktion geführt. Die schwere Adipositas begünstige die arterielle Hypertonie und das Schlafapnoesyndrom, die aber medikamentös respektive mittels CPAP-Maske gut behandelt würden. Aus internistischer Sicht könnten die geäußerten Beschwerden nicht erklärt werden; dabei sei auffallend, dass keine Analgetika eingenommen würden. Es bestünden keine durch internistische Erkrankungen bedingte Einschränkungen der Fähigkeiten und Ressourcen; aus internistischer Sicht sei der Versicherte für sämtliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung einer Rekonvaleszenzzeit von drei Monaten nach der Klappenoperation seit Februar 2021 zu 100 % arbeitsfähig (vgl. IV-act. 168 S. 6 sowie insb. S. 47-58).

E. 9.2.2

Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung von einem problematischen Leistungsverhalten und - wahrscheinlich - Antwortverhalten auszugehen, da im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung das gezeigte Ausmass kognitiver Einbussen bei auffälligem Leistungsvalidierungstest nicht nachvollziehbar gewesen sei. In der psychiatrischen Exploration hätten sich die subjektiv geschilderten kognitiv mnestischen Einbussen auf der Befundebene nicht in angemessener Form widerspiegelt. Der Ausprägungsgrad der subjektiv geschilderten kognitiv mnestischen Einbussen sei nach den Befunderhebungen und auch in Kenntnis der neuropsychologischen Diagnostik, im Rahmen welcher aufgrund der erwähnten Inkonsistenzen die kognitive Leistungsfähigkeit nicht valide eingeschätzt werden können, nicht hinlänglich nachvollziehbar. Es bestünden ferner Inkonsistenzen im Hinblick auf die geschilderten Nachhallerlebnisse und Alpträume des Versicherten im Kontext traumatisierender Erfahrungen und Erlebnisse. Auf Basis der erhobenen psychopathologischen Befunde könne die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, bei der kumulativ alle Kriterien gemäss DSM-5

erfüllt sein müssten, nicht bestätigt werden. Trotz nicht unerheblicher Inkonsistenzen sei beim Versicherten jedoch eine rezidivierende Depression zu attestieren, welche allerdings nur maximal mittelschweres Ausmass angenommen habe. In der Vergangenheit erwähnte Zwangsstörungen hätten auf dem Boden der erhobenen Befunde nicht abgebildet werden können. Der geklagte Schwindel könne wegen der Inkonsistenzen nicht zuverlässig als dissoziative Störung deklariert werden. Differenzialdiagnostisch sei auch an Aggravation zu denken oder eine somatoforme Störung. Aktuell erfolge offenbar seit längerem keine fachpsychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung und auch keine Psychopharmakotherapie, da der Versicherte gemäss eigenen Angaben keinen Therapeuten gefunden habe und eine Psychopharmakotherapie anlässlich der letzten Behandlung in der K. _____ klinik in Anbetracht der somatischen Leiden kritisch gesehen worden sei. Im Weiteren hätten sich insgesamt Hinweise ergeben, dass die Fahreignung für die (frühere Ausweiskategorie) Gruppe 2 nicht mehr gegeben sei. Aus neuropsychologischer Sicht werde daher empfohlen, grundsätzlich die Fahreignung des Versicherten auch für PKWs an einer dafür autorisierten Stelle zu überprüfen. Bezüglich Persönlichkeitsaspekte, Belastungsfaktoren und Ressourcen führten die Gutachter aus, das soziale Umfeld sei durch Rückzugstendenzen des Versicherten geprägt. Abgesehen vom Kontakt zu seiner Lebensgefährtin bestünden kaum stützende und stabilisierende Sozialkontakte. Die persönlichkeitsgetragenen und psychosozialen Kontextfaktoren seien mithin nicht unproblematisch und trübten die Prognose (vgl. IV-act. 168 S. 6-8 sowie insb. S. 29-46; betreffend neuropsychologische Untersuchung S. 71-79).

E. 9.2.3

Aus neurologischer Sicht seien keine sicheren Diagnosen oder Symptome zu erheben, die eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder in einer angepassten Tätigkeit verunmöglichen würden. Der im September 2020 erlittene Thalamusinfarkt links sei am ehesten kardioembolischer Genese bei schwerer Mitralklappeninsuffizienz, habe jedoch keine relevanten Residuen hinterlassen. Residual gebe der Versicherte noch sensible Störungen in den Fingern 2 bis 4 in den Fingerspitzen an, jedoch sei klinisch nicht eindeutig klar, ob diese sensiblen Beschwerden durch den Schlaganfall oder durch ein ebenfalls diagnostiziertes Karpaltunnelsyndrom, welches keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe, bedingt seien. Kleine Blutungsresiduen gemäss letzter MRT-Untersuchung könnten ferner für eine Amyloidangiopathie sprechen. Für die vom Versicherten geklagten Schwindelattacken habe in der klinischen Untersuchung kein sicheres organische Korrelat gefunden werden können; es hätten sich keine Hinweise für eine peripher vestibuläre Schädigung oder eine cerebelläre Dysfunktion ergeben. Unabhängig von der ätiologischen Einordnung dieses Schwindels sei nicht auszuschliessen, dass der Versicherte bei kurzfristigen Schwindelattacken, die zum Beispiel beim LKW-Fahren aufträten, sich oder dritte gefährden könnte, weshalb das Führen eines LKWs aus neurologischer Sicht nicht mehr leidensgemäss erscheine (vgl. IV-act. 168 S. 59-70).

E. 9.2.4

Aufgrund dieser Feststellungen hielten die Gutachter betreffend die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fest, dass sich aus der Gesamtschau von Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 2019 ergebe, da erhebliche Zweifel an der Fähigkeit, ein Kraftfahrzeug zu führen, bestünden. Daher wäre eine verkehrsmedizinische und verkehrspsychologische Begutachtung an einer dafür autorisierten Stelle anzuraten.

Hingegen seien leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten, einfacher geistiger Art, ohne besondere Verantwortung, ohne Gefährdung durch Arbeit auf Leitern, Gerüsten oder an rotierenden Maschinen, ohne besonderen Zeitdruck und ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit im Umfang von 70 % zumutbar. Tätigkeiten mit einem deutlich erhöhten Risiko für schwere Verletzungen sollten jedoch aufgrund der oralen Antikoagulation vermieden werden. Retrospektiv betrachtet sei die Arbeitsfähigkeit um 30 % seit 2019 (gemeint: die Verminderung der Arbeitsunfähigkeit um 30%, vgl. E. 9.3 hiernach) begründet. Die Einleitung einer psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung unter Berücksichtigung der somatischen Komorbidität aus psychiatrischer Sicht werde empfohlen.

E. 9.3

Nachdem der RAD mit Stellungnahme vom 2. Juni 2023 um Korrektur der widersprüchlichen Aussagen im Gutachten betreffend die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ersucht hatte (IV-act. 177 S. 6), erklärten die Gutachter auf Nachfrage vom 2. Juni 2023 hin, dass es sich bei der widersprüchlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Rahmen der Konsensbeurteilung und im psychiatrischen Teilgutachten um ein Versehen handle. Richtigerweise bestehe in einer angepassten Tätigkeit seit 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % respektive eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % (vgl. Stellungnahme vom 6. Juli 2023, IV-act. 169 und 175).

E. 9.4

Noch vor der RAD-Ärztlichen Beurteilung des polydisziplinären Gutachtens liess der Beschwerdeführer am 6. Juni 2023 einen Kurzbericht von Dr. med. II. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 15. Mai 2023 sowie einen vom selben Arzt an dessen Krankenkasse gestellten Antrag zur Prüfung einer Rehabilitation vom 23. Mai 2023 nachreichen. Darin führte der Arzt aus, der Versicherte habe sich mit einer schweren Depression (ICD-10 F32.2) präsentiert, weshalb eine eindeutige Indikation zur stationären Behandlung gegeben sei. Im Weiteren führte er die bekannten somatischen Diagnosen Zustand nach Mitralklappenersatz (ICD-10 Z95.4), Thalamusinfarkt (ICD-10 I63.9), Schlafapnoe (ICD-10 G47.3), Mitralklappeninsuffizienz (ICD-10 I34.0) sowie arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90) auf (vgl. IV-act. 170 f.).

E. 9.5

Am 10. Juli 2023 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. W. _____ abschliessend Stellung und erachtete das Gutachten der SMAB Bern vom 26. Mai 2023 unter zusätzlicher Berücksichtigung der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 6. Juli 2023 als vollumfänglich als beweiskräftig, weshalb darauf abgestellt werden könne (vgl. IV-act. 177 S. 6-8).

E. 10

F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet (ICD-10 J06.9), ein Sodbrennen (ICD-10 R12), spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Infektiose und parasitäre Krankheiten (ICD-10 U99.0) sowie spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2 genannt. Als nicht behandlungsrelevant werden die Diagnosen Mitralklappeninsuffizienz bei Mitralklappenersatz am 16. Oktober 2020 (ICD-10 I34.0) sowie ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP (ICD-10 G47.31) erwähnt. Gemäss den behandelnden Ärzten habe sich aufgrund der

stationären Therapie die depressive Symptomatik im Ergebnis gebessert gezeigt und der Versicherte habe an psychischer Stabilität und emotionaler Steuerungsfähigkeit gewonnen. Ebenso hätten sich die psychosomatischen Beschwerden sowie die Verunsicherung mit Angstzuständen, auch im Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörungs-Symptomatik, gebessert. Der Versicherte wurde als arbeitsunfähig in die ambulante Weiterbehandlung entlassen; aufgrund der labilen Gesamtverfassung wurde eine ambulante Psychotherapie dringend empfohlen (vgl. IV-act. 136 und 141).

E. 10.1.1

Entgegen der Ansicht von Dr. med. W. _____ ist das Gutachten weder für die notwendigen Belange umfassend noch basiert es auf allseitigen Untersuchungen, noch berücksichtigt es sämtliche geklagten Beschwerden des Versicherten. So fällt zunächst auf, dass noch vor der Zuweisung des Gutachtensauftrags über die Plattform SuisseMED@P vom Versicherten medizinische Unterlagen eingereicht wurden, aus welchen sich eindeutig ergibt, dass nebst den bereits bekannten psychischen, internistischen und neurologischen Beschwerden neu auch gesundheitliche Einschränkungen am Bewegungsapparat, namentlich in den Hüften und in den Knien, hinzugetreten sind (vgl. MRT-Befundbericht vom 14. März 2022, Röntgenbefundbericht vom 28. April 2022 sowie die beiden ärztlichen Berichte vom 4. Mai 2022 und vom 23. Juni 2022, E. 7.7.1 bis E. 7.7.3 hiervor). Aufgrund dieser Berichte wie auch aufgrund eines pendenten – schliesslich offenbar nicht genehmigten – Antrags für einen Klinikaufenthalt mit orthopädischer, internistischer sowie psychologischer Betreuung wurde die RAD-Ärztin angefragt, ob sich in Bezug auf den Gutachtensauftrag beziehungsweise auf abzuklärende Fragen Änderungen ergeben

C-6712/2023 Seite 33 würden. Die RAD-Ärztin empfahl jedoch lediglich, den entsprechenden Austrittsbericht einzuholen, sollte der Antrag gutgeheissen werden, unterliess es jedoch trotz der klaren, sich aus den obgenannten Berichten ergebenden Hinweise, den vorgesehenen Gutachtensauftrag um die Fachdisziplin Rheumatologie/Orthopädie ergänzen zu lassen.

E. 10.1.2

Auch die beauftragten Gutachter sahen von einer Ergänzung des Gutachtens um die Fachdisziplin Rheumatologie/Orthopädie ab, obwohl der Versicherte gegenüber allen Gutachtern angegeben hat, unter Schmerzen an den Knien und den Hüften zu leiden. Zudem hat er im Hinblick auf die Begutachtung weitere medizinische Unterlagen aus dem Zeitraum vom

E. 10.2.1

Unabhängig von der vollständig ungeklärt gebliebenen Frage ergeben sich auch in Bezug auf die psychiatrische Teilbegutachtung gewisse Zweifel. So erscheint die gestützt auf die eigene klinische Untersuchung erfolgte psychiatrische Würdigung des medizinischen Sachverhalts im Rahmen der Diagnosestellung aufgrund der psychopathologisch erhobenen Befunde und unter Berücksichtigung der sich aus der neuropsychologischen Diagnostik ergebenden Inkonsistenzen auf den ersten Blick zwar als nachvollziehbar und schlüssig. Allerdings fällt in casu auf, dass gemäss Ausführungen des psychiatrischen Gutachters sich der Beschwerdeführer während der Untersuchung sehr zurückhaltend und distanziert, geradezu verschlossen gegeben habe. Im Weiteren wird im neuropsychologischen Teilgutachten ein teilweise problematisches Verhalten des

Beschwerdeführers im Sinne von verärgerten Reaktionen oder dysphorischem Verhalten beschrieben. Aufgrund der in der neuropsychologischen Untersuchung erzielten Ergebnisse im Rahmen der Leistungsvalidierungstests wurde zwar eine vorgetäuschte Verstärkung kognitiver Defizite und wahrscheinlich auch berichteter Symptome als möglich erachtet, welche zu einem wesentlichen Teil als bewusst zu werten seien. Allerdings ist allgemein bekannt, dass ein Schlaganfall Sekundärfolgen zeitigen kann, welche sich z.B. auch in Form von Wesensveränderungen äussern können. Dies kann auch auf einen Thalamusinfarkt, wie ihn der Beschwerdeführer im September 2020 erlitten hat, zutreffen (vgl. dazu den zuletzt am 10. August 2025 aktualisierten Beitrag von PROF. DR. MED. HANS JOACHIM VON BÜDINGEN unter Mitarbeit von STUD. MED. NINA SIEGMAR, abrufbar unter <https://schlaganfallbegleitung.de/wissen/thalamusinfarkt>, zuletzt besucht am 24. September 2025). Im Gutachten wird diesem möglichen Umstand keine Beachtung

C-6712/2023 Seite 35 geschenkt. Insgesamt fehlt es somit für das Gericht an einer ausreichend nachvollziehbaren Einordnung des vom Beschwerdeführer während der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung gezeigten problematischen Verhaltens.

E. 10.2.2

Kommt hinzu, dass sich auch die gesamtgutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als nicht schlüssig und nachvollziehbar erweist. Zwar ist unbestritten und aufgrund der Aktenlage auch nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur nicht mehr ausüben kann. Allerdings erweist sich die retrospektiv vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit betreffend angepasste Tätigkeiten als nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer weist zutreffend darauf hin, dass er seit 2019 durchgehend von den behandelnden Ärzten zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde und sich seit 2019 mehrfach in stationärer Behandlung befunden hat, sei es aus psychischen oder internistischen Gründen. Weshalb die Gutachter bei der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von den echtzeitlich erstellten Arbeitsunfähigkeits-Attesten abweichen, begründen sie im Gutachten nicht. Gemäss Gutachten ergebe sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus der Gesamtschau von Psychiatrie, Neurologie und Neuropsychologie. Die gutachterlich attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten im Umfang von 30 % ergibt sich dabei klar aufgrund der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 168 S. 8, S. 44 und S. 68 sowie IV-act. 175). Inwiefern jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in adaptierten Tätigkeiten trotz den aktenkundig mehrfachen stationären Behandlungen des Beschwerdeführers seit 2019 durchgehend gegeben sein soll, wird im Gutachten überhaupt nicht begründet. Es fehlt insbesondere an einer eingehenden Auseinandersetzung mit diversen davon abweichenden echtzeitlichen Beurteilungen der stationären Einrichtungen. Der psychiatrische Gutachter führt zwar aus, dass aufgrund der im Rahmen seiner Untersuchung erhobenen psychopathologischen Befunde die in der Vergangenheit diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung aktuell nicht aufrechterhalten werden könne sowie betreffend die Depression aktuell lediglich noch Kriterien einer mittelschweren depressiven Episode erfüllt seien. Jedoch bestreitet der Gutachter die Richtigkeit der in der Vergangenheit gestellten Diagnosen (inklusive Schweregrad) nicht. Er scheint lediglich die in der Vergangenheit gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung

anzuzweifeln, indem er darauf hinweist, der Beschwerdeführer sei trotz dieser in der Vergangenheit mehrfach postulierte Diagnose immer wieder in der Lage gewesen, jahrelang einer Tätigkeit als

C-6712/2023 Seite 36 Lastwagenchauffeur nachzugehen. Dennoch führt er die Diagnose «Zustand nach früher diagnostizierter PTBS (ICD-10 F43.1), remittiert» in seinem Gutachten auf, was mit Blick auf seinen Hinweis etwas widersprüchlich erscheint. Zudem übersieht der Gutachter, dass der Beschwerdeführer seit 2019 aufgrund der geltend gemachten Beschwerden, welche seither mehrere stationäre Behandlungen erforderten, nicht mehr der angestammten Tätigkeit nachgegangen ist.

E. 10.2.3

Auch aus diesen Gründen bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens. Es fehlt somit vorliegend an einer gemäss schweizerischen Qualitätsanforderungen genügend beweiskräftigen medizinischen Abklärung. Entsprechend liegt kein feststehender medizinischer Sachverhalt vor. Daraus folgend fehlen auch nachvollziehbare fachärztliche Einschätzungen zu Umfang und Verlauf der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Weitere Abklärungen sind damit unabdingbar.

E. 10.3

In casu kommt nunmehr hinzu, dass nach der neuesten Rechtsprechung eine Adipositas eine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität bewirken kann, auch wenn sie grundsätzlich behandelbar ist und keine körperlichen oder geistigen Schäden verursacht und auch nicht die Folge von solchen Schäden ist (vgl. Urteil des BGer 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 5.9 und 5.11 [zur Publ. vorgesehen]). Beim Beschwerdeführer wurde seit Jahren eine Adipositas Grad II nach WHO diagnostiziert. Im internistischen Teilgutachten wurde diese Diagnose bestätigt, wobei ein BMI von 37.9 kg/m² festgestellt wurde. Die Änderung der Rechtsprechung erging zwar erst nach Erstellung des Gutachtens und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2023. Allerdings ist eine als richtig erkannte neue Praxis im Grundsatz sofort auf alle im Zeitpunkt der Änderung – wie vorliegend – noch hängigen, nicht rechtskräftig verfügbaren oder beurteilten Fälle anzuwenden (vgl. Urteil des BGer 8C_513/2024 vom 15. April 2025 E. 6.2 mit Hinweis auf BGE 120 V 128 E. 3a mit Hinweisen). Da bereits festgestellt wurde, dass dem vorinstanzlich eingeholten polydisziplinären Gutachten kein Beweiswert zukommt und deshalb die Sache ohnehin zur ergänzenden Sachverhaltsfeststellung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, kann vorliegend auf die Einholung einer Stellungnahme der Parteien zur neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichts abgesehen werden. Die IV-Stelle wird im Rahmen der ergänzenden Sachverhaltsfeststellung auch diesbezüglich zusätzliche Abklärungen zu treffen haben, zumal in den diversen psychiatrischen Berichten immer wieder auch von Esstattacken die Rede ist.

C-6712/2023 Seite 37 11. Im Lichte des insgesamt Ausgeführten ist die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache 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 weder die somatischen noch die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers rechtsgenügend abgeklärt hat. 11.1 Die Vorinstanz wird angewiesen, nach Vervollständigung und Aktualisierung der medizinischen Akten eine neue polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen zur Klärung der Frage, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit Oktober 2019 (bei frühestmöglichem Rentenbeginn am 1. Oktober 2020, vgl. oben E. 4.2, 4.3 und 5) und im Verlauf in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sowie in einer noch zu definierenden zumutbaren angepassten Tätigkeit bestehen. Alle relevanten Gesundheitsschädigungen sind zu erfassen und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit sind würdigend in einem Gesamtergebnis auszudrücken (vgl. dazu Urteil des BGer I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.1 in fine). Dabei ist sinnvollerweise die Zeitperiode bis zum Erlass der neuen Verfügung zu beurteilen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheint eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen allgemeine innere Medizin (gegebenenfalls auch Kardiologie und Pneumologie), Orthopädie/Rheumatologie, Neurologie sowie Psychiatrie inklusive Neuropsychologie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281], wobei aufgrund von Hinweisen auf Aggravationsneigungen seitens des Beschwerdeführers auch eingehend Stellung zu nehmen ist, ob und falls ja, in welchem Umfang die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden aus medizinischer [insbesondere psychiatrischer] Sicht auf bewusstseinsnahe Aggravation oder eine ähnliche Erscheinung zurückzuführen sind [vgl. dazu Urteil des BVGer C-920/2019 vom 25. Juni 2020 E. 5.7.2, 5.7.3 und 7.3]). Dabei wird ebenso zu prüfen sein, ob und gegebenenfalls inwiefern die schwere Adipositas-Erkrankung (BMI 37,9 kg/m², Schweregrad 2, BVGer-act. 168 S. 51) sich auf die funktionelle

C-6712/2023 Seite 38 Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, wobei selbstredend die Schadenminderungspflicht nach Art. 7 IVG in die Prüfung miteinzubeziehen sein wird (vgl. E. 9.3 hiervor; Urteil des BGer 8C_104/2024 E. 5.10, E. 5.11). 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 BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4). 11.2 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 BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). 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). 12. Es bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden. 12.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis 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

E. 11

Im Lichte des insgesamt Ausgeführten ist die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache 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 weder die somatischen noch die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 11.1

Die Vorinstanz wird angewiesen, nach Vervollständigung und Aktualisierung der medizinischen Akten eine neue polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen zur Klärung der Frage, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit Oktober 2019 (bei frühestmöglichem Rentenbeginn am 1. Oktober 2020, vgl. oben E. 4.2, 4.3 und 5) und im Verlauf in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sowie in einer noch zu definierenden zumutbaren angepassten Tätigkeit bestehen. Alle relevanten Gesundheitsschädigungen sind zu erfassen und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit sind würdigend in einem Gesamtergebnis auszudrücken (vgl. dazu Urteil des BGer I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.1 in fine). Dabei ist sinnvollerweise die Zeitperiode bis zum Erlass der neuen Verfügung zu beurteilen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheint eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen allgemeine innere Medizin (gegebenenfalls auch Kardiologie und Pneumologie), Orthopädie/Rheumatologie, Neurologie sowie Psychiatrie inklusive Neuropsychologie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281], wobei aufgrund von Hinweisen auf Aggravationsneigungen seitens des Beschwerdeführers auch eingehend Stellung zu nehmen ist, ob und falls ja, in welchem Umfang die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden aus medizinischer [insbesondere psychiatrischer] Sicht auf bewusstseinsnahe Aggravation oder eine ähnliche Erscheinung zurückzuführen sind [vgl. dazu Urteil des BVGer C-920/2019 vom 25. Juni 2020 E. 5.7.2, 5.7.3 und 7.3]). Dabei wird ebenso zu prüfen sein, ob und gegebenenfalls inwiefern die schwere Adipositas-Erkrankung (BMI 37,9 kg/m², Schweregrad 2, BVGer-act. 168 S. 51) sich auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, wobei selbstredend die Schadenminderungspflicht nach Art. 7 IVG in die Prüfung miteinzubeziehen sein wird (vgl. E. 9.3 hiervor; Urteil des BGer 8C_104/2024 E. 5.10, E. 5.11). 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 BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

E. 11.2

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 BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). 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

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

E. 12.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis 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).

E. 12.2

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. VGKE). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung auf Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. z.B. Urteil C-5023/2018 vom 13. Juli 2020 E. 8.2 m.H.) festzusetzen.

E. 13

März 2023 durch Dr. med. Dd._____, Facharzt für Neurologie) be- gutachtet (vgl. IV-act. 158-164). Im Hinblick auf die Begutachtung stellte er den Gutachtern zusätzlich die folgenden medizinischen Berichte zur Ver- fügung. 8.1 Am 6. Mai 2020 – vor dem erlittenen Thalamusinfarkt – berichtete Dr. med. Ee._____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, von ei- ner global guten systolischen linksventrikulären Funktion (biplan EF 67 %; IV-act. 168 S. 98 f.). 8.2 Im Bericht vom 6. Juli 2021 berichtet Dr. med. Q._____ von unauf- fälligen Lungenfunktionswerten. Eine geklagte Dyspnoe hänge eher mit ei- ner deutlichen Gewichtszunahme nach Herz-OP zusammen (vgl. IV- act. 168 S. 94 f.). 8.3 Im Rahmen der postoperativ erfolgten kardiologischen Verlaufskontrol- len vom 23. April 2021, 10. Februar 2022 sowie vom 10. und 20. Februar

C-6712/2023 Seite 27 2023 stellte Dr. med. E. _____ keine klinischen Hinweise auf eine Herz- insuffizienz fest. Die linksventrikuläre Pumpfunktion sei intakt. Die Mitralklappenprothese zeige sich weiterhin regelrecht. Insgesamt wurde eine global gute systolische linksventrikuläre Funktion (biplan EF 59 %), ein AV- Block Grad I (PQ-Zeit 320 ms; bis jetzt asymptomatisch) sowie eine regel- rechte Mitralklappenfunktion festgestellt (IV-Act. 168 S. 87-93, S. 96 f. so- wie S. 102-105). 8.4 Im Befundbericht zuhanden der Deutschen Rentenversicherung vom 20. Dezember 2022 erwähnte Dr. med. J. _____ die bekannten Diagno- sen Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Thalamusinfarkt im September 2020, Mitralklappenersatz bei hochgradiger Mitralklappeninsuf- fizienz sowie ein chronisches Schmerzsyndrom beider Kniegelenke bei Chondropathie, Gonarthrose sowie Meniskusschaden (IV-act. 168 S. 107- 111). 8.5 Im MRT-Befundbericht betreffend die Hüften des Z. _____ -Zentrums für Neurologie, Psychiatrie und Neuroradiologie vom 16. Dezember 2020 wird eine beidseits dorsolateral betonte Ausziehung des Acetabulumerkers im Sinne einer Pincer-Konfiguration beschrieben. Veränderungen am kor- respondierenden Femur stellten sich nicht dar (vgl. IV-act. 168 S. 114 f.). 8.6 Im MRT-Befundbericht betreffend das rechte Kniegelenk des Instituts Ff. _____ vom 14. März 2022 wird ein kleiner dorsolateraler Defekt des dorsolateralen Femurkondylus beschrieben; ausserdem ein winziger retro- patellarer Knorpeldefekt sowie ein bis auf die Corticalis reichender Knor- peldefekt der Trochlea (ca. 7 mm) mit subchondraler Stressreaktion (IV- act. 168 S. 126). 8.7 Im MRT-Befundbericht betreffend das linke Kniegelenk des Instituts Ff. _____ vom 13. Dezember 2022 wird eine fokale tiefgreifende Chond- ropathia patellae (Grad 3 nach Outerbridge) beschrieben. An der korres- pondierenden Femurtrochlea beziehungsweise im Sulcus trochlearis habe sich ein ca. 2,3 cm messender Knorpelschaden mit beginnender Delami- nation und subchondralem Ödem (Outerbridge Grad 4) gezeigt. Im Weite- ren habe sich eine geringe chronisch degenerative Meniskopathie des In- nenmeniskus links mit umschriebener Konturregelmässigkeit in der Spitze des Hinterhornes gezeigt. Schliesslich werden auch noch ein Verdacht auf einen Zustand nach Sinding-Larsen-Johannson bei verdicktem und signal- angehobenem proximalen Ligamentum patellae sowie ein Gelenkerguss mit Baker-Zyste erwähnt (IV-act. 168 S. 116 f.).

C-6712/2023 Seite 28 8.8 Am 18. Januar 2023 stellt Prof. Dr. med. Gg. _____, Facharzt für Or- thopädie, die Diagnose degenerative Innenmeniskusläsion links (ICD-10 M23.33 G L) und die Indikation zur arthroskopischen Exploration des linken Kniegelenkes mit Meniskus Chirurgie (IV-act. 168 S. 117). 8.9 Im ärztlichen Befundbericht vom 19. Januar 2023 erwähnt Dr. med. Hh. _____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Diagnose Femoroacetabuläres Pincer-Impingement bei Coxa profunda beidseits (ICD-10 M19.05 G B). Im Weiteren weist er darauf hin, dass aufgrund einer Claudicatio-ähnlichen Symptomatik eine Abklärung der Gefässsituation so- wie zum Ausschluss einer Cladicatio spinalis gegebenenfalls auch eine Ab- klärung des Rückens erfolgen sollte (IV-act. 168 S. 118 f.). 9. Nach den durchgeführten Begutachtungen im März 2023 sowie der Kon- sensbesprechung vom 23. April 2023 wurde das SMAB-Gutachten am 26. Mai 2023 erstattet. Es bildete zusammen mit der ergänzenden Stel- lungnahme der Gutachterstelle vom 6. Juli 2023 im Wesentlichen die me- dizinische Grundlage für die vorinstanzliche Abweisung des Leistungsge- suchs vom 25. April 2020 (vgl. IV-act. 168, 175). Die Gutachter stellten im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung die folgenden Diagnosen: 9.1 9.1.1 Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Schwindel ohne

organisches Korrelat (ICD-10 R42), DD dissoziativer Schwindel (ICD-10 F44.9), DD Aggravation (ICD-10 F68), DD somatoform autonome Funktionsstörung des Kreislaufsystems (ICD-10 F45.3) 9.1.2 Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Zustand nach früher diagnostizierter posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), remittiert - Adipositas (ICD-10 E66.00) - Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00) - Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) - Status nach Mitralklappenersatz im Oktober 2020 (ICD-10 Z95.2) bei hochgradiger Mitralklappeninsuffizienz (ICD-10 I34.1) - Obstruktives Schlafapnoesyndrom, CPAP-Maskentherapie (ICD-10 G47.31) - Koronarsklerose ohne signifikante Stenose (ICD-10 I25.9) - Zustand nach Thalamusinfarkt links (ICD-10 I63.9) - CTS beidseits, rechtsbetont (ICD-10 G56.0)

C-6712/2023 Seite 29 - MR-tomographische nachgewiesene Mikroblutungen kortikal, DD Amyloidangiopathie (ICD-10 I68.0V). 9.2 Zusammengefasst führten die Gutachter das Folgende aus. 9.2.1 Aus internistischer Sicht stünden die aus den Akten ersichtlichen Berichte und Diagnosen weitgehend im Einklang mit den vorliegend erhobenen Befunden und es seien aus internistischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Die Funktion der Mitralklappenprothese sei intakt und eine Herzinsuffizienz bestehe nicht. Es sei zwar auf Basis eines CT-Befundes von einem Lungenemphysem die Rede, allerdings seien sämtliche im Verlauf erhobenen Lungenfunktionsbefunde normal gewesen. Eine in einem Röntgen-Thorax-Befund diagnostizierte pulmonale Stauung bei Linksherzvergrößerung habe bei einer fachkardiologischen Kontrolle inklusive Echokardiographie nicht bestätigt werden können. Der Nikotinabusus habe somit bislang zu keiner Beeinträchtigung der Lungenfunktion geführt. Die schwere Adipositas begünstige die arterielle Hypertonie und das Schlafapnoesyndrom, die aber medikamentös respektive mittels CPAP-Maske gut behandelt würden. Aus internistischer Sicht könnten die geäußerten Beschwerden nicht erklärt werden; dabei sei auffallend, dass keine Analgetika eingenommen würden. Es bestünden keine durch internistische Erkrankungen bedingte Einschränkungen der Fähigkeiten und Ressourcen; aus internistischer Sicht sei der Versicherte für sämtliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung einer Rekonvaleszenzzeit von drei Monaten nach der Klappenoperation seit Februar 2021 zu 100 % arbeitsfähig (vgl. IV-act. 168 S. 6 sowie insb. S. 47-58). 9.2.2 Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung von einem problematischen Leistungsverhalten und – wahrscheinlich – Antwortverhalten auszugehen, da im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung das gezeigte Ausmass kognitiver Einbussen bei auffälligem Leistungsvalidierungstest nicht nachvollziehbar gewesen sei. In der psychiatrischen Exploration hätten sich die subjektiv geschilderten kognitiv mnestischen Einbussen auf der Befundebene nicht in angemessener Form widerspiegelt. Der Ausprägungsgrad der subjektiv geschilderten kognitiv mnestischen Einbussen sei nach den Befunderhebungen und auch in Kenntnis der neuropsychologischen Diagnostik, im Rahmen welcher aufgrund der erwähnten Inkonsistenzen die kognitive Leistungsfähigkeit nicht valide eingeschätzt werden können, nicht hinlänglich nachvollziehbar. Es bestünden ferner Inkonsistenzen im Hinblick auf die geschilderten Nachhallerlebnisse und Albträume des Versicherten im Kontext traumatisierender Erfahrungen und Erlebnisse. Auf Basis der

C-6712/2023 Seite 30 erhobenen psychopathologischen Befunde könne die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, bei der kumulativ alle Kriterien gemäss DSM-5 erfüllt sein müssten, nicht bestätigt werden. Trotz nicht unerheblicher Inkonsistenzen sei

beim Versicherten jedoch eine rezidivierende Depression zu attestieren, welche allerdings nur maximal mittelschweres Ausmass angenommen habe. In der Vergangenheit erwähnte Zwangsstörungen hätten auf dem Boden der erhobenen Befunde nicht abgebildet werden können. Der geklagte Schwindel könne wegen der Inkonsistenzen nicht zuverlässig als dissoziative Störung deklariert werden. Differenzialdiagnostisch sei auch an Aggravation zu denken oder eine somatoforme Störung. Aktuell erfolge offenbar seit längerem keine fachpsychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung und auch keine Psychopharmakotherapie, da der Versicherte gemäss eigenen Angaben keinen Therapeuten gefunden habe und eine Psychopharmakotherapie anlässlich der letzten Behandlung in der K. _____ klinik in Anbetracht der somatischen Leiden kritisch gesehen worden sei. Im Weiteren hätten sich insgesamt Hinweise ergeben, dass die Fahreignung für die (frühere Ausweiskategorie) Gruppe 2 nicht mehr gegeben sei. Aus neuropsychologischer Sicht werde daher empfohlen, grundsätzlich die Fahreignung des Versicherten auch für PKWs an einer dafür autorisierten Stelle zu überprüfen. Bezüglich Persönlichkeitsaspekte, Belastungsfaktoren und Ressourcen führten die Gutachter aus, das soziale Umfeld sei durch Rückzugstendenzen des Versicherten geprägt. Abgesehen vom Kontakt zu seiner Lebensgefährtin bestünden kaum stützende und stabilisierende Sozialkontakte. Die persönlichkeitsgetragenen und psychosozialen Kontextfaktoren seien mithin nicht unproblematisch und trübten die Prognose (vgl. IV-act. 168 S. 6-8 sowie insb. S. 29-46; betreffend neuropsychologische Untersuchung S. 71-79). 9.2.3 Aus neurologischer Sicht seien keine sicheren Diagnosen oder Symptome zu erheben, die eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder in einer angepassten Tätigkeit verunmöglichen würden. Der im September 2020 erlittene Thalamusinfarkt links sei am ehesten kardioembolischer Genese bei schwerer Mitralklappeninsuffizienz, habe jedoch keine relevanten Residuen hinterlassen. Residual gebe der Versicherte noch sensible Störungen in den Fingern 2 bis 4 in den Fingerspitzen an, jedoch sei klinisch nicht eindeutig klar, ob diese sensiblen Beschwerden durch den Schlaganfall oder durch ein ebenfalls diagnostiziertes Karpaltunnelsyndrom, welches keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe, bedingt seien. Kleine Blutungsresiduen gemäss letzter MRT-Untersuchung könnten ferner für eine Amyloidangiopathie sprechen. Für die vom Versicherten geklagten Schwindelattacken habe in der klinischen Untersuchung kein

C-6712/2023 Seite 31 sicheres organische Korrelat gefunden werden können; es hätten sich keine Hinweise für eine peripher vestibuläre Schädigung oder eine cerebelläre Dysfunktion ergeben. Unabhängig von der ätiologischen Einordnung dieses Schwindels sei nicht auszuschliessen, dass der Versicherte bei kurzfristigen Schwindelattacken, die zum Beispiel beim LKW-Fahren aufträten, sich oder dritte gefährden könnte, weshalb das Führen eines LKWs aus neurologischer Sicht nicht mehr leidensgemäss erscheine (vgl. IV-act. 168 S. 59-70). 9.2.4 Aufgrund dieser Feststellungen hielten die Gutachter betreffend die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fest, dass sich aus der Gesamtschau von Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 2019 ergebe, da erhebliche Zweifel an der Fähigkeit, ein Kraftfahrzeug zu führen, bestünden. Daher wäre eine verkehrsmedizinische und verkehrspsychologische Begutachtung an einer dafür autorisierten Stelle anzuraten. Hingegen seien leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten, einfacher geistiger Art, ohne besondere Verantwortung, ohne Gefährdung durch Arbeit auf Leitern, Gerüsten oder an rotierenden Maschinen, ohne besonderen Zeitdruck und ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit im Umfang von

70 % zumutbar. Tätigkeiten mit einem deutlich erhöhten Risiko für schwere Verletzungen sollten jedoch aufgrund der oralen Antikoagulation vermieden werden. Retrospektiv betrachtet sei die Arbeitsfähigkeit um 30 % seit 2019 (gemeint: die Verminderung der Arbeitsunfähigkeit um 30%, vgl. E. 9.3 hiernach) begründet. Die Einleitung einer psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung unter Berücksichtigung der somatischen Komorbidität aus psychiatrischer Sicht werde empfohlen. 9.3 Nachdem der RAD mit Stellungnahme vom 2. Juni 2023 um Korrektur der widersprüchlichen Aussagen im Gutachten betreffend die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ersucht hatte (IV-act. 177 S. 6), erklärten die Gutachter auf Nachfrage vom 2. Juni 2023 hin, dass es sich bei der widersprüchlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Rahmen der Konsensbeurteilung und im psychiatrischen Teilgutachten um ein Versehen handle. Richtigerweise bestehe in einer angepassten Tätigkeit seit 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % respektive eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % (vgl. Stellungnahme vom 6. Juli 2023, IV-act. 169 und 175).

C-6712/2023 Seite 32 9.4 Noch vor der RAD-Ärztlichen Beurteilung des polydisziplinären Gutachtens liess der Beschwerdeführer am 6. Juni 2023 einen Kurzbericht von Dr. med. Li. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 15. Mai 2023 sowie einen vom selben Arzt an dessen Krankenkasse gestellten Antrag zur Prüfung einer Rehabilitation vom 23. Mai 2023 nachreichen. Darin führte der Arzt aus, der Versicherte habe sich mit einer schweren Depression (ICD-10 F32.2) präsentiert, weshalb eine eindeutige Indikation zur stationären Behandlung gegeben sei. Im Weiteren führte er die bekannten somatischen Diagnosen Zustand nach Mitralklappenersatz (ICD-10 Z95.4), Thalamusinfarkt (ICD-10 I63.9), Schlafapnoe (ICD-10 G47.3), Mitralklappeninsuffizienz (ICD-10 I34.0) sowie arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90) auf (vgl. IV-act. 170 f.). 9.5 Am 10. Juli 2023 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. W. _____ abschliessend Stellung und erachtete das Gutachten der SMAB Bern vom 26. Mai 2023 unter zusätzlicher Berücksichtigung der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 6. Juli 2023 als vollumfänglich als beweiskräftig, weshalb darauf abgestellt werden könne (vgl. IV-act. 177 S. 6-8). 10. Entgegen der Ansicht der RAD-Ärztin kann auf das polydisziplinäre Gutachten der SMAB Bern aus mehreren Gründen nicht abgestellt werden.

E. 16

Dezember 2020 bis 19. Januar 2023 vorgelegt, die degenerative Veränderungen an den Knien und Hüften klar dokumentieren (vgl. E. 8.4 bis E. 8.9 hiervor).

Rechtsprechungsgemäss muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei – wie in casu vorliegenden – komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierenden Grundlage erfolgen. 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). Die Gutachter gehen jedoch überhaupt nicht auf die geltend gemachten Beschwerden in den Hüften und den Knien ein und begründen auch nicht, weshalb vorliegend in dieser Hinsicht von einer Ergänzung des Gutachtens abgesehen werden könne. Der Hinweis, wonach auffällig sei, der Beschwerdeführer nehme offenbar keine Analgetika zu sich, reicht für sich allein jedenfalls mit Blick auf das erforderliche Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht als Begründung aus, um von einer zusätzlichen Begutachtung in der Fachdisziplin Orthopädie (allenfalls Rheumatologie)

abzusehen. Auch wenn die fehlende Einnahme von Analgetika auf Inkonsistenzen bezüglich des Ausmasses der geltend gemachten Beschwerden hindeutet, bedürfen die durch Bildgebung klar nachgewiesenen degenerativen Veränderungen an den Hüften und Knien dennoch einer eingehenden gutachterlichen Abklärung bezüglich der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Dies ist vorliegend umso mehr angezeigt, als gemäss dem den Gutachtern ebenfalls zur Verfügung stehenden ärztlichen Befundbericht vom 19. Januar 2023 (E. 8.9 hievore) aufgrund einer festgestellten Claudicatio-ähnlichen Symptomatik eine Abklärung der Gefässsituation sowie zum Ausschluss einer Claudicatio spinalis gegebenenfalls auch eine Abklärung des Rückens empfohlen wurde. Mangels einlässlicher Ausführungen seitens der Gutachter ist jedenfalls nicht von vornherein ausgeschlossen, dass diese degenerativen

C-6712/2023 Seite 34 Veränderungen auch im Sinne einer Komorbidität Auswirkungen auf das Leistungs- und Arbeitsfähigkeit haben könnten. Die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang sich die durch die Hüften und Knie bedingten Beschwerden im Rahmen der in casu vorzunehmenden Gesamtschau auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit auswirken, ist in casu vollständig ungeklärt geblieben. Die Gutachter sind mit Blick auf die Fragestellung ihrem pflichtgemässen Ermessen, über die erforderlichen Fachdisziplinen zu befinden, nicht rechtsgenügend nachgekommen (vgl. Art. 44 Abs. 5 ATSG; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom

E. 17

Oktober 2008 E. 6.3.1). Da aufgrund dieser vollständig ungeklärt gebliebenen Frage konkrete Zweifel an dessen Zuverlässigkeit bestehen, kommt dem Gutachten bereits aus diesem Grund kein genügender Beweiswert zu.

E. 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).
12.2 Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG

C-6712/2023 Seite 39 i.V.m. Art. 7 ff. VGKE). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung auf Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. z.B. Urteil C-5023/2018 vom 13. Juli 2020 E. 8.2 m.H.) festzusetzen.

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