

BVGer C-6975/2024 vom 5. Mai 2025

Bundesverwaltungsgericht, 2025-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6975_2024

FR: TAF C-6975/2024 du 5 mai 2025

IT: TAF C-6975/2024 del 5 maggio 2025

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). 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, welche gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV bei ehemaligen Grenzgängern zu Recht von der IVSTA erlassen wurde, 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. 2.1

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

C-6975/2024 Seite 6

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Deshalb finden vorliegend jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 7. Oktober 2023 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 20. April 2023 erfolgten Anmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 31. Dezember 2021 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) beurteilt sich die Streitigkeit demnach nach der ab 1. Januar 2022 geltenden Rechtslage.

E. 2.3

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

E. 2.4

Nach dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (BGE 138 II 331 E. 1.3 m.H.; vgl. MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3. Auflage 2022, Rz. 1.54).

E. 3

Vorliegend bildet die Verfügung vom 7. Oktober 2024, mit welcher die Vorinstanz in Bestätigung des Vorbescheids vom 13. August 2024 das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 20. April 2023 abgewiesen hat, das Anfechtungsobjekt. Zur Begründung der Abweisung führt die Vorinstanz an, aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe in der

C-6975/2024 Seite 7 angestammten wie auch in der adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Auch gemäss seinen eigenen Angaben sei der Beschwerdeführer wieder voll arbeitsfähig und trete per 1. September 2024 eine neue Stelle an. Aufgrund der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ergebe sich keine rentenbegründende Invalidität und daher kein Rentenanspruch (vgl. Begründung der Verfügung vom 7. Oktober 2024 [act. 101 S. 3]). Nachdem der Beschwerdeführer mit Beschwerde vom 5. November 2024 insbesondere eine unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts geltend machen liess, da die Vorinstanz auf die Durchführung des vorgesehenen bidisziplinären Gutachtens verzichtet habe, beantragte die Vorinstanz mit Vernehmlassung vom 20. Januar 2025 in Übereinstimmung mit dem vom Beschwerdeführer gestellten Antrag die Gutheissung der Beschwerde, die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 7. Okto-

ber 2024 sowie die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung. Da das Bundesverwaltungsgericht das Recht von Amtes wegen anwendet und dabei nicht an die Begründung der Parteien gebunden ist, ist im Folgenden zu prüfen, ob der rechtserhebliche Sachverhalt tatsächlich unvollständig erhoben wurde.

E. 3.1

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

E. 3.2

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

C-6975/2024 Seite 8 eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Im Sinne des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» stellt das Gesetz seit 1. Januar 2022 klar, dass eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen wird, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1bis und 1ter IVG nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1bis IVG). 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. IK-Auszug vom 25. April 2023 [act. 11]).

E. 3.3

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. 3.4

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1; 137 V 334 E. 3.2; 125 V 146 E. 2c; Urteil des BGer 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.3). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen. Dabei sind die

C-6975/2024 Seite 9 ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen, welche als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich sind und in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden müssen (Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.2 m.H.).

E. 3.5

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). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle (oder des Sozialversicherungsgerichts) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 m.H.).

E. 3.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und

bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2).

E. 3.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in

C-6975/2024 Seite 10 Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 3.8.1

Die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Die Ärztinnen und Ärzte des RAD müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 8C_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2; 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Eine Stellungnahme des RAD, die nicht auf einer eigenen Untersuchung beruht, kann wie ein Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Soweit die RAD-Ärzte nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die RAD-Stellungnahme in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 3.8.2

Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BVGer C-189/2017 vom 4. Juni 2019 E. 8.3).

E. 3.9

Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches

C-6975/2024 Seite 11 Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418), so sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 145 V 361 E. 3.1). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnose-relevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungs-folge 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) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbe-reichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus-gewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 3.10

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und voll-ständig, 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

Sowohl der Beschwerdeführer wie auch die Vorinstanz begründen ihre Rechtsbegehren letztlich mit einem unvollständig erhobenen medizinischen Sachverhalt.

E. 4.1.1

Die Vorinstanz hat das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 7. Oktober 2024 abgewiesen. Im Beschwerdeverfahren beantragt sie nun vernehmlassungsweise die Gutheissung der Beschwerde, die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die

C-6975/2024 Seite 12 Rückweisung der Sache an die Verwaltung im Sinne der Stellungnahme der IV-Stelle E. _____ vom 15. Januar 2025 (BVGer-act. 10).

E. 4.1.2

Gemäss der erwähnten Stellungnahme der IV-Stelle E. _____ steht zusammengefasst nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass im Zeitraum zwischen Oktober 2023 und Oktober 2024 durchgehend eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bestand, womit potenziell ein befristeter Rentenanspruch hätte bestehen können. Der medizinische Sachverhalt sei diesbezüglich nicht hinreichend abgeklärt. Zudem habe der RAD in seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2024 bestätigt, dass der Schlaganfall vom 20. Oktober 2024 letztlich Folge der vorbestehenden arteriellen Hypertonie gewesen sei (Beilage zu BVGer-act. 10).

E. 4.2.1

Der Beschwerdeführer hatte in seiner Beschwerde vom 5. November 2024 im Wesentlichen geltend machen lassen, er habe am

E. 4.2.2

Mit Eingabe vom 29. November 2024 reichte der Beschwerdeführer die Arztberichte des Krankenhauses I. _____ vom 25. Oktober 2024 und des Krankenhauses J. _____ vom 30. Oktober 2024 ein (act. 6).

E. 4.2.3

Mit Stellungnahme vom 27. Januar 2025 erklärte sich der Beschwerdeführer mit der von der Vorinstanz pendente lite beantragten Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2024 und Rückweisung an die Verwaltung zu weiterer medizinischer und beruflicher Abklärung und anschliessendem neuen Entscheid einverstanden. Betreffend Kosten- und Entschädigungsfolgen hielt er an der Beschwerde fest (BVGer-act. 12).

E. 4.3

Nachfolgend ist demnach zu prüfen, ob und inwiefern dem Rückweisanspruch zu entsprechen respektive, ob eine rechtsgenügende Abklärung des medizinischen Sachverhalts im Verwaltungsverfahren erfolgt ist.

E. 4.3.1

In den Vorakten liegen zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte und Einschätzungen vor: - Gemäss Arztbrief der behandelnden Ärzte des Krankenhauses I. _____, Innere Medizin I, Abteilung für Kardiologie, Angiologie, Endokrinologie, Diabetologie, Intensivmedizin, vom 15. März 2022 bestand hinsichtlich eines stationären Aufenthalts vom 8. März 2022 bis 15. März 2022 als Aufnahmegrund eine hypertensive Entgleisung. Anlässlich der Entlassung wurden die folgenden Diagnosen gestellt (act. 18): - therapieresistente arterielle Hypertonie (ICD-10 I25.1; bei Aufnahme NSTEMI-Konstellation i.R. der hypertensiven Entgleisung; keine Nierenarterienstenose, normaler Renin-/Aldosteron-Quotient, normales

C-6975/2024 Seite 14 TSH; Katecholamine / Metanephrin im 24h normwertig; Dexamethason-Hemmtest / IGF-1 / OSAS Diagnostik noch ausstehend); - koronare Eingefässerkrankung (CAG 10.03.2022: Druckdraht-positive RCA-Stenose [DD Spasmus]; CVRF: arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus, gestörte Glucosetoleranz; Stress-Myokardszintigraphie geplant); - hypertensive Herzerkrankung (TTE 14.03.2022: LV-Hypertrophie [Septum 17 mm], leicht reduzierte LVEF bei diffuser Hypokinese, keine relevanten Klappenvitien); - hypertensive Nephropathie (normale eGFR, Makro-Albuminurie (1005 mg/l); - Alkohol-Überkonsum (anamnestisch bis 6 Flaschen Bier täglich).

- Gemäss Beurteilung des Krankenhauses I. _____, Abteilung für Nuklearmedizin, vom 7. April 2022 bestehe bei durchgeführter Myokardszintigraphie kein szintigraphischer Hinweis auf eine hämodynamisch signifikante koronare Herzkrankheit (KHK) und es liege eine ungestörte Perfusion des linken Ventrikels nach (pharmakologischem) Stress vor. Es bestehe eine leicht erniedrigte linksventrikuläre Pumpfunktion nach Stress (act. 20 S. 4 f.). - Dem Befund der K. _____ GmbH vom 3. Mai 2022 ist hinsichtlich vorgenommener MRT Schädel mit Kontrastmittel und MRA Schädel zu entnehmen, dass multiple FLAIR hyperintense Signalsteigerungen im Marklager beidseits, akzentuiert peritrigonal bis ca. 13

mm im Durchmesser, infratentoriell rechts in der Pons und zerebellär beidseits (ca. 15 mm) vorlägen, welche keine verstärkte Kontrastmittelanreicherung zeigen würden. Die Läsionen seien in erster Linie mikrovaskulär bedingt im Rahmen einer vaskulären Leukenzephalopathie. Zum Teil seien die Läsionen jedoch periventrikulär lokalisiert und rechtwinklig zum Corpus callosum ausgerichtet, sodass neben mikrovaskulären Veränderungen (mässige CVI) auch an ein bland entzündliches Geschehen gedacht werden müsse. Diesbezüglich sei eine Verlaufskontrolle indiziert. Es bestände keine frische Diffusionsstörung und keine intrakranielle Blutung. Eine partielle empty Sella sei ersichtlich. Nach Kontrastmittelgabe läge keine suspektere Anreicherung intrakraniell vor. Es bestände eine mässige Schleimhautschwellung/Retentionszyste im rechten Sinus maxillaris, mässige Schleimhautschwellungen im rechten Sinus frontalis, geringer auch im linken Sinus frontalis sowie kleine Retentionszysten dorsokranial im Nasopharynx. Es bestehe ein Näheverhältnis der AICA beidseits zum Hirnstamm, eine eindeutige

C-6975/2024 Seite 15 Kompression desselben sei aber nicht abgrenzbar. Es läge eine geringe Impression der Pons durch die Arteria basilaris vor, der Basilariskopf sei nach dorsal gebogen. Ansonsten beständen keine signifikanten Auffälligkeiten der intrakraniellen Arterien (act. 20, S. 6 f.). - Dem Ambulanzbericht Endokrinologie Diabetologie des Krankenhauses I. _____, Innere Medizin I, Ambulanz für Endokrinologie und Diabetologie, vom 7. Juli 2022 ist hinsichtlich der Durchführung eines Dexamethason-Hemmtests zu entnehmen, dass diesbezüglich eine adäquate Suppression vorliege. Weiter wird betreffend Anamnese festgehalten, unter laufender 6-fach-Kombinationstherapie würden sich derzeit zufriedenstellende Blutdruckwerte («RR-Werte») zeigen. Der Patient versuche, zumindest eine leichte Lifestyle-Modifikation durchzuführen. Er arbeite in einem Büro. Derzeit trinke er noch ein bis zwei Bier wöchentlich. Es liege ein anhaltender Nikotinkonsum vor (act. 20 S. 1 f.). - Der behandelnde Arzt Dr. L. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, diagnostizierte im Bericht vom 18. November 2022 eine Depression mit Angststörung und attestierte dem Beschwerdeführer eine «Krankmeldung vorläufig bis 09.01.2023» (act. 13, S. 4). - Gemäss Arztbrief von Dr. M. _____, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin, vom 21. November 2022 sind grundsätzlich die Diagnosen gemäss Arztbrief des Krankenhauses I. _____ vom 15. März 2022 zu stellen (vgl. oben). Ergänzend wird festgehalten, eine Myokardszintigrafie vom 3. April 2022 habe keinen Hinweis für eine pharmakologisch induzierbare Ischämie ergeben (act. 21 S. 6). - Dr. N. _____, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin, Praxis O. _____, stellte in seinem Arztbrief vom 6. Februar 2023 folgende Diagnosen (act. 21 S. 1; KTG-act. 7 S. 393): - CVRF: arterielle Hypertonie, therapieresistent (kein Hinweis auf eine organische Hypertonieursache; DD durch psychische Belastung mitverursacht), Nikotinabusus, Hypercholesterinämie, Adipositas, familiäre Disposition (Mutter hatte mit 40 Jahren einen Myokardinfarkt), Lp(a) auf 351 nmol/l erhöht; - 1-Gefäss-KHK: CAG 03/22: Druckdraht-positive RCA-Stenose (DD Spasmus); Myokardszintigraphie 04/22 unauffällig; - vaskuläre Leukenzephalopathie;

C-6975/2024 Seite 16 - Bauchaortensklerose; - V.a. Steatohepatitis; - Depression.

- Dr. L. _____ äusserte sich aufgrund des am 9. Mai 2023 durch die IV-Stelle E. _____ zugestellten Fragekatalogs (act. 22) am 22. Mai 2023 erneut und hielt fest, die erste Konsultation sei am 17. November 2022 und die letzte Konsultation sei am 8. Mai 2023 erfolgt, gegenwärtig fände im Durchschnitt eine Behandlung pro Monat statt. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 17. November 2022 bis 30. Juni 2023 bzw.

fortlaufend für die Tätigkeit als Qualitätsfachmann. Es fänden weitere Behandlungen an der Internen Abteilung des Krankenhauses I. _____, beim Internisten Dr. M. _____ und eine Psychotherapie bei P. _____ statt. Vermutlich bereits seit Sommer, jedenfalls seit Herbst 2022 bestände eine zunehmende psychiatrische Symptomatik mit Ängsten, Antriebsstörungen und Schlafstörungen. Ausserdem liege eine zunehmende Blutdruckregulationsstörung mit teils massiven hypertensiven Entgleisungen vor. Als aktuelle medizinische Symptomatik bzw. psychiatrischen Status nennt er depressive Verstimmungen, Ängste, Panikzustände und Schlafstörungen. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit läge eine Depression mit Angststörung vor (ICD-10 F41.2; erstmals diagnostiziert am 17. November 2022). Die Prognose hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei unsicher, eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustands sei weiterhin noch gut möglich. Geplant sei, die Behandlung fortzusetzen, je nach Verlauf die psychopharmakologische Medikation anzupassen, ein Fortsetzen der Psychotherapie sowie stützende Gespräche. Die aktuelle Tätigkeit als Qualitätsfachmann sei psychisch aktuell übermässig belastend und aufgrund der Zuständigkeit für interne Reklamationen mit hohem Konfliktpotential verbunden. Die psychophysische Belastbarkeit sei reduziert, Stresssituationen könnten depressive Verstimmungen, Ängste und Blutdruckentgleisungen triggern. Letzteres sei vor allem im internistischen Fachgebiet zu beurteilen. Die derzeitige Tätigkeit sei zu 100 % nicht zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit mit körperlich und psychisch leichten Arbeiten über einen Zeitraum von acht Stunden pro Tag bei durchschnittlichem Zeitdruck ohne wesentliche psychische Belastungen wäre für acht Stunden pro Tag zumutbar. Die Prognose hinsichtlich Eingliederung müsse derzeit offenbleiben. Haushaltsarbeiten seien möglich, sofern das Leistungskalkül nicht überschritten werde (act. 27). Insgesamt hatte Dr. L. _____ am 27. April 2023 auch auf entsprechende Fragen der Q. _____ in vergleichbarer Weise geantwortet (Diagnose

C-6975/2024 Seite 17 und Arbeitsfähigkeit). Zusätzlich zur Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Qualitätsmanagementmitarbeiter hatte er festgehalten, es seien schwere und mittelschwere Arbeiten, psychische Belastungen wie beispielsweise konfliktreiche Tätigkeiten und Nacharbeit zu 100 % nicht zumutbar. Ergänzend hatte er ausgeführt, die konkrete Ausgestaltung des Arbeitsplatzes wäre in einem arbeitsmedizinischen Gutachten zu beurteilen. Hinsichtlich einer Beurteilung von Einschränkungen der kardialen Leistungsfähigkeit aufgrund der Hypertonie wäre eine internistische Beurteilung erforderlich (KTG-act. 2 S. 65 ff.). - Gemäss Befund der K. _____ GmbH vom 24. Mai 2023 betreffend MRT Schädel mit Kontrastmittel (aufgrund fraglicher bland entzündlicher Veränderungen im Zerebrum im Mai 2022) bestand weiterhin keine frische Diffusionsstörung und keine verstärkte Kontrastmittelanreicherung. Die Läsionen seien in erster Linie mikrovaskulär bedingt im Rahmen einer mässig ausgeprägten vaskulären Leukenzephalopathie. Die fehlende zeitliche und örtliche Dissemination spreche primär gegen Demyelinisierungen. Es wird diesbezüglich die Frage nach einer Klinik für MS aufgeworfen. In den KM-Sequenzen seien geringe schlierige Veränderungen der Arteria basilaris und im V4 Segment beidseits ersichtlich. Sicherheitshalber sei diesbezüglich eine ergänzende MR-Angiographie (MRA) intrakraniell zum Ausschluss einer Gefässpathologie durchzuführen (KTG-act. 2 S. 164). - Gemäss Befund der K. _____ GmbH vom 14. Juni 2023 betreffend eine ergänzende MR-Angiographie des Schädels zur Voruntersuchung vom 24. Mai 2023 lag eine regelrechte Darstellung der Arteria basilaris ohne Nachweis von Kaliberirregularitäten/Stenosen oder Ektasien vor. Auch die übrigen

intrakraniellen Arterien hätten sich regelrecht dargestellt. Es fänden sich keine Gefässabbrüche, Stenosen oder Aneurysmata (KTG-act. 2 S. 163). - Dr. N. _____ wiederholte mit Arztbrief vom 19. Juli 2023 die mit Arztbrief vom 6. Februar 2023 gestellten Diagnosen. Einzig hinsichtlich des mit Arztbrief vom 6. Februar 2023 erwähnten Verdachts auf Steatohepatitis wird gemäss Arztbrief vom 19. Juli 2023 von einer diesbezüglich feststehenden Diagnose (Steatosis hepatitis) ausgegangen (act. 37; KTG-act. 7 S. 398). - Ebenfalls mit Datum vom 19. Juli 2023 antwortete Dr. N. _____ auf einen von der zuständigen Krankentaggeldversicherung zugestellten

C-6975/2024 Seite 18 Fragebogen (KTG-act. 2 S. 145 f.). Er hielt ergänzend zu den bereits erwähnten Diagnosen fest, dass der Beschwerdeführer sich am 23. Januar 2023 das erste Mal wegen einer therapieresistenten arteriellen Hypertonie bei ihm vorgestellt habe. Im März 2022 sei eine umfangreiche stationäre Abklärung im Krankenhaus I. _____ erfolgt, bei der sich kein Hinweis auf eine organische Hypertonieursache gezeigt habe. Trotz einer antihypertensiven Sechsfach-Kombination habe der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt seiner ersten Vorstellung noch häufig deutlich hypertone Blutdruckwerte aufgewiesen. Dessen Arbeitsfähigkeit sei durch seine lange Zeit therapieresistente arterielle Hypertonie, welche sich seit Mitte Juli gebessert habe, und seine Depression beeinflusst worden. Es sei ihm nicht bekannt, dass der Beschwerdeführer zuletzt von anderen Fachärzten behandelt worden sei. Die arterielle Hypertonie habe sich im Verlauf unter einer Umstellung der medikamentösen Therapie bereits gebessert. Bei der Depression bestände sicher ebenfalls Aussicht auf Besserung. Der Beschwerdeführer arbeite mittlerweile nicht mehr in seiner früheren Stelle. Nach Besserung seiner arteriellen Hypertonie, die seine Arbeitsfähigkeit nun nicht mehr nennenswert beeinträchtige, werde die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen vom Verlauf der Depression beeinflusst (KTG-act. 2 S. 150 ff.). - Auf Nachfrage der Krankentaggeldversicherung (KTG-act. 2 S. 168) führte Dr. L. _____ am 26. Juli 2023 aus, phasenweise seien die Ängste des Beschwerdeführers seit dem Bericht vom 27. April 2023 etwas besser geworden. Dann seien aber wieder Ängste, Unruhe und depressive Stimmungseinbrüche aufgetreten. Insbesondere in den letzten Wochen sei es zu einer Verschlechterung der Schlafstörungen gekommen. Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand seit dem 27. April 2023 nicht grundlegend gebessert. Betreffend Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liege eine Depression mit Angststörung (ICD-10 F41.2) vor. Zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausserhalb des aktuellen Arbeitgebers hielt er fest, theoretisch möglich wären körperlich und psychisch leichte Arbeiten über einen Zeitraum von acht Stunden pro Tag bei durchschnittlichem Zeitdruck, wobei wesentliche psychische Belastungen und Nacharbeit auszuschliessen seien. Die bisherige Tätigkeit als Fachmann für Qualitätssicherung sei nicht zumutbar, allerdings werde diesbezüglich auf das Fachgebiet der Berufskunde zur genaueren Beurteilung verwiesen. Zur Arbeitsfähigkeit ab dem 1. Oktober 2023 könne keine sichere Zukunftsprognose gestellt werden. Wann und in welchem Ausmass eine mögliche Stabilisierung eintrete, sei nicht vorhersehbar. Die Frage nach der

C-6975/2024 Seite 19 Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Oktober 2023 könne wohl erst Ende September konkreter beantwortet werden (KTG-act. 2 S. 174 f.). - Mit Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 8. August 2023 bestätigte Dr. L. _____ eine Arbeitsunfähigkeit vom 8. August 2023 bis 30. September 2023 (KTG-act. 9 S. 193). - Dr. L. _____ führte mit nervenärztlicher Bestätigung vom 23. August 2023 zuhanden der Krankentaggeldversicherung aus, der Versicherung sei in regelmässiger Behandlung

aufgrund einer Depression mit Angststörung. Derzeit seien die Ängste wechselhaft ausgeprägt, in letzter Zeit hätten sich diese wieder verschlechtert. Es könnten auch psychosomatische Reaktionen auftreten, insbesondere eine Verschlechterung der Blutdrucklage. Der Versicherte sei aus seiner Sicht weiterhin krankgeschrieben und es sei auch in nächster Zeit mit vermehrten Krankheitsfällen zu rechnen. Es bestehe keine Eignung mehr für die bisherige Tätigkeit als Fachmann für Qualitätssicherung und es beständen auch ansonsten erhebliche Einschränkungen. Es seien maximal körperlich und psychisch leichte Arbeiten möglich, ohne besonderen Druck, Nacharbeit sei nicht möglich. Im Falle eines Wiedereinstiegs ins Berufsleben müsse dieser gleitend erfolgen. Ob ein solcher unter Berücksichtigung aller Einschränkungen faktisch wieder möglich sein werde, könne erst im Verlauf beurteilt werden. Es sei eine weitere psychopharmakologische Behandlung und eine psychotherapeutische Begleitung notwendig (act. 47; KTG-act. 3). - Aufgrund des Entscheids des Krankentaggeldversicherers, medizinische Beurteilungen zur Plausibilisierung der Arbeitsunfähigkeit zu veranlassen (KTG-act. 7 S. 228 ff., 242, 244), beantwortete Dr. L. _____ für die Expertenärzte einen entsprechenden Fragekatalog und hielt am 18. September 2023 zum aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insbesondere fest, in psychiatrischer Hinsicht hätten sich die Ängste in letzter Zeit wieder verschlechtert und in internistischer Hinsicht sei es weiterhin trotz multimodaler Behandlung nicht gelungen, den Blutdruck ausreichend zu kontrollieren. Aus psychiatrischer Sicht sei die allgemeine psychophysische Belastbarkeit weiter erheblich reduziert. Die Depression und Angststörung seien derzeit als mittel- bis höhergradig einzuschätzen. Die Kombination von Depressionen und Ängsten mit der nicht einstellbaren Hypertonie sei besonders ungünstig. Die Prognose für die Zukunft sei derzeit offen, eine Besserung sei durchaus noch

C-6975/2024 Seite 20 möglich. Er habe nun zusätzlich eine stationäre Rehabilitation vorgeschlagen, wo sowohl eine Expertise für kardiale als auch psychosoziale Rehabilitation gegeben sei. Der Beschwerdeführer sei aktuell und jedenfalls in den nächsten Wochen, wahrscheinlich auch in den nächsten Monaten, zu 100 % nicht arbeitsfähig. Die seelische Verfassung habe sich derzeit massiv verschlechtert und es komme bereits bei geringen Belastungen zu massiven Blutdruckentgleisungen (KTG-act. 7 S. 316 ff.). - Im Rahmen der vom Krankentaggeldversicherer angeordneten «Plausibilisierung Arbeitsfähigkeit» äusserte sich Dr. med. R. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zur am 14. September 2023 durchgeführten Untersuchung. Zusammengefasst hielt er fest, es läge eine Anpassungsstörung nach ICD-10 F43.2 respektive ICD-11 6B43 vor. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % ab dem 15. September 2023. Die Prognose der Arbeitsunfähigkeit der letzten Tätigkeit beim letzten Arbeitgeber sei ungünstig, da die Stelle gekündigt worden sei und dort damit keine realistische Chance auf Rückkehr in die Tätigkeit des Qualitätsbeauftragten bestehe. Es handle sich bei der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit um eine rein auf den aktuellen Arbeitsplatz bezogene Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit in der letzten Tätigkeit bei einer anderen Arbeitsstelle respektive bei einem anderen Arbeitgeber werde wie folgt eingeschätzt: 75 % Arbeitsunfähigkeit ab 15. September 2023 bis 30. September 2023, 50 % Arbeitsunfähigkeit ab 1. Oktober 2023 bis 15. Oktober 2023, 25 % Arbeitsunfähigkeit ab 16. Oktober 2023 bis 31. Oktober 2023 und 0 % Arbeitsunfähigkeit ab 1. November 2023. In einer den Beschwerden respektive der Funktionsfähigkeit angepassten Tätigkeit könne zum aktuellen Zeitpunkt oder zukünftig eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeit erreicht werden. Diesbezüglich sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab dem 15. September 2023 bis zum

30. September 2023 gegeben, eine volle Arbeitsfähigkeit sei ab dem 1. Oktober 2023 gegeben. Zur Begründung wird ausgeführt, bei einer leidensangepassten Tätigkeit sei die Prognose günstiger als in der angestammten Tätigkeit. Diesbezüglich sollte hauptsächlich Routinearbeit durchgeführt und Multitasking vermieden werden. Es sollten flexible Pausen möglich sein und ein Arbeitsschritt nach dem anderen abgearbeitet werden. Die Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit sollten sehr geringgehalten und Kundenkontakt vermieden werden. Im Ablauf sollten keine emotionalen Kompetenzen abverlangt werden. Schichtarbeit sei ungünstig. Der bisherige Verlauf lasse auf die notwendige therapeutische Compliance schliessen,

C-6975/2024 Seite 21 nachdem sich der Beschwerdeführer in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinde. Durch eine medizinische Behandlung bzw. Behandlungsanpassung lasse sich die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht reduzieren (KTG-act. 7 S. 332 ff.; KTG-act. 9 S. 334 ff.). - Gemäss Arztbrief von Dr. N. _____ vom 22. September 2023 wurden die Diagnosen um das Vorliegen einer erhöhten Nüchtern glukose und einer beginnenden hypertensiven Nephropathie ergänzt (act. 46). In seiner medizinischen Beurteilung für die Krankentaggeldversicherung vom 26. Oktober 2023 führte Dr. N. _____ betreffend Fragen für die Expertenärzte (KTG-act. 7 S. 251) ergänzend aus, bei den zahlreichen bisherigen Untersuchungen habe sich kein Hinweis auf eine organische Bluthochdruckursache ergeben. Eine Nierenarterienstenose und eine Aortenisthmusstenose hätten ausgeschlossen werden können (vgl. Befund MRT und MRA Nieren vom 17. Oktober 2023, KTG-act. 7 S. 413; Befund MRA Aorta thoracalis vom 24. Oktober 2023, KTG-act. 7 S. 414). Eine paroxysmal auftretende, therapieresistente arterielle Hypertonie gehe häufig zurück auf psychische Belastungen und Traumatisierungen. Der Versicherte befinde sich in psychotherapeutischer Behandlung und werde mit Antidepressiva behandelt. Eine mögliche Besserung der Hypertonie scheine vom Erfolg der Psychotherapie abhängig zu sein. Aufgrund der häufig auftretenden Blutdruckspitzen sei der Versicherte bis auf Weiteres arbeitsunfähig (act. 95 S. 5 f.; KTG-act. 7 S. 391). - Gemäss einer von Dr. N. _____ ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 20. September 2023 bestand eine Arbeitsunfähigkeit vom 20. Oktober 2022 bis am 15. Oktober 2023 (KTG-act. 7 S. 344) bzw. gemäss Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 20. Oktober 2023 bis am 30. November 2023 (KTG-act. 9 S. 378). - Gemäss Arbeitsunfähigkeitsmeldung von Dr. L. _____ vom 4. Oktober 2023 bestand eine Arbeitsunfähigkeit vom 1. Oktober 2023 bis am 30. November 2023 (KTG-act. 373). - Mit Beurteilung vom 2. November 2023 äusserte sich Dr. L. _____ aus Sicht des behandelnden Arztes zum Gutachten von Dr. R. _____. Er hielt fest, dass eine Angststörung vorliege, die zwar sehr wohl im Rahmen einer Anpassungsstörung auftreten könne, aber die Anpassungsstörung des Beschwerdeführers weit über das übliche Ausmass einer solchen hinausgehe. Zudem hielt er erneut fest, dass die

C-6975/2024 Seite 22 Kombination einer kardialen Problematik und einer Angststörung besonders problematisch sei. Hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit sei von einer solchen sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Es werde eine stationäre psychiatrische Rehabilitationsbehandlung empfohlen (KTG-act. 7 S. 423 f.). - Dr. R. _____ antwortete am 16. November 2023 auf die Einschätzung von Dr. L. _____ vom 2. November 2023 und hielt fest, eine affektive und neurotische (ängstliche) Symptomatik im Zusammenhang mit kardialen Problemen könnten durchaus nach

Myokardinfarkt vorkommen. Aufgrund der hiesigen Plausibilisierung müsse nach versicherungsmedizinischen Kriterien konstatiert werden, dass die Beschwerdevalidierung auffällig gewesen sei, dass also in den Testungen eine teils deutlich überhöhte oder untypische Beschwerdedarstellung durch den Beschwerdeführer erfolgt sei. Dieses befundliche Ergebnis könne bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht ausser Acht gelassen werden. Noch viel relevanter sprächen die Funktionalitäten im Sinne von Gartenarbeit, Müllentsorgung, Restaurantbesuchen und die Freizeittätigkeit des Fischens bzw. Angelns gegen eine Symptomatik von Depression und Angst, die dauerhaft schwer oder mittelschwer vorliegen würde. Die geltend gemachten Einschränkungen schienen überwiegend auf den Berufsbereich begrenzt zu sein. Der Bericht des nervenärztlichen Behandlers sei defizitorientiert und erwähne die Ressourcen nicht gebührend. Insgesamt sei unklar, ob eine Änderung der psychopharmakologischen Therapie unter Abwägung von Wirkungen und Nebenwirkungen eine weitere Verbesserung bringe oder nicht. Dies, weil sich Empfehlungen wegen der bekannten Ressourcen, Funktionalitäten und der auffälligen Beschwerdevalidierung mit symptomverstärkender Darstellung nicht anböten. Aufgrund der strukturierten Herleitung der Arbeitsunfähigkeit ergebe sich, dass kein eigendynamisch fortschreitender psychiatrischer Prozess im Vordergrund des klinischen Geschehens stehe. Die in der Plausibilisierung vom 15. September 2023 gestellten Prognosen aus versicherungspsychiatrischer Sicht hätten weiterhin Gültigkeit. Hinsichtlich der rein kardialen Aspekte könne aus psychiatrischer Sicht nicht fachspezifisch Stellung genommen werden (KTG-act. 7 S. 425 f.). - Im Schreiben der Krankentaggeldversicherung vom 29. November 2023 wird unter anderem festgehalten, dass der Bericht hinsichtlich der kardiologischen Abklärung zur medizinischen Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. med. S. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, betreffend Plausibilisierung der

C-6975/2024 Seite 23 Arbeitsfähigkeit sowie diverse Antworten zu entsprechenden Rückfragen aufgrund widersprüchlicher Angaben nicht für eine zuverlässige Aussage zur Arbeitsunfähigkeit aus kardiologischer Sicht verwertet werden könnten. Es werde eine neue kardiologische Abklärung durch einen anderen Expertenarzt in die Wege geleitet (KTG-act. 7 S. 441). Summarisch diagnostizierte Dr. S. _____ eine arterielle Hypertonie, aktuell medikamentös eingestellt, mit Angabe einer hypertensiven Krise. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit bezogen auf das angestammte Anstellungspensum betrage 100 %, die diesbezügliche mutmassliche Entwicklung in der angestammten Tätigkeit könne nicht beurteilt werden. Es handle sich bei der eingeschätzten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht um eine rein auf den aktuellen Arbeitsplatz bezogene Arbeitsunfähigkeit. Es sei nicht beurteilbar, ob in einer angepassten Tätigkeit eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeit erreicht werden könne. Die medizinische Behandlung bzw. Behandlungsanpassung oder der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit könnten nicht beurteilt werden. Aus rein kardiologischer Sicht wäre gegebenenfalls eine verbleibende Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt im Rahmen einer adaptierten Tätigkeit zu diskutieren. Idealerweise sollte dies in einer Konsensbesprechung mit dem psychiatrischen Gutachter diskutiert werden (KTG-act. 9 S. 452 ff.). Gemäss Nachträgen vom 9. November 2023 und 22. November 2023 hielt Dr. S. _____ auf die Frage, ob nach Erhalt der Bildung der Nierenarterien eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (adaptiert) vorgenommen werden könne, fest, es könne aktuell eine psychosomatische Genese der Beschwerden angenommen werden. Aus bidisziplinärer Sicht wäre ein Arbeitsversuch über ca. zwei Wochen zu 50 % mit der Option, danach die Arbeitsfähigkeit auf 100 % zu erhöhen, ab

sofort zu starten. Dem psychiatrischen Tätigkeitsprofil von Dr. R._____ sei aus allgemeinmedizinischer Sicht nichts hinzuzufügen. Hinsichtlich des Berichts von Dr. N._____ würden sich aus versicherungsmedizinischer Sicht keine neuen Erkenntnisse ergeben (KTG-act. 9 S. 494 f.). - Mit Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 12. Dezember 2023 bestätigte Dr. L._____ eine Arbeitsunfähigkeit vom 1. Dezember 2023 bis 20. Januar 2024 (KTG-act. 9 S. 559). - Dr. N._____ bestätigte am 12. Dezember 2023 eine Arbeitsunfähigkeit bis 31. Dezember 2023 (KTG-act. 9 S. 561).

C-6975/2024 Seite 24 - Mit Schreiben vom 8. Januar 2024 führte Dr. L._____ zuhanden der Krankentaggeldversicherung ergänzend aus, der Versicherte sei vor allem belastet durch die immer wieder auftretenden massiven Blutdruckentgleisungen welche trotz Konsultation mehrerer internistischer Fachärzte bisher nicht ausreichend stabilisiert werden konnten. Es bestünde weiterhin eine Depression mit Angststörung (ICD-10 F41.3). Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht unverändert zu 100 % arbeitsunfähig, dies zumindest bis März 2024. Der Versicherte befände sich in einer schlechten seelischen Verfassung, die psychophysische Belastbarkeit sei erheblich reduziert und es komme bereits bei leichten Belastungen sowie spontan immer wieder zu vegetativen Symptomen mit ausgeprägten Blutdruckentgleisungen. Es sei eine stationäre Rehabilitationsbehandlung hinsichtlich der internistischen Problematik wie auch der psychiatrischen Erkrankung indiziert, wobei eine Kostenübernahme von Versicherungsseite bisher abgelehnt worden sei (act. 56; KTG-act. 9 S. 584 ff.). - Mit kardiologischer Kurzbeurteilung vom 22. Januar 2024, datierend vom 7. Februar 2024, hielt Dr. T._____, Facharzt FMH für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zusammengefasst paroxysmale Blutdruckspitzen, eventuell im Rahmen einer psychischen Begleiterkrankung und eine medikamentös fraglich therapierefraktäre arterielle Hypertonie fest. Es handle sich um einen aussergewöhnlichen Fall. Eine sekundäre, organisch bedingte arterielle Hypertonie könne komplett ausgeschlossen werden. Es erstaune, dass die medikamentöse Therapie keine anhaltende Normalisierung des Blutdruckniveaus erreichen konnte. Ein extremes Dipping der BD-Werte in den Nachtmessungen deute auf eine massive psychische Anspannung und adrenerge Stressbelastung am Tag hin. Eine Malcompliance bzw. fehlende Therapieadhärenz bezüglich der medikamentösen Therapie könne nicht ausgeschlossen werden. Die Prognose sei schlecht abschätzbar. Es stehe die optimale Behandlung der belastenden psychischen Situation im Vordergrund. Das ungewöhnlich schlechte oder stark schwankende Ansprechen einer ausgebauten, leitliniengerechten medikamentösen Therapie im ambulanten Setting sollte aufgrund des Schweregrads der Hypertonie unter stationären Bedingungen nochmals überprüft werden. Wenn eine Malcompliance bzw. fehlende Therapieadhärenz ausgeschlossen werden könne und auch eine anhaltende Stabilisierung der psychischen Situation keine Besserung bringen sollte, hätten die behandelnden Kardiologen eine perkutane renale Sympathikusdenervation zu evaluieren. Es

C-6975/2024 Seite 25 liege keine kardiale oder andere somatische Einschränkung vor, die eine Arbeitsunfähigkeit als Qualitätsmitarbeiter begründe. Eine berufliche psychische Stresssituation, wie sie auch im angestammten Beruf auftreten könne, könnte die RR-Situation zum Entgleisen bringen, dass hieraus eine Gesundheitsschädigung und Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Ein Wiedereinstieg sollte daher mit 50 % Arbeitsfähigkeit erfolgen. Aus kardiologisch somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer in keinen Tätigkeiten eingeschränkt. Bis zur Klärung der Ursachen des

Therapiemisserfolgs – und sollten die Blutdruckwerte tatsächlich auf dem aktuellen Niveau bleiben – sei der Beschwerdeführer in allen Tätigkeiten mit schwergradiger körperlicher Belastung und hoher psychisch-seelischer Belastung 100 % arbeitsunfähig (wegen möglicher anhaltender Blutdruckspitzen unter Belastung bzw. Gefahr einer hypertensiven Krise). In Tätigkeiten mit nur leichtgradiger körperlicher Belastung, vorwiegend sitzend, mit genügend Pausen und geringem Stressaufkommen bestände keine Einschränkung (KTG-act. 9 S. 622 ff.). - Gemäss der versicherungsmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch RAD-Ärztin Dr. med. U._____, Fachärztin für Neurologie und Anästhesiologie, vom 9. Februar 2024 über der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Qualitätsbeauftragter eine vorwiegend sitzende Tätigkeit aus, zumeist mit Koordination von Reklamationen und Sicherstellung von Kundenlieferungen sowie der Koordination der Nachbearbeitung von Teilen. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei dieser Firma sei er aus versicherungsmedizinischer Sicht zu 0 % arbeitsunfähig aufgrund der psychischen und sehr wahrscheinlich körperlichen Exazerbation seines Blutdrucks und der depressiv-ängstlichen Symptomatik. Es gebe keine somatisch-körperlichen Veränderungen oder kognitive Veränderungen, die eine Einschränkung begründen könnten in seiner Tätigkeit als Qualitätsbeauftragter bei einer anderen Arbeitgeberin oder einer anderen Tätigkeit unter bestimmten Adaptionsbedingungen. Es könne auf die psychiatrische Plausibilisierung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. R._____ abgestellt werden. Hinsichtlich Adaptionskriterien wurde festgehalten, geeignet seien überwiegende Routinetätigkeiten ohne Reizüberflutung (z.B. durch Multitasking oder anhaltend laute Hintergrundgeräusche) in reizarmer Umgebung, eine flexible Pausenplanung, überwiegend strukturierte Tätigkeiten und kein überwiegender Kundenkontakt. Es bestehe versicherungsmedizinisch-theoretisch eine gute Prognose in einer adaptierten Tätigkeit. Es gebe keine Hinweise für anhaltende Funktionseinschränkungen, die sich dauerhaft auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnten. Die Eingliederung

C-6975/2024 Seite 26 könne auch ohne weitere Berichte gestartet werden. Eine Wiedereingliederung sollte baldmöglichst erfolgen, um einer weiteren Chronifizierung und damit Arbeitsunfähigkeit entgegenzuwirken (act. 64 S. 5 f.). - Im Verlaufsbericht für die Zeit ab 26. Oktober 2023 führt Dr. N._____ am 16. April 2024 aus, der Gesundheitszustand sei seither stationär und die Diagnose habe sich nicht geändert. Es beständen unverändert paroxysmale Blutdruckentgleisungen und die antihypertensive Therapie werde fortgeführt. Die letzte Untersuchung habe am 20. September 2023 stattgefunden, danach eine telefonische Weiterbetreuung. Am

E. 4.3.2

Im Beschwerdeverfahren wurden die folgenden medizinischen Unterlagen eingereicht: - Gemäss einem Arztbericht des Instituts für Akutneurologie und Schlaganfall (IANS) des Krankenhauses I._____ vom 25. Oktober 2024 zum stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 20. Oktober 2024 bis 25. Oktober 2024 sei zusammenfassend die Aufnahme am 20. Oktober 2024 mit der Klinik eines vertebrobasilären Infarktes mit 9 Punkten im NIH-SS erfolgt. Nach Ausschluss von systemischen und bildgebenden Kontraindikationen sei eine Lysetherapie mit klinischer Besserung vorgenommen worden. Bei wahrscheinlich atherosklerotischer Basilarisstenose ohne Verschluss sei auf eine interventionelle Therapie des Infarktes verzichtet worden. Der Beschwerdeführer habe aufgrund der hochgradigen Stenose während fünf Tagen eine Therapie mit iv. Heparin

erhalten, worunter es zu keiner signifikanten Besserung der Stenose gekommen sei. Somit sei eine atherosklerotische Stenose anzunehmen. Der klinische Verlauf gestaltete sich als erfreulich. Der Beschwerdeführer habe zunehmend mobilisiert werden können. Er zeige bei der Entlassung noch ein fasziales Defizit linksseitig, eine leicht- bis mittelgradige Parese des linken Armes mit Absinken und Feinmotorikstörung und eine leichtgradige Parese des linken Beines. Für einige Schritte sei er bereits alleine mobil. Als Diagnosen bei Entlassung wurden eine vertebrobasiläre Ischämie punctum Maximum pontine rechts (ICD-10 I63.3; zusätzlich ACP-Stromgebiet links und zerebellär rechts, ätiologisch arterio-arteriell embolisch bei höchstgradiger Basilarisstenose auf atherosklerotischer Basis), eine ausgeprägte supraaortale und extra- und intrakranielle Gefässsklerose mit punctum Maximum an der Arteria basilaris mit höchstgradiger Basilarisstenose, eine therapieresistente arterielle Hypertonie (bisher ohne Hinweis auf sekundäre Genese), eine koronare 1-Gefäss-Erkrankung, eine hypertensive Herzerkrankung, eine

C-6975/2024 Seite 29 hypertensive Nephropathie, chronischer Nikotinabusus und eine Hypercholesterinämie genannt (Beilage zu BVGer-act. 6). - Dem Arztbrief des Krankenhauses J. _____, Abteilung für Neurologie, vom 30. Oktober 2024 ist zu entnehmen, dass die Übernahme von der IANS des Krankenhauses I. _____ zur weiteren medizinischen Betreuung und Diagnostik erfolgt sei. Bei Aufnahme habe beim Beschwerdeführer eine brachiofazial betonte Hemiparese links bestanden. Unter physio- und ergotherapeutischen sowie logopädischen Massnahmen habe sich erfreulicherweise eine Besserungstendenz gezeigt. Eine weiterführende nachsorgende Therapie im stationären Rahmen sei dem Beschwerdeführer nahegelegt worden, er habe aber eine zeitnahe Entlassung angestrebt. Während des stationären Aufenthalts sei bei anhaltend hypertensiven Blutdruckwerten eine Adaptierung der antihypertensiven Medikation erfolgt (Beilage zu BVGer-act. 6). - Gemäss Stellungnahme des RAD vom 19. Dezember 2024 bestand seit dem 1. Oktober 2023 eine Arbeitsfähigkeit unter adaptierten Bedingungen zu 100 %. Auf die Plausibilisierung des Kardiologen Dr. T. _____ vom 7. Februar 2024 könne versicherungsmedizinisch abgestützt werden, die Beschwerden und die Unterlagen seien aus damaliger Sicht ausreichend gewürdigt worden. Es sei nachvollziehbar geschlossen worden, dass aus kardiologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Auf die Plausibilisierung des Kardiologen Dr. S. _____ vom 13. Oktober 2023 könne versicherungsmedizinisch nicht abgestützt werden. Es handle sich um eine äusserst kurze Stellungnahme, deren Aussagen medizinisch nicht begründet würden, insbesondere nicht die Arbeitsunfähigkeit zu 100 %. Insgesamt seien die Aussagen medizinisch nicht nachvollziehbar, nicht schlüssig und nicht plausibel. Die für die Blutdruckschwankungen hauptsächlich verantwortliche psychiatrische Situation sei von ihm nicht gewürdigt worden. Bezugnehmend auf die eigene letzte Stellungnahme habe es am 9. Februar 2024 keine Anhaltspunkte für eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit unter adaptierten Bedingungen gegeben, in die neben der Würdigung der Arztbriefe und Berichte der Behandler auch die Plausibilisierung des Psychiaters Dr. R. _____ einflüsse, auf die abgestützt werden könne. Am 5. Juli 2024 sei aufgrund des sehr hohen Leidensdrucks des Beschwerdeführers, der wechselnden Behandler und der unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die Indikation für ein bidisziplinäres Gutachten gestellt worden.

C-6975/2024 Seite 30

Im Hinblick auf die Frage, ob die volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit zwischen dem 1. Oktober 2023 und dem 7. Oktober 2024 (Verfügungszeitpunkt) durchgehend

vorhanden gewesen sei, wird festgehalten, dass zum Zeitpunkt der letzten RAD-Stellungnahme vom 5. Juli 2024 aus versicherungsmedizinischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit letztlich nicht rechtssicher geklärt gewesen sei. Zur unabhängigen umfassenden Abklärung sollte ein bidisziplinäres Gutachten der Fachdisziplinen Kardiologie und Psychiatrie-Psychologie erfolgen. Am 20. Oktober 2024 sei es zum plötzlichen, akuten Auftreten einer Halbseitenschwäche links mit ausgeprägt hängendem Mundwinkel links und leicht undeutlicher Sprache gekommen. Im Krankenhaus I._____ sei umgehend bei vertebrobasilärem Infarkt auf dem Boden einer arterio-arteriellen Embolie einer arteriosklerotischen Basilarisstenose eine erfolgreiche Lyse erfolgt. Im Verlauf kam es zu einer kontinuierlichen Besserung der neurologischen Symptomatik. Es hätten sich generalisiert arterio-sklerotische Veränderungen der extra- und intrakraniellen Gefäße gezeigt, welche sich über lange Zeit vor dem Hintergrund der seit langer Zeit bestehenden arteriellen Hypertonie ausgebildet hätten. Den vorliegenden Arztbriefen und Berichten seien keine Erkrankungen oder Funktionseinbußen zu entnehmen, die zwischen dem 5. Juli 2024 und dem 20. Oktober 2024 neu aufgetreten sein könnten. Der Beschwerdeführer habe sich offenbar am 13. August 2024 arbeitsfähig gefühlt und seine neue Stelle im Vollzeitpensum am 1. September 2024 angetreten. Zum Zeitpunkt vom 1. bis 7. Oktober 2024 (recte: 1. September 2024 bis 7. Oktober 2024) scheine somit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vorgelegen zu haben, zumindest in adaptierter Tätigkeit. Es sei nicht bekannt, ob diese Arbeitsstelle adaptiert gewesen sei oder nicht.

Bei dem stattgefundenen Schlaganfall habe es sich letztlich um eine Folge der langjährigen arteriellen Hypertonie und zusätzlich der weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren Hypercholesterinämie, Übergewicht, gestörte Glukosetoleranz, familiäre Disposition und langjährigem Nikotinabusus sowie psychosozialer Stressfaktoren gehandelt. Die kardiovaskulären Risikofaktoren inklusive der arteriellen Hypertonie hätten zuvor keine überdauernden Funktionseinbußen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit verursacht. Es habe somit keinen Grund zur Annahme gegeben, dass die Aussagen des Beschwerdeführers und seine Selbsteinschätzung nicht stimmen könnten. Es habe keinen medizinisch begründeten Anlass gegeben, weitere medizinische Abklärungen durchzuführen oder an der Begutachtung festzuhalten (Beilage zu BVGer-act. 10).

C-6975/2024 Seite 31

E. 4.3.3

In Würdigung der erwähnten ärztlichen Berichte kann zusammenfassend festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer einerseits Diagnosen betreffend seine psychische Gesundheit und andererseits Diagnosen somatischer Natur gestellt wurden.

E. 4.3.3.1

In psychiatrischer Hinsicht steht aus Sicht des erstbehandelnden Psychiaters Dr. L._____ die Diagnose Depression mit Angststörung (ICD-10 F41.3) im Raum. Der neu behandelnde Dr. H._____ diagnostizierte diesbezüglich eine somatoforme Störung durch gemischte Angststörung und depressive Störung, eine ICD-10-Klassifikation wird nicht angegeben (act. 103). Dr. R._____ ging demgegenüber von einer Anpassungsstörung nach ICD-10 F43.2 aus und legte dar, dass bei teils deutlich überhöhter oder untypischer Beschwerdedarstellung anlässlich der Untersuchung die Beschwerdevalidierung mit symptomverstärkender Darstellung auffällig sei und verschiedene Funktionalitäten gegen

eine Symptomatik von Depression und Angst sprächen, die dauerhaft schwer oder mittelschwer vorliegen würde. Zudem schienen die geltend gemachten Einschränkungen überwiegend auf den Berufsbereich beschränkt zu sein. Damit fehlt es vorliegend bereits an der Voraussetzung einer klar gestellten psychiatrischen Diagnose als Ausgangspunkt für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mittels der Standardindikatoren. Auch fehlt es an einer eingehenden Prüfung der Indikatoren sowie an einer Gesamtbetrachtung unter Einbezug der somatischen Leiden. Ferner ist unklar, wie sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht seit der Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 15. Juni 2024 durch Dr. H. _____ betreffend eine Arbeitsunfähigkeit vom 15. Juni 2024 bis 15. Juli 2024 (act. 103) bis zum Verfügungserlass entwickelt hat. Es fehlt auch eine umfassende Befunderhebung in diesem Zeitraum, so dass keine abschliessende Beurteilung möglich ist. Unklar ist weiter, ob zusätzlich ein Suchtleiden (Alkohol) vorliegt (vgl. Arztbrief Krankenhaus I. _____ vom 15. März 2022).

E. 4.3.3.2

Aus somatischer Sicht stand in der Vergangenheit eine therapiereisistente arterielle Hypertonie (ICD-10 I25.1) im Zentrum. Diesbezüglich schien unklar, ob allenfalls eine sogenannte Malcompliance bzw. fehlende Therapieadhärenz vorliegen könnte. Fraglich ist, ob diesbezüglich weitere Abklärungen erfolgt sind, denn soweit ersichtlich erfolgte keine Bestimmung der Medikamentenspiegel im Blut oder eine kontrollierte Medikamentenabgabe. Allerdings ist auch während des letzten stationären Aufenthalts aufgrund anhaltend hypertensiver Blutdruckwerten eine Adaptierung der antihypertensiven Medikation erfolgt. Weiter ist unklar, ob und inwieweit die

C-6975/2024 Seite 32 arterielle Hypertonie Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hatte. Des Weiteren liegt eine Vielzahl weiterer Diagnosen – unter anderem eine koronare Eingefässerkrankung, eine hypertensive Herzkrankung und eine Hypercholesterinämie – vor, wobei an dieser Stelle auf die bereits gemachten Ausführungen verwiesen werden kann. Schliesslich erlitt der Beschwerdeführer nach Verfügungserlass am 20. Oktober 2024 einen vertebrobasilären Infarkt mit brachiofazial betonter Hemiparese links. Als Diagnosen bei Entlassung wurden zusätzlich zu bereits bekannten Diagnosen unter anderem eine vertebrobasiläre Ischämie punctum Maximum pontine rechts (ICD-10 I63.3) sowie eine ausgeprägte supraaortale und extra- und intrakranielle Gefässsklerose mit punctum Maximum an der Arteria basilaris mit höchstgradiger Basilarisstenose erwähnt. Gemäss diesbezüglicher Einschätzung des RAD vom 19. Dezember 2024 hätten sich die arterio-sklerotischen Veränderungen der extra- und intrakraniellen Gefässe über lange Zeit vor dem Hintergrund der seit Langem bestehenden arteriellen Hypertonie ausgebildet. Insbesondere gemäss Befund der K. _____ GmbH vom 14. Juni 2023 betreffend eine MR-Angiographie des Schädels hatte aber demgegenüber eine regelrechte Darstellung der Arteria basilaris ohne Nachweis von Kaliberirregularitäten/Stenosen oder Ektasien vorgelegen und auch die übrigen intrakraniellen Arterien hätten sich regelrecht dargestellt. Es fänden sich keine Gefässabbrüche, Stenosen oder Aneurysmata. Auch diesbezüglich sind im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers weitere Abklärungen angezeigt.

E. 4.3.4

In Übereinstimmung mit den Verfahrensbeteiligten ist mithin festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit multiplen Beschwerden psychischer und

somatischer Natur aufgrund der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilen lässt. Es ist insbesondere unklar, ob zwischen dem 1. Oktober 2023 (Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns) und dem 7. Oktober 2024 (Verfügungszeitpunkt) eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit durchgehend vorhanden gewesen war. Daher wäre zwecks unabhängiger und umfassender Abklärung der somatischen und psychischen Leiden und ihrer gesamthaften Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – trotz Mitteilung des Beschwerdeführers an die IV-Stelle E._____, am bidisziplinären Gutachten in den Fachbereichen Kardiologie und Psychiatrie nicht mehr teilnehmen zu wollen –, ein solches durchzuführen gewesen.

E. 4.3.5

Die medizinische Aktenlage erlaubt entsprechend keine rechtsgenügende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit

C-6975/2024 Seite 33 des Beschwerdeführers für die vorliegend relevanten Zeitperiode ab März 2022. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine IV-Rente hat.

E. 4.3.6

Bei dieser Sachlage kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden. Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermöglichen, erscheint, nach Aktualisierung des medizinischen Dossiers, die Durchführung einer interdisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich. Angezeigt erscheint eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie und Psychiatrie. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, 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 Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann, insbesondere wenn wie vorliegend erstmals interdisziplinär abgeklärt wird, sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen auch im Verlauf erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Dabei stellt sich insbesondere auch die Frage nach der Therapieadhärenz respektive Medikamentencompliance sowie die Frage, ob auch ein Suchtleiden (Alkohol) vorliegt. Die gutachterliche Beurteilung der psychischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat dabei in Anwendung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen (vgl. oben E. 3.8), wobei unter dem Indikator Komorbidität im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende somatische Störungen zu berücksichtigen sind (vgl. Urteil des BGer 9C_21/2017 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen.

E. 4.4

Die Vorinstanz ist anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten die Statusfrage rechtsgenügend abzuklären

C-6975/2024 Seite 34 und anschliessend eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen zur Klärung der Frage, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Qualitätsfachmann als auch in einer angepassten Tätigkeit wie auch – sofern der Beschwerdeführer im Haushalt tätig wäre – im Aufgabenbereich bzw. in Haushaltsaktivitäten bestehen. Eine allfällige Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Haushalt wird sich dabei auf substantiierte Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse zu stützen haben. Im Rahmen der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist insbesondere auch zu deren gesamten Verlauf seit spätestens 8. März 2022 (Datum der hypertensive Entgleisung) bis zum Gutachtenszeitpunkt Stellung zu nehmen.

E. 4.5

Die interdisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Dem Beschwerdeführer ist das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (Art. 72bis IVV; vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. 5. 5.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht nicht rechtsgenügend nachgekommen ist. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob, gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen (insbesondere erstmalige interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers) und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Es gibt vorliegend keinen Grund, vom entsprechenden lite

C-6975/2024 Seite 35 pendente gestellten Antrag der Vorinstanz, welchem sich auch der Beschwerdeführer angeschlossen hat, abzuweichen. 5.2 Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 7. Oktober 2024 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge. 6. 6.1 Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). 6.2 Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihm der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils

zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG). 6.3 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zulasten der Verwaltung für die ihm erwachsenen notwendigen Kosten. Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Hat die zu entschädigende Partei ihren Wohnsitz im Ausland, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). 6.3.1 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers machte in ihrer detaillierten Honorarnote vom 27. Januar 2025 (Beilage zu BVGer-act. 12) einen

C-6975/2024 Seite 36 Betrag von Fr. 2'364.20 geltend, bestehend aus einem Arbeitsaufwand von 7 Stunden und 35 Minuten zu einem Stundenansatz von Fr. 280.– (Fr. 2'123.35), Auslagen von pauschal 3 % bzw. Fr. 63.70 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 428.85 (8.10 %). 6.3.2 Der angeführte Stundenaufwand von 7 Stunden und 35 Minuten erscheint im vorliegenden Fall angemessen. Der Stundenansatz ist jedoch auf den im Bereich der Invalidenversicherung vor Bundesverwaltungsgericht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.– zu reduzieren (vgl. etwa Urteil des BVGer C-281/2023 vom 17. Juli 2023 mit Hinweisen). Damit ist das anwaltliche Honorar auf Fr. 1'895.85 festzusetzen. 6.3.3 Schliesslich ist hinsichtlich der Auslagen festzustellen, dass diese – sofern (wie vorliegend) keine besonderen Verhältnisse vorliegen – nicht pauschal in Prozent des Honorars geltend zu machen sind, sondern vielmehr auf den tatsächlich und notwendig entstandenen Aufwand abzustellen ist (Art. 9 i.V.m. Art. 11 VGKE; vgl. im Weiteren Urteil des BVGer C-6325/2013 vom 24. Oktober 2018 E. 8.2.2). Die geltend gemachten Barauslagen von Fr. 63.70 sind zwar nicht im Einzelnen aufgeschlüsselt, erscheinen jedoch mit Blick auf den Umfang der Eingaben samt Beilagen sowie der anfallenden Kosten für Kopien, Porto und Telekommunikation angemessen. 6.3.4 Nicht zu berücksichtigen ist die geltend gemachte Mehrwertsteuer, da der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz im Ausland hat und die an ihn erbrachten Dienstleistungen somit nicht der schweizerischen Mehrwertsteuer unterliegen (vgl. Art. 8 Abs. 1 MWSTG). 6.3.5 Zusammengefasst ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'959.55 (inkl. Auslagen, exkl. Mehrwertsteuer) zulasten der Vorinstanz zuzusprechen.

C-6975/2024 Seite 37

E. 5.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht nicht rechtsgenügend nachgekommen ist. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob, gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur

weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen (insbesondere erstmalige interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers) und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Es gibt vorliegend keinen Grund, vom entsprechenden lite pendente gestellten Antrag der Vorinstanz, welchem sich auch der Beschwerdeführer angeschlossen hat, abzuweichen.

E. 5.2

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 7. Oktober 2024 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 6.1

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

E. 6.2

Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihm der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.3

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zulasten der Verwaltung für die ihm erwachsenen notwendigen Kosten. Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Hat die zu entschädigende Partei ihren Wohnsitz im Ausland, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE).

E. 6.3.1

Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers machte in ihrer detaillierten Honorarnote vom 27. Januar 2025 (Beilage zu BVGer-act. 12) einen Betrag von Fr. 2'364.20 geltend, bestehend aus einem Arbeitsaufwand von 7 Stunden und 35 Minuten zu einem Stundenansatz von Fr. 280.- (Fr. 2'123.35), Auslagen von pauschal 3 % bzw. Fr. 63.70 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 428.85 (8.10 %).

E. 6.3.2

Der angeführte Stundenaufwand von 7 Stunden und 35 Minuten erscheint im vorliegenden Fall angemessen. Der Stundenansatz ist jedoch auf den im Bereich der

Invalidenversicherung vor Bundesverwaltungsgericht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.- zu reduzieren (vgl. etwa Urteil des BVGer C-281/2023 vom 17. Juli 2023 mit Hinweisen). Damit ist das anwaltliche Honorar auf Fr. 1'895.85 festzusetzen.

E. 6.3.3

Schliesslich ist hinsichtlich der Auslagen festzustellen, dass diese - sofern (wie vorliegend) keine besonderen Verhältnisse vorliegen - nicht pauschal in Prozent des Honorars geltend zu machen sind, sondern vielmehr auf den tatsächlich und notwendig entstandenen Aufwand abzustellen ist (Art. 9 i.V.m. Art. 11 VGKE; vgl. im Weiteren Urteil des BVGer C-6325/2013 vom 24. Oktober 2018 E. 8.2.2). Die geltend gemachten Barauslagen von Fr. 63.70 sind zwar nicht im Einzelnen aufgeschlüsselt, erscheinen jedoch mit Blick auf den Umfang der Eingaben samt Beilagen sowie der anfallenden Kosten für Kopien, Porto und Telekommunikation angemessen.

E. 6.3.4

Nicht zu berücksichtigen ist die geltend gemachte Mehrwertsteuer, da der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz im Ausland hat und die an ihn erbrachten Dienstleistungen somit nicht der schweizerischen Mehrwertsteuer unterliegen (vgl. Art. 8 Abs. 1 MWSTG).

E. 6.3.5

Zusammengefasst ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'959.55 (inkl. Auslagen, exkl. Mehrwertsteuer) zulasten der Vorinstanz zuzusprechen.

E. 8

März 2022 einen Herzinfarkt erlitten. Die vorgesehene Arbeitsaufnahme per 3. April 2023 sei gescheitert, da sein Blutdruck entgleist sei und in der Folge nicht habe stabil eingestellt werden können. Am 18. April 2023 habe er sich bei der Invalidenversicherung angemeldet und im Februar 2024 habe ein Gespräch betreffend berufliche Massnahmen stattgefunden. Nachdem er sich nicht in der Lage gefühlt habe, an beruflichen Massnahmen mitzuwirken, sei die Eingliederung abgebrochen worden. Im Juli 2024 habe die Vorinstanz angekündigt, es sei eine bidisziplinäre medizinische Untersuchung vorgesehen, um den Sachverhalt und insbesondere den Rentenanspruch zu klären. Unterdessen habe der neu behandelnde Spezialarzt seinen Blutdruck einstellen können und er habe per 1. September 2024 eine neue Arbeitsstelle antreten können. Die Vorinstanz habe in der Folge einen ablehnenden Vorbescheid erlassen und diesen mit Verfügung vom 7. Oktober 2024 bestätigt. Bereits am 20. Oktober 2024 habe er aufgrund der vorbestehenden gesundheitlichen Beschwerden, insbesondere des hohen Blutdrucks, einen Schlaganfall erlitten. Bis heute sei er in medizinischer Behandlung und arbeitsunfähig. Das Wartejahr habe bereits am 8. März 2022 mit dem Herzinfarkt begonnen. In der Folge sei er bis Ende August 2024 wegen psychischer Probleme und insbesondere aufgrund extrem hoher Blutdruckwerte, die nicht hätten eingestellt werden können, in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Er habe am 1. September 2024 versucht, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen, habe aber innert Kürze einen massiven gesundheitlichen Rückfall erlitten. Es müsse davon ausgegangen werden, dass er am 1. September 2024 nicht

C-6975/2024 Seite 13 arbeitsfähig gewesen sei. Die Arbeitsaufnahme sei als missglückter Arbeitsversuch zu qualifizieren. Die Vorinstanz sei ihrer Untersuchungspflicht nicht nachgekommen, insbesondere indem sie das vorgesehene Gutachten ohne weitere

Abklärungen nicht durchgeführt habe. Er hätte weiter zu- mindest einen befristeten Rentenanspruch gehabt, da er bei Ablauf des Wartejahres immer noch zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig gewesen sei. Nachdem sich sein Gesundheitszustand kürzlich (am 20. Oktober 2024) wieder massiv verschlechtert habe, lägen die aktuellen Arztberichte noch nicht vor. Zwecks allfälliger Ergänzung der Beschwerde und Nachrei- chung weiterer Abklärungsergebnisse werde um einen zweiten Schriften- wechsel gebeten (BVGer-act. 1).

E. 11

Februar 2024 habe er seine Betreuung des Patienten für beendet erklärt. Im Weiteren verwies er auf seine medizinische Beurteilung vom 26. Oktober 2023 (act. 95 S. 2f.). - Dr. L. _____ führt in seinem Bericht vom 22. April 2024 zum Verlauf seit dem Bericht vom 8. Januar 2024 aus, es habe sich in psychiatri- scher Hinsicht seither keine relevante Veränderung ergeben. Eine Kos- tenübernahme für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung sei abge- lehnt worden. Betreffend den psychopathologischen Befund sei die Stimmung depressiv, der Antrieb eher gesteigert, im Affekt labil. Es bestehe eine Neigung zum Grübeln und eine Durchschlafstörung. Der Ge- dankenduktus sei formal intakt, inhaltlich auf negative Inhalte, vor allem die kardiologische Problematik, zentriert. Es lägen keine darüberhinaus- gehende inhaltliche Denkstörungen und kein Hinweis für kognitive Stö- rungen vor. Die allgemeine psychophysische Belastbarkeit sei reduziert, er sei schnell ermüdbar. Bei bereits mässiger körperlicher oder mentaler Belastung könnten vegetative Symptome auftreten und vor allem die Blutdruckschwankungen verschlechtert werden. Es bestehe aus psychi- atrischer Sicht weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Tä- tigkeit als Qualitätsfachmann. Eine theoretische ideal adaptierte Tätig- keit wäre zu 50 % denkbar und müsste wie folgt aussehen: körperlich und psychisch nur leichte Arbeiten, durchschnittlicher Zeitdruck, keine Nachtarbeit, keine Wechselschicht, keine hoher psychischer Druck (bei- spielsweise konflikträchtige Tätigkeiten), keine Arbeitstätigkeiten mit hohen Anforderungen an Aufmerksamkeit und Konzentration, nicht mehr als gelegentlicher Kundenkontakt, keine Arbeitstätigkeiten, welche besondere Teamfähigkeiten erfordern und keine besondere Exposition gegenüber Lärm. Die Prognose sei derzeit ungünstig und es werde sich in psychiatrischer Hinsicht in den nächsten Monaten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine relevante Veränderung ergeben. Die Erkrän- kung zeige nun eine deutliche Chronifizierungstendenz. Ungünstig sei

C-6975/2024 Seite 27 die Kombination von Depressionen und Ängsten mit einer manifesten kardinalen Erkrankung, welche internistischerseits offensichtlich nicht ausreichend stabilisiert werden könne (act. 96 S. 2 ff.). - Dr. M. _____ verweist in seinem der Vorinstanz am 13. Mai 2024 ein- gereichten Arztbericht betreffend Befunde und Diagnosen grundsätzlich auf seinen Arztbericht vom 21. November 2022. Die letzte Konsultation sei am 11. März 2024 erfolgt. Hinsichtlich Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit läge eine therapieresistente arterielle Hypertonie vor. Die Prognose hinsichtlich Arbeitsfähigkeit sei ungewiss. Fragen hin- sichtlich aktueller Tätigkeit, Funktionseinschränkungen, Ressourcen, zumutbarer Arbeitsstunden pro Tag in der bisherigen Tätigkeit und Aus- mass der Einschränkung bei Aufgaben im Haushalt könnten nicht be- antwortet werden. Die Prognose zur Eingliederung sei günstig. Die the- rapieresistente Hypertonie und die hypertensiven Entgleisungen stän- den einer Eingliederung im Weg (act. 99 S. 3 ff.). - Gemäss psychiatrischem Befundbericht vom 3. Juni 2024 von Dr. H. _____, neu behandelnder Psychiater seit dem 16. Mai 2024, wird

eine somatoforme Störung durch gemischte Angststörung und depressive Störung diagnostiziert (act. 104). Mit Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 15. Juni 2024 wurde der Versicherte durch Dr. H. _____ vom 15. Juni 2024 bis 15. Juli 2024 als arbeitsunfähig gemeldet (act. 103). - Am 3. Juni 2024 berichtete Dr. F. _____, Abteilung für Innere Medizin, Krankenhaus G. _____, der Versicherte sei zur Einholung einer Drittmeinung bei nicht einstellbarem arteriellen Hypertonus vorstellig geworden. Bisher hätten alle Abklärungen betreffend sekundäre Hypertonie einen unauffälligen Befund ergeben. In den mitgebrachten Blutdruckaufzeichnungen würde sich vor allem am Morgen und Vormittag ein deutlich erhöhter Blutdruck zeigen. Abends bzw. am Nachmittag zeigten sich teilweise hypotensive Blutdruckwerte. Aufgrund dieser Blutdruckwerte sei der Versicherte aktuell noch im Krankenstand. In der durchgeführten Echokardiographie und im EKG vom selben Tag hätten sich eine Linksventrikel-Hypertrophie und im Labor eine ausgeprägte Hypercholesterinämie gezeigt (act. 105). - In der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. U. _____ vom 5. Juli 2024 wurde zusammenfassend festgehalten, es bestehe beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte Fokussierung auf seine kardiale Symptomatik.

C-6975/2024 Seite 28 Der Fokus der Behandlungen liege nach einem Wechsel des behandelnden Kardiologen und des behandelnden Psychiaters auf der Medikation und den Blutdruckwerten. Daher habe der aktuelle Psychiater eine durch Ängste und Depressionen hervorgerufenen somatoforme Störung diagnostiziert. Es bestehe ein chronifiziertes Zustandsbild bei sehr hohem Druck und sehr hoher Belastung mit sehr hoher Anspannung. Es sei erforderlich, dass der Gesundheitszustand sowie die zumutbare Arbeitsfähigkeit aktuell und im Verlauf von unabhängiger Stelle mittels bidisziplinärem Gutachten (Kardiologie [innere Medizin] und Psychiatrie/Psychologie) umfassend beurteilt werde (act. 114 S. 4 ff.).

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