



## Urteil vom 19. November 2024

---

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richter Vito Valenti, Richter David Weiss,  
Gerichtsschreiberin Anja Valier.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Österreich),  
vertreten durch Urs Kröppli, Fürsprecher, S-E-K Advokaten,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

IV, Invalidenrente, Neuanmeldung;  
Verfügung der IVSTA vom 26. November 2021.

**Sachverhalt:****A.**

A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), geboren am (...) 1961, österreichischer Staatsangehöriger, verheiratet seit 2010, Vater dreier Kinder, wohnhaft in (...)/Österreich, arbeitete gemäss Auszug aus dem Individuellen Konto von 1992 bis 2019 als Grenzgänger in der Schweiz und leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung (Akten der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ [IV B.\_\_\_\_\_ -act.] 3, 4, 13).

**B.**

Im 14. August 1991 erlitt der Versicherte einen Autounfall mit Verletzungen der Halswirbelsäule, die operativ mittels Versteifung behandelt werden mussten. Von der C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend C.\_\_\_\_\_) erhielt er in der Folge eine Invalidenrente von 10% zugesprochen. Von der Invalidenversicherung des Kantons D.\_\_\_\_\_ wurde er, auf Stellen eines Leistungsgesuchs hin, in den Jahren 1992 bis 1995 vom Maschinenschlosser zum technischen Kaufmann umgeschult. Ab Mai 1997 arbeitete er als Einkäufer AVOR (Arbeitsvorbereitung) für die Firma E.\_\_\_\_\_ in (...), Kanton B.\_\_\_\_\_. Im Dezember 2002 erlitt er einen ersten Herzinfarkt, der operativ mit Stenting versorgt wurde. Der Versicherte konnte danach die Arbeit beim bisherigen Arbeitgeber uneingeschränkt fortsetzen (IV B.\_\_\_\_\_ -act. 1 f., 128 S. 5 f.; Akten der C.\_\_\_\_\_ [C.\_\_\_\_\_ -act.] 3, 12).

**C.**

**C.a** Im Oktober 2019 wurde der Versicherte wegen Bauchschmerzen von seinem Hausarzt an einen Gastroenterologen überwiesen, der am 17. Oktober 2019 einen Lungenkrebs im rechten Unterlappenbronchus mit Metastasen in der Leber diagnostizierte. Nach weiteren Untersuchungen, der Punktierung einer grossen Leberzyste am 25. Oktober 2019 im Landeskrankenhaus (...) und einer Chemotherapie am 13. November 2019 (ebenfalls durchgeführt im Landeskrankenhaus [...]), die der Versicherte danach wegen Nichtvertragens abbrach, ergaben Nachuntersuchungen im Februar 2020 ein deutliches Abklingen der Krebserkrankung (IV B.\_\_\_\_\_ -act. 18 S. 5, 18 S. 7, 18 S. 9, 18 S. 28, 80 S. 9; Akten der F.\_\_\_\_\_ [F.\_\_\_\_\_ -act.] 2 S. 34, 2 S. 83, 2 S. 107, 2 S. 119).

**C.b** Am 26. März 2020 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons B.\_\_\_\_\_ (nachfolgend IV-Stelle B.\_\_\_\_\_) zum Leistungsbezug (berufliche Integration/Rente) an und machte vollständige

Arbeitsunfähigkeit vom 7. Oktober 2019 bis 1. Mai 2020 geltend (IV B. \_\_\_\_\_-act. 3). Die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ führte in der Folge Abklärungen in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Hinsicht durch und eröffnete dem Versicherten mit Beschluss vom 7. August 2020, dass Eingliederungsmassnahmen aufgrund der gesundheitlichen Situation nicht möglich seien und der Anspruch auf eine Rentenleistung geprüft werde (IV B. \_\_\_\_\_-act. 28).

**C.c** Mit Stellungnahme vom 2. März 2021 teilte die Ärztin des RAD (...) mit, die medizinische Sachlage sei unklar, da sich der Versicherte weder einer onkologischen noch kardiologischen (Nach-) Behandlung unterziehe, und müsse weiter abgeklärt werden. Sie empfahl die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie und Psychiatrie (IV B. \_\_\_\_\_-act. 57). Am 26. August 2021 erstattete die G. \_\_\_\_\_ ag in B. \_\_\_\_\_ ihr Gutachten, gestützt auf persönliche Untersuchungen am 30. Juni 2021 in den genannten Fachrichtungen. Die Gutachter schlossen auf einen deutlich verbesserten Gesundheitszustand und attestierten dem Versicherten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit als technischer Kaufmann ab Januar 2020 (IV B. \_\_\_\_\_-act. 81). In ihrer Stellungnahme vom 30. August 2021 bestätigte die Ärztin des RAD (...) die Ergebnisse des Gutachtens, ging aber von einer wiedererlangten Arbeitsfähigkeit (nach abgebrochener Chemotherapie) ab März 2020 aus (IV B. \_\_\_\_\_-act. 82).

**C.d** Mit Vorbescheid vom 1. September 2021 teilte die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ dem Versicherten mit, sie beabsichtige, das Leistungsbegehren abzuweisen. Aufgrund der Akten sei er ab 7. Oktober 2019 vorübergehend nicht arbeitsfähig gewesen, habe jedoch in seiner Tätigkeit als Sachbearbeiter gemäss gutachterlicher Beurteilung im März 2020 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangt (IV B. \_\_\_\_\_-act. 86). Gegen den Vorbescheid erhob der Versicherte am 4. Oktober 2021 einen Einwand und legte diesem eine Stellungnahme seiner Ehefrau und verschiedene Arztberichte bei (IV B. \_\_\_\_\_-act. 100). Die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ unterbreitete die neu eingereichten Unterlagen – auf Empfehlung der Ärztin des RAD (...) vom 11. Oktober 2021 hin – wiederum der Gutachterstelle. Mit ergänzender Stellungnahme vom 16. November 2021 hielten die Gutachter der G. \_\_\_\_\_ ag fest, es ergäben sich keine Änderungen an der interdisziplinären Beurteilung (IV B. \_\_\_\_\_-act. 114). Die Ärztin des RAD (...) wiederum hielt am 17. November 2021, nach Kenntnisnahme der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme, an ihrer Beurteilung vom 30. August 2021

fest (IV B. \_\_\_\_\_-act. 115). Mit Verfügung vom 26. November 2021 eröffnete die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA oder Vorinstanz) dem Versicherten, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde. Die gesundheitliche Situation habe sich im März 2020 deutlich verbessert. Die Tumorsituation sei stabil und es seien keine Therapien notwendig. Der beschriebene depressive Psychostatus wiederum sei reaktiv auf den negativen Rentenentscheid (IV B. \_\_\_\_\_-act. 119, 127). Am 9. Dezember 2021 teilte die Deutsche Rentenversicherung mit, sie gewähre dem Versicherten eine Invalidenrente ab 1. Mai 2021 (IV B. \_\_\_\_\_-act. 124).

#### **D.**

**D.a** Mit Eingabe vom 11. Januar 2022 erhob der Beschwerdeführer vor Bundesverwaltungsgericht Beschwerde gegen die abweisende Leistungsverfügung der IVSTA vom 26. November 2021 und beantragte die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab 1. Oktober 2020, unter Auflage der Verfahrenskosten an die Vorinstanz und Zusprache einer angemessenen Parteientschädigung (Akten des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer-act.] 1).

**D.b** Am 27. Februar 2022 leistete der Beschwerdeführer den ihm mit Zwischenverfügung vom 18. Januar 2022 auferlegten Kostenvorschuss von Fr. 800.– (BVGer-act. 3-5).

**D.c** Mit Vernehmlassung vom 8. April 2022 stellte die Vorinstanz den Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Zur Begründung verwies sie auf die beiliegende Stellungnahme der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ vom 29. März 2022 (BVGer-act. 9).

**D.d** Mit Replik vom 20. Mai 2022 hielt der Beschwerdeführer an seinen mit Beschwerde gestellten Anträgen fest (BVGer-act. 11).

**D.e** Die IVSTA wiederum hielt mit Duplik vom 10. Juni 2022 an ihren vernehmlassungsweise gestellten Anträgen fest und übermittelte gleichzeitig die Eingabe der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ vom 7. Juni 2022, die ihrerseits auf eine weitere Stellungnahme verzichtete (BVGer-act. 13).

**D.f** Am 15. Juni 2022 brachte der Instruktionsrichter dem Beschwerdeführer die Duplik der IVSTA inkl. Eingabe der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ zur Kenntnis und schloss den Schriftenwechsel ab (BVGer-act. 14).

**D.g** Am 8. Februar 2023 übermittelte die Vorinstanz dem Bundesverwaltungsgericht eine Kopie des Rentenbescheids der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt der Landesstelle (...) vom 27. Januar 2023, wonach gemäss neuerlicher ärztlicher Begutachtung wieder eine Arbeitsfähigkeit bestehe und die gewährte Invaliditätspension deshalb zu entziehen sei, zur Kenntnis (BVGer-act. 15).

**D.h** Am 5. Juli 2024 ersuchte der Instruktionsrichter die Vorinstanz um Nachreichung der medizinischen Akten der H. \_\_\_\_\_, die zur Gewährung einer Rente ab 1. Mai 2021 geführt hätten (BVGer-act. 16). Diese wurden dem Bundesverwaltungsgericht am 15. August 2024 zugestellt und am 12. September 2024 dem Beschwerdeführer zur Kenntnis gebracht (BVGer-act. 17 f.).

## **E.**

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird – soweit erforderlich – im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

## **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung der Vorinstanz durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **2.**

**2.1** Zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern ist die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer

Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

**2.2** Der Beschwerdeführer war Grenzgänger und hatte seine letzte Arbeitsstelle bei der Firma E. \_\_\_\_\_ in (...), Kanton B. \_\_\_\_\_ (s. Bst. A/B). Er wohnt zudem im grenznahen (...), Österreich. Somit hat er sich zu Recht bei der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ zum Leistungsbezug angemeldet und hat diese die Abklärungen zum Leistungsgesuch vorgenommen. Gemäss den Ausführungen in E. 2.1 ist auch der Erlass der Rentenverfügung durch die IVSTA bzw. die Eröffnung durch sie nicht zu beanstanden.

### **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger. Aufgrund seines Wohnsitzes in Österreich besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb 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), zu beachten sind. 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).

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

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach in Kraft treten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen

die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zur Anwendung (vgl. auch Kreisschreiben des I. \_\_\_\_\_ über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010).

Ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers konnte vorliegend frühestens am 1. September 2020 (sechs Monate nach Stellen des Rentengesuchs, vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) entstehen. Zudem erging die angefochtene Verfügung am 26. November 2021. Das Rentengesuch ist daher nach den bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen zu prüfen. Auf diese Bestimmungen wird nachfolgend verwiesen.

**3.3** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügungen (hier: 26. November 2021) eingetretenen Sach-verhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Ver-waltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.4** Nachdem vorliegend ein früheres Leistungsgesuch mit der Gewährung einer halben Rente vom 15. April bis 31. Oktober 1992 und der Gewährung beruflicher Massnahmen in Form der Umschulung zum technischen Kaufmann bis 1995 durch die damals zuständige IV-Stelle des Kantons D. \_\_\_\_\_ (Verfügungen vom 7. September 1992, 27. Mai 1993, 24. Mai 1994, 28. Dezember 1994 und 19. Juni 1995; IV B. \_\_\_\_\_-act. 1 f.) abgeschlossen wurde, handelt es sich beim Gesuch vom 20. März 2020 nicht um eine Neuanschuldung (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 581/05 vom 6. Januar 2006 E. 4.3). Dies erschliesst sich auch daraus, dass dem früheren Leistungsbegehren mit der Umschulung zum technischen Kaufmann entsprochen wurde (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.6 e contrario). Deshalb ist nachfolgend nicht zu prüfen, ob die Voraussetzungen für ein Eintreten auf das Rentengesuch nach Art. 87 Abs. 3 IVV gegeben sind. Ohnehin ist die Vorinstanz vorliegend auf die Anmeldung vom 30. März 2020 eingetreten und hat in materieller Prüfung der geltend gemachten gesundheitlichen Einschränkungen das Leistungsgesuch abgewiesen.

#### 4.

**4.1** Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Der Beschwerdeführer weist gemäss Auszug aus dem Individuellen Konto (IK) vom 6. April 2020 Versicherungszeiten von Oktober 1992 bis Dezember 2019 (mit einem geringfügigen Unterbruch im Jahre 1997; vgl. IV B. \_\_\_\_\_-act. 13) auf, womit die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist. Zu prüfen bleibt nachfolgend, ob der Beschwerdeführer invalid im Sinne des ATSG ist.

**4.2** 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).

**4.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c).

**4.4** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn

sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie – wie der Beschwerdeführer – in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

**4.5** 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.

#### **4.6**

**4.6.1** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt 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 arbeitsunfähig 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 Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

**4.6.2** 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). Auf Berichte des RAD kann rechtsprechungsgemäss nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7; Urteil des BGer 9C\_743/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1).

**4.7** 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) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). 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 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) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

## 5.

**5.1** Die angefochtene Verfügung der IVSTA stützt in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten der G. \_\_\_\_\_ ag vom 26. August 2021, die ergänzende Stellungnahme der Gutachter vom 16. November 2021 und die Stellungnahmen der Ärztin des RAD (...) vom 30. August 2021, 11. Oktober 2021 und 17. November 2021 ab (IV B. \_\_\_\_\_ -act. 81, 82, 101, 114, 115). In der angefochtenen Verfügung führte die IVSTA aus, der Beschwerdeführer sei als Sachbearbeiter seit 7. Oktober 2019 (recte: 16. Oktober 2019; vgl. dazu Bst. C.a, Arztzeugnis des Gastroenterologen vom 17. Oktober 2019

[IV B. \_\_\_\_\_-act. 18 S. 7] und Arbeitsunfähigkeitszeugnis des Hausarztes vom 17. Oktober 2019 [F. \_\_\_\_\_-act. 2 S. 13]) vorübergehend nicht arbeitsfähig gewesen. Gemäss Gutachten der G. \_\_\_\_\_ag und Beurteilung des RAD (...) bestehe aber seit März 2020 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster (körperlich leicht bis intermittierend mittelschwer, ohne Nachtschichten) Tätigkeit. Damit liege keine Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor, die Wartefrist ab dem 7. Oktober 2019 (recte: 16. Oktober 2019) während eines Jahres sei auch nicht erfüllt und es bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen. Den im Einwandverfahren eingereichten Berichten der behandelnden Ärzte könne entnommen werden, dass die Tumorsituation stabil sei und derzeit keine lokalen oder systemischen Therapien notwendig seien. Von allen Behandlern werde (jedoch) der psychische Zustand als beeinträchtigt wahrgenommen. Es sei von psychovegetativer Labilität und Panikattacken die Rede. Die Kommunikation der Diagnose und die onkologische Behandlung habe den Beschwerdeführer nachhaltig traumatisiert. Der Psychiater Dr. J. \_\_\_\_\_ beschreibe ein depressives Zustandsbild bei einem misstrauischen Patienten, der seine Ängste offenbar hinter einer freundlichen und unkompliziert wirkenden Fassade verberge; der beiliegende ausführliche Bericht der Ehefrau zeichne aber ein anderes Bild. Die Gutachter hätten sich deshalb ergänzend zu diesen Berichten geäussert. Der vom Psychiater Dr. J. \_\_\_\_\_ beschriebene depressive Psychostatus habe situativen, reaktiven Charakter und sei damit erklärt, dass die gutachterliche Beurteilung nicht wie erhofft ausgefallen sei. Diese orientiere sich aber bekanntermassen an den objektivierbaren Befunden und festgestellten funktionellen Einschränkungen, welche im vorliegenden Fall bei stabiler Tumorsituation keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit hätten (IV B. \_\_\_\_\_-act. 119 S. 3).

**5.2** Der Beschwerdeführer wendet in seiner Beschwerde dagegen ein, dass das Gutachten unvollständig sei, da keine Abklärungen betreffend die invaliditätsbegründenden und bildgebend nachgewiesenen Gesundheitsbeschwerden, die zu einer Rente der Unfallversicherung seit 1991 geführt hätten, erfolgt seien. Eine blosser Rückweisung zur Ergänzung vermöge nicht zu genügen, da die Gefahr bestehe, dass nur der bisherige Standpunkt unter nachträglichem Einbezug der versäumten Fachdisziplin weitergehend verteidigt werde. Dazu verweist er auf die Urteile des BGer 8C\_35/2014 vom 16. Juni 2014 E. 2.3 und 8C\_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6.2, 8C\_276/2016 E. 5.1). Zu den Teilgutachten führt er aus, der behandelnde Kardiologe gehe aufgrund der Infarktfolgen von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus, der Teilgutachter schliesse aber auf volle

Arbeitsfähigkeit. Die behandelnden Fachärzte bestätigten (insgesamt) eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 7. Oktober 2019, deshalb sei die Gutachterbeurteilung, wonach eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, nicht nachvollziehbar (BVGer-act. 1).

Mit Replik vom 20. Mai 2022 ergänzte er, dass sich weder die Beschwerdegegnerin noch die IV-Gutachter mit den invalidisierenden somatischen Unfallfolgen auseinandergesetzt hätten. Es genüge zudem nicht, auf seinen Hinweis auf Unvollständigkeit der medizinischen Aktenlage einzig eine Mitteilung der rentenleistungspflichtigen C.\_\_\_\_\_ zu den Akten zu nehmen, wonach Akten des Unfallversicherers vor dem Jahr 1999 nicht mehr vorhanden seien. Ob sodann der Beschwerdeführer nach erfolgreicher Umschulung während Jahren erfolgreich die Resterwerbsfähigkeit verwertet habe, sei für die revisionsweise Beurteilung des aktuellen Leistungsbegehrens nicht ausschlaggebend. Angesichts der zwischenzeitlichen Veränderung der Gesundheit mit zur Neuankündigung führender Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2019 sowie kardiologischem Rückfall im Jahr 2020 habe sich die Gesundheit richtungsgebend verändert und sei das Leistungsbegehren ohne Bindung an vorangegangene Erkenntnisse umfassend neu zu prüfen (BVGer-act. 11).

**5.3** Die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ führte im Rahmen der Vernehmlassung in ihrer Stellungnahme vom 29. März 2022 dazu aus, das Gutachten sei vollständig und das kardiologische Teilgutachten sei schlüssig: Im Landeskrankenhaus (...) sei eine 95%ige LAD-Stenose und eine 90% Stenose des RD1 und eine medial hochgradige 96%ige Stenose CX, mit erfolgter Stentversorgung und gutem postinterventionellem Ergebnis, festgestellt worden. Die aktuelle linksventrikuläre Pumpfunktion sei im Normbereich. Der Beschwerdeführer sei derzeit wieder gut leistungsfähig, gehe jeden Tag ins Fitnessstudio, Joggen, Velofahren und mit den Hunden über mehrere Stunden laufen (vgl. Gutachten S. 31). Der kardiologische Gutachter stelle fest, dass sich aus kardiologischer Sicht eine koronare Herzerkrankung mit zweimaligem Infarktgeschehen und jeweils gutem postinterventionellem Ergebnis sowie guter körperlicher Belastbarkeit im Alltag finde (Gutachten S. 31). Insgesamt wirke der Beschwerdeführer zehn Jahre jünger als sein biologisches Alter (vgl. Gutachten S. 30). Aus dem kardiologischen Teilgutachten ergebe sich sodann nachvollziehbar eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit, wobei auch Arztberichte der behandelnden Ärzte einbezogen würden. Aus dem Arztbericht von Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2021 lasse sich gemäss Beurteilung des RAD (...) vom 11. Oktober 2021 keine Verschlechterung ableiten. Die Aussagen in seinem

Bericht vom 22. Dezember 2021 erfolgten fachfremd und es fehle an objektiven Befunden. Zur Unvollständigkeit der Beurteilung wegen des Unfalls und der Berentung durch die C.\_\_\_\_\_ führte sie Folgendes aus: Aus den Akten ergebe sich, dass der Beschwerdeführer am 14. August 1991 einen Autounfall mit Halswirbelfrakturen im Bereich HWS 6/7 erlitten habe und Operationen zur Versteifung notwendig gewesen seien. Es sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bis zum Eintritt des neuen Gesundheitsschadens im Oktober 2019 und somit über einen Zeitraum von über 20 Jahren ohne Einschränkungen als technischer Kaufmann tätig gewesen sei. Er habe somit nach der erfolgreichen Umschulung eine neue Validenkarriere gestartet, diese sei somit als angestammte Tätigkeit anzusehen (Urteil des BGer 8C\_767/2007 vom 3. Juli 2008 E. 4). Als Maschinenbauer/Metallbauer würde er heute zudem weniger verdienen als ein technischer Kaufmann. Es sei im Gutachten der G.\_\_\_\_\_ag somit zu Recht die Tätigkeit als Sachbearbeiter AVOR als angestammte Tätigkeit angesehen worden, worin er über 20 Jahre lang ohne Beschwerden gearbeitet habe. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Begutachtung bei der G.\_\_\_\_\_ag auch angegeben, im Jahr 1991 einen Autounfall mit Halswirbelfrakturen erlitten zu haben; die begutachtenden Ärzte hätten folglich von dieser Beeinträchtigung gewusst. Der Beschwerdeführer habe jedoch anlässlich der Begutachtung keinerlei Beschwerden diesbezüglich angegeben und es seien auch keinerlei Beeinträchtigungen diesbezüglich festgestellt worden (vgl. Gutachten S. 13 ff.), womit es sich offensichtlich um einen stabilisierten Defektzustand handle, der seit den Versteifungsoperationen gut eingestellt sei und über 20 Jahre lang nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei der Tätigkeit als Sachbearbeiter AVOR geführt habe. Es seien keine Gründe ersichtlich, dass die Begutachtung (deshalb) um eine Disziplin hätte erweitert werden müssen oder dass die Begutachtung unvollständig sei. Somit komme dem polydisziplinären Gutachten der G.\_\_\_\_\_ag volle Beweiskraft zu (BVGer-act. 9 Beilage).

## 5.4

**5.4.1** Das von den Gutachtern PD Dr. med. univ. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin/ Endokrinologie/Kardiologie, Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Fachärztin FMH Pneumologie und Innere Medizin – aufgrund jeweils persönlicher Begutachtung des Beschwerdeführers am 30. Juni 2021 – in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Kardiologie und Pulmologie erstellte Gutachten vom 26. August 2021 nennt einleitend die Gutachterpersonen und deren Spezialisierung (S. 2), führt

die Umstände des Gutachtensauftrags auf (S. 4), nennt die berücksichtigten Vorakten inkl. Befunderhebungen (S. 39 ff., inkl. kurzer Nennung der Inhalte), listet die zusätzlich für das Gutachten erstellte Befunderhebung (S. 3: CT [Computertomographie] Thorax/Abdomen vom 2. Juli 2021), beschreibt das Anforderungsprofil in der seit Mai 1996 (recte: Mai 1997) ausgeübten Tätigkeit als Sachbearbeiter AVOR (S. 5), enthält Teilgutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin (S. 11 ff.), Psychiatrie (S. 19 ff.), Kardiologie (S. 26 ff.) und Pneumologie (S. 33 ff.) und eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (S. 6 ff.). Die Teilgutachten und das Gesamtgutachten enthalten eine eingehende persönliche und berufliche Anamnese, eine Befundung anhand einer in allen Fachdisziplinen erfolgten Untersuchung des Beschwerdeführers bzw. die Erhebung eines Psychostatus, eine Liste aller Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, eine eingehende Herleitung und Begründung dieser Diagnosen, die Nennung funktioneller Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit, eine Auseinandersetzung mit fremderhobenen und fachärztlichen Beurteilungen sowie eine interdisziplinäre Würdigung aller Ergebnisse. Damit erfüllt es alle formellen Anforderungen an ein beweiskräftiges polydisziplinäres Gutachten (vgl. E. 4.6.1). Nachfolgend ist auf die materiellen Ausführungen der Gutachter einzugehen.

**5.4.2** Aus *allgemein internistischer* Sicht nannte PD Dr. med. univ. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin/ Endokrinologie/Kardiologie, die Diagnose eines Adenokarzinoms der Lunge, welches im Oktober 2019 erstmals diagnostiziert worden sei. Primär habe der Tumor in der Lunge eine Grösse von 10 cm aufgewiesen. Nach Durchführung eines Zyklus mit Chemotherapie habe der Beschwerdeführer diese abgebrochen, infolge aufgetretener Beschwerden mit deutlicher Gewichtsabnahme. Daraufhin habe er selbständig komplementär medizinische Massnahmen ergriffen und in der Folge keine onkologischen Behandlungen mehr in Anspruch genommen. Er fühle sich seither zunehmend besser. Er wirke biologisch zehn Jahre jünger, sportlich, gehe joggen, unternehme lange Spaziergänge mit den Hunden und gehe täglich ins Fitnessstudio. Auch während der Untersuchung seien keine Dyspnoe, Husten, etc. festzustellen. In der Bildgebung zeige sich eine rückläufige pulmonale Raumforderung. Derzeit bestehe aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich Konsistenz und Plausibilität hielt der Gutachter fest, dass sich aus allgemein internistischer Sicht in der aktuellen Bildgebung die Tumordiagnose bestätige. Bei deutlicher grösserer Regredienz (Rückbildung) gegenüber der initialen Bildgebung sei von einem guten

Ansprechen des ersten Chemotherapiezyklus auszugehen, sodass unbedingt eine weitere onkologische Betreuung empfohlen werde. Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, dass derzeit eine volle Arbeitsfähigkeit in bisheriger wie angepasster Tätigkeit bestehe. Retrospektiv sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% im Rahmen der Diagnosestellung bis zum Abbruch der Chemotherapie auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit habe ab Januar 2020 100% betragen. Derzeit bestehe (einzig) eine leichte Einschränkung bei starker körperlicher Belastung (IV B. \_\_\_\_\_-act. 81 S. 11 ff.).

**5.4.3** Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus, aus *psychiatrischer* Sicht liege beim Beschwerdeführer ein insgesamt altersentsprechender unauffälliger psychiatrischer Status vor. Die zuvor diagnostizierte Belastungsstörung, welche am ehesten im Sinne einer Anpassungsstörung zu verstehen sei, scheine nun insgesamt abgeklungen zu sein. Die vom Beschwerdeführer angegebenen gelegentlich auftretenden Konzentrationsschwierigkeiten sowie die negativen Gedanken mit Angst, die sich bei Kreislaufproblemen bemerkbar machen würden, seien grundsätzlich nachvollziehbar. Die Konzentration betreffend könne von einer gewissen Dekonditionierung (keine konkreten Anforderungen an die Konzentration im Vergleich zur Zeit der Arbeitstätigkeit) ausgegangen werden, die sich bei wieder auftretender kontinuierlicher Anforderung wahrscheinlich wieder verbessern würde. Die Herz- und Kreislaufthematik, sprich Negativgedanken oder Angst, welche eher selten in Erscheinung treten würden, seien im Zusammenhang mit den beiden durchgemachten Herzinfarkten als natürliche nachvollziehbare Reaktion zu verstehen, die sich erfahrungsgemäss im Verlaufe lege. Zum jetzigen Zeitpunkt könne daraus keine relevante Pathologie abgeleitet werden. Der Gutachter hielt gestützt hierauf keine Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest und nannte als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2). In seiner Beurteilung führte er zusätzlich aus, dass der Beschwerdeführer trotz damals gestellter Überlebensprognose von einem halben Jahr immer noch lebe und sich – abgesehen von geringerer Stressbelastbarkeit – insgesamt gut und stabil fühle. Im Dezember 2020 habe dieser einen zweiten Herzinfarkt erlitten, was ihn erneut verunsichere. Bedingt durch die gestellte Krebsdiagnose habe der Beschwerdeführer bereits Massnahmen bzw. eine Planung, die einen möglichen Tod voraussehen, eingeleitet. Er sei mit der Situation, dass er – trotz letaler Diagnose – weiterhin guter Gesundheit sei, auch verunsichert. Bis anhin habe auf Anregung der C. \_\_\_\_\_ und des Hausarztes eine einmalige psychiatrische Konsultation stattgefunden. Eine weitergehende psychiatrische Behandlung habe weder ambulant

noch stationär stattgefunden. Bei der jetzt durchgeführten Untersuchung sei ein unauffälliger Psychostatus festzustellen. Der Versicherte lebe zusammen mit der Familie, treibe viel Sport und unternehme Spaziergänge. In Bezug auf seine weitere Lebensplanung vor dem Hintergrund einer tödlichen Erkrankung sei er aber unsicher, was seine Zukunft betreffe, zumal seit Anfang des Jahres in der Folge ein langjähriger Arbeitsvertrag aufgelöst worden sei. Zu Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen führte er aus, dass sich gemäss Mini-ICF-App in den zu beurteilenden Fähigkeiten leichte Beeinträchtigungen im Bereich Flexibilität und Umstellungsfähigkeit fänden. In Bezug auf die Durchhaltefähigkeit und die Widerstandsfähigkeit könne keine adäquate Zuordnung oder Einschätzung erfolgen, da sich der Beschwerdeführer in seinem Alltag inzwischen so ausgerichtet habe, dass er möglichen Widerständen ausweichen könne oder auch bezüglich der Durchhaltefähigkeit wenig gefordert sei. Als Ressourcen seien der Überlebenswille, die positive Haltung, die gute soziale Struktur und das familiäre Umfeld zu betrachten, als Belastungen die im Raum stehende tödliche Krebserkrankung und die damit verbundene Verunsicherung, auch die Unklarheit in Bezug auf die Diagnose. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit werde aus psychiatrischer Sicht mit 100% beurteilt, auch in angepasster Tätigkeit werde von einer Arbeitsfähigkeit von 100% ausgegangen (IV B. \_\_\_\_\_-act. 81 S. 19 ff.).

**5.4.4** Im Fachbereich der *Kardiologie* führte PD Dr. med. univ. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin/ Endokrinologie/Kardiologie, zusammenfassend aus, es finde sich eine koronare Herzerkrankung mit zweimaligem Infarktgeschehen und jeweils gutem postinterventionellem Ergebnis sowie guter körperlicher Belastbarkeit im Alltag. Aus den vorliegenden Unterlagen seien leitlinienkonforme Abklärungen bzw. Versorgung der jeweiligen Infarktgeschehen 2003 und 2020 zu sehen. Nach erfolgreicher Behandlung des zweiten Infarktes im Landeskrankenhaus (...) am 4. Dezember 2020 liege die aktuelle linksventrikuläre Pumpfunktion im Normalbereich. Der Explorand sei anamnestisch derzeit wieder gut leistungsfähig, gehe jeden Tag ins Fitnessstudio, Joggen, Velofahren und mit den Hunden über mehrere Stunden laufen. Zu möglichen Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen führte der Gutachter aus, anhand der durchgeführten klinischen Untersuchung im Rahmen der aktuellen Begutachtung fänden sich derzeit keine relevanten Funktions- oder Fähigkeitsstörungen, welche die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit beeinflussen würden. Als Ressource sei ein guter familiärer Rückhalt zu nennen. Im Belastungsprofil wies er daraufhin, dass Nachtschichttätigkeiten vermieden werden sollten. Aus kardiologischer Sicht bestehe in angestammter Tätigkeit als

Technischer Kaufmann keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage 100%. Retrospektiv sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% während zwei Monaten im Rahmen des Myocardinfarktes (STEMI) 2003 auszugehen. Ebenfalls bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von Dezember 2020 bis Ende Januar 2021 bei erneutem Myocardinfarkt (NSTEMI) (IV B. \_\_\_\_\_-act. 81 S. 26 ff.).

**5.4.5** In ihrem *pneumologischen* Teilgutachten hielt Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin FMH Pneumologie und Innere Medizin, einleitend in der Anamnese fest, der Beschwerdeführer erfreue sich gemäss Selbsteinschätzung bester Gesundheit. Er fühle sich körperlich fit, gehe drei Stunden pro Tag mit seinen Hunden laufen, betreibe Sport und ein Fitnessprogramm. In ihrem Fachgebiet nannte sie als Diagnosen *ohne* Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Adenokarzinom der Lunge, metastasierend, im Stadium IVb (Anmerkung Gericht: metastasierend, mehr als ein Organ befallen), sowie eine chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) im Stadium 2. Der Verlauf beim Beschwerdeführer mit im Oktober 2019 diagnostiziertem metastasiertem Adenokarzinom der Lunge sei grundsätzlich aussergewöhnlich. Damals habe sich ein Stadium IVb gezeigt, was einem fortgeschrittenem Tumorstadium und auch einer palliativen Situation entspreche. Es sei ein Immunochemotherapiezyklus durchgeführt worden, welcher schlecht vertragen worden sei. Danach habe der Explorand sämtliche Therapien gestoppt. Erfreulicherweise habe er sich erholen, an Gewicht zunehmen und auch seine Fitness verbessern können. Grundsätzlich sei der Verlauf bemerkenswert. Das aktuelle CT Thorax/Abdomen (Anmerkung Gericht: vom 2. Juli 2021) zeige nach wie vor einen Befund im rechten Unterlappen, dieser sei jedoch massiv grössenregredient. Die initial beschriebenen zwei Leberrundherde seien massiv geschrumpft, ein Herd sei nur noch 6 mm gross. Man müsse sich hier fragen, ob die einmalige Immunochemotherapie dieses gute Ansprechen bedingt habe; andererseits sei auch zu fragen, ob nicht auch ein Leberabszess sowie eine post-stenotische Pneumonie bei der Erstpräsentation vorhanden gewesen seien. Zur Konsistenz und Plausibilität führte die Gutachterin aus, der Verlauf der Tumorerkrankung sei insgesamt aussergewöhnlich. Bei einem so fortgeschrittenen Bronchuskarzinom schein aktuell eine deutliche Regredienz der Tumormasse vorzuliegen. Ob dies durch die einmalige Chemo-Immuntherapie oder durch eine post-stenotische Pneumonie oder ein Leberabszess bei der Erstvorstellung bedingt sei, sei offen. Man müsse jedoch festhalten, dass der Explorand aktuell absolut beschwerdefrei sei und sich eines sehr guten Allgemeinzustandes erfreue. Er selbst zweifle an der Diagnose. Als Ressourcen erwähnte die Gutachterin, dass der

Beschwerdeführer im Alltag eigentlich uneingeschränkt sämtliche Tätigkeiten durchführen könne. Die Arbeitsfähigkeit beurteilte sie wie folgt: In der bisherigen Tätigkeit bestehe aus pneumologischer Sicht eine COPD Gold Stadium 2. Mit einer Einsekundenkapazität (FEV1) von 2,31 l (72%) sei die Lungenfunktion leicht bis mittelschwer reduziert. Die angestammte Tätigkeit als Technischer Kaufmann sei dem Versicherten jedoch vollumfänglich zumutbar. Eine Anpassung der Tätigkeit sei aufgrund der gesundheitlichen Situation nicht notwendig (IV B. \_\_\_\_\_-act. 81 S. 33 ff.).

**5.4.6** In ihrer *interdisziplinären* Beurteilung hielten die Gutachter folgende zentralen Aspekte der medizinischen Beurteilung fest:

Aus *allgemein-internistischer* Sicht zeige sich eine 2019 diagnostizierte Raumforderung am Abgang des rechten Unterlappenbronchus mit der Diagnose eines Adenokarzinoms der Lunge pT4, CN2, CM1 c (mit hepataler Metastasierung) Stadium 4b. Der Tumor im initialen CT sei 10 cm gross. Nach einer ersten Chemotherapie sei ein Therapieabbruch durch den Beschwerdeführer erfolgt, aufgrund einer schlechten Verträglichkeit, mit folgender komplementärmedizinischer Therapie. Bei klinisch auffallend beschwerdefreiem Beschwerdeführer, der im Alltag sportlich, körperlich leistungsfähig und ohne relevante Dyspnoe-Symptomatik sei, sei in der aktuell durchgeführten Computertomographie eine regrediente Raumforderung von knapp 2 cm beschrieben; es zeige sich auch eine Regredienz der Filiae (Anmerkung Gericht: Metastasen). *Pneumologisch* bestehe, zusätzlich zur bereits internistischerseits erwähnten Diagnose eines Adeno-Carzinoms der Lunge, eine COPD Grad II bei Zustand nach langjährigem Nikotinkonsum, die im Februar 2020 durch einen niedergelassenen Pneumologen diagnostiziert worden sei. Es bestehe eine mittelschwere Obstruktion und mittelschwer reduzierte CO-Diffusionskapazität. Eine inhalative Therapie sei eingeleitet worden. Im Alltag sei aber keine relevante klinische Einschränkung vorhanden. Aus *kardiologischer* Sicht bestehe eine koronare Herzerkrankung mit primär aufgetretenem akutem Hinterwandmyokardinfarkt im Dezember 2003 mit kardiogenem Schock und Kammerflimmern mit erfolgreicher Reanimation. Nach koronarer Intervention und Rehabilitations-Aufenthalt habe sich eine rasche Besserung der klinischen Situation gezeigt, so dass der Beschwerdeführer im Anschluss wieder 100% körperlich leistungsfähig gewesen sei und viel Sport getrieben habe. Im Dezember 2020 sei dann ein Re-Infarkt im Sinne eines N-STEMI mit erneutem koronarem Stenting und gutem postinterventionellem Ergebnis aufgetreten. Der Beschwerdeführer sei wieder gut leistungsfähig, gehe jeden Tag ins Fitnessstudio, Joggen, Velofahren und mit den Hunden über

mehrere Stunden spazieren. *Psychiatrisch* finde sich beim Beschwerdeführer ein insgesamt altersentsprechender unauffälliger psychiatrischer Status. Retrospektiv finde sich allerdings eine Anpassungsstörung im Rahmen der Diagnose Tumorerkrankung, die nun abgeklungen sei. Die Konzentration betreffend könne von einer gewissen Dekonditionierung ausgegangen werden, die sich bei wieder auftretender kontinuierlicher Anforderung wahrscheinlich wieder verbessern werde. Die Herz- und Kreislaufthematik, sprich Negativgedanken oder Angst, welche eher selten in Erscheinung treten würden, seien im Zusammenhang mit den beiden durchgemachten Herzinfarkten als natürliche nachvollziehbare Reaktion zu verstehen, die sich erfahrungsgemäss im Verlaufe legten. Zum jetzigen Zeitpunkt könne daraus keine relevante Pathologie abgeleitet werden. *Zusammengefasst* bestehe ein Adeno-Carzinom der Lunge mit hepataler (Anmerkung Gericht: die Leber betreffend) Metastasierung mit initial einem Zyklus Chemotherapie, die aufgrund einer Unverträglichkeit abgebrochen worden sei; es sei eine komplementär medizinische Massnahme ergriffen worden. Durch die Diagnose der Tumorerkrankung sei es zu einer vorübergehenden Anpassungsstörung gekommen. Eine zweimalig intervenierte koronare Herzerkrankung zeige ein postinterventionell gutes Ergebnis. Insgesamt sei der Versicherte trotz der bestehenden Koronaren Herzkrankheit (KHK) und der Tumor-Erkrankung in gutem Allgemeinzustand, mit erhaltener körperlicher Leistungsfähigkeit.

Folgende Diagnosen wurden von den Gutachtern festgehalten:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: keine

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- a) Adeno-Carcinom der Lunge, pT4, CN2, CM1c (hepatale Metastasierung), Stadium 4b, Erstdiagnose 10/2019), mit/bei:
  - CT Abdomen 16.10.2019: Zwei Leberherde im Segment III 9x6,5 cm mit zystischer Konfiguration, 2. Herd 4,4x2,4 cm
  - CT Thorax 18.10.2019: Ausgedehnte 10 cm grosse rechts hiläre Raumforderung mit Atelektase des rechten Unterlappens, das Mediastinum direkt infiltriert mit einer Weichteilmasse, die bis nach subkarinär reicht. Verschluss des Unterlappenbronchus, 8 mm grosser Satelliten-Herd.
  - St.n. 1 Zyklus Immunochemotherapie 11/19
  - Abbruch der Behandlung aufgrund von Unverträglichkeit
  - Aktuelles CT Thorax vom 02.07.2021: Pulmonale Raumforderung rechts infrahilär von 1,5-2 cm Durchmesser, 6 mm grosse Hypodensität im linken Leberlappen, deutliche Regredienz der Befunde

## b) COPD Gold Stadium 2

- lungenfunktionell mittelschwere Obstruktion, mittelschwer reduzierte CO-Diffusionskapazität
- St.n. 50 py (Anmerkung Gericht: Rauchdosis «pack year»)

c) Übergewicht (BMI 28,8 kg/m<sup>2</sup>)

## d) Nierenfunktionseinschränkung G2

## e) Zustand nach Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2)

## f) KHK

- Z.n. akutem Hinterwandinfarkt am 12/2003 mit kardiogenem Schock und Kammerflimmern mit erfolgreicher Reanimation
- NSTEMI (03.12.2020) GAG (04.12.2020): LCA: LM diffus sklerosiert, LAD diffus sklerosiert, medial 95%ige Stenose, Beginn distales Drittel. 90%ige Stenose RD1 diffus sklerosiert und verkalkt, medial hochgradige 96%ige Stenose RCX diffus sklerosiert RCA Verschluss im proximalen Drittel im Stent, Kollateralen via LCA

## g) Hypercholesterinämie

## h) arterielle Hypertonie

Zu den systematisierten Indikatoren, wie sie vom Bundesgericht in seiner Rechtsprechung zur Beurteilung von psychischen Erkrankungen festgehalten worden sind (vgl. dazu E. 4.7) schlossen die Gutachter was folgt:

Zu den *funktionellen Auswirkungen* der Befunde/ Diagnosen sei festzuhalten, dass keine relevanten körperlich funktionellen Einschränkungen bestehen würden. Es zeige sich eine leichte Beeinträchtigung im Bereich Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Hinsichtlich der *Persönlichkeitsaspekte* hielten sie fest, dass es sich beim Beschwerdeführer um eine eher einfach strukturierte Persönlichkeit mit begrenzter Introspektivität, aber durchaus differenzierter Wahrnehmung, handle. Hinweise für schwere psychische Erkrankungen wie Suchterkrankungen, organische psychische Störungen, Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen fänden sich nicht. Als *Belastungsfaktoren* seien der Abbruch der onkologischen Therapie bzw. Betreuung, die im Raum stehende tödliche Krebserkrankung und die damit verbundene Verunsicherung mit auch Unklarheit in Bezug auf die Diagnose zu nennen, als *Ressourcen* wiederum der gute familiäre Rückhalt und eine gute soziale Struktur, die regelmässige körperliche Betätigung und körperliche Konditionierung sowie der Überlebenswille. Im *Belastungsprofil* sei zu beachten, dass Nachtschichttätigkeiten vermieden werden sollten, auch stark belastende körperliche Tätigkeiten. Zur *Konsistenzprüfung* führten

sie aus, der Verlauf der Tumorerkrankung sei insgesamt aussergewöhnlich. Bei einem so fortgeschrittenen Bronchuskarzinom scheine aktuell eine deutliche Regredienz der Tumormasse vorzuliegen. Ob dies durch die einmalige Chemo-Immuntherapie oder durch eine poststenotische Pneumonie oder einen Leberabszess bei der Erstvorstellung bedingt sei, sei offen. Man müsse jedoch festhalten, dass der Beschwerdeführer aktuell absolut beschwerdefrei sei und sich eines sehr guten Allgemeinzustandes erfreue. Er selbst zweifle an der Diagnose. Es werde eine weitere onkologische Betreuung dringend empfohlen.

Zur *Arbeitsfähigkeit* in der *bisherigen* Tätigkeit als technischer Kaufmann hielten die Gutachter fest, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Retrospektiv sei von einer Arbeitsunfähigkeit zu 100% ab der Diagnosestellung bis zum Abbruch der Chemotherapie auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit betrage ab Januar 2020 wieder 100%. Zusätzlich sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% während zweier Monate im Rahmen des STEMI 2003 auszugehen, ebenfalls zwischen Dezember 2020 bis Ende Januar 2021 bei erneutem N-STEMI.

Die *Arbeitsfähigkeit* in *angepasster* Tätigkeit betrage 100%. Retrospektiv sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% ab der Diagnosestellung bis zum Abbruch der Chemotherapie auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit betrage ab Januar 2020 wieder 100%. Zusätzlich sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% während zweier Monate im Rahmen des STEMI 2003 auszugehen, ebenfalls zwischen 12/2020 bis Ende 01/2021 bei erneutem N-STEMI (IV B: \_\_\_\_\_-act. 81 S. 6 ff.).

**5.4.7** Den geprüften Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist Folgendes zu entnehmen: Die Krebserkrankung sei gemäss den aktenkundigen Befunderhebung weitgehend remittiert und schränke den Beschwerdeführer in seinen täglichen Aktivitäten nicht ersichtlich ein. Für die Situation nach zweiter Herzoperation könne der Teilgutachter im Bereich der Kardiologie keine relevanten funktionellen Einschränkungen erkennen. Vielmehr sei der Anamneseerhebung zu entnehmen, dass er täglich sportliche Aktivitäten unternehme, joggen gehe, lange Spaziergänge mit den Hunden unternehme und auch regelmässig das Fitness-Studio besuche. In angestammter langjähriger Tätigkeit als technischer Kaufmann bestehe damit keine ersichtliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, worauf die Gutachter mit ergänzender Stellungnahme vom 16. November 2021 hinwiesen (IV B. \_\_\_\_\_-act. 114).

**5.4.8** Damit liegt in materieller Hinsicht grundsätzlich eine vollständige und eingehend begründete Beurteilung der Gutachter der G. \_\_\_\_\_ ag vor. Die Ärztin des RAD (...) hat sich dieser Beurteilung mit Stellungnahmen vom 30. August 2021 und 17. November 2021 (IV B. \_\_\_\_\_ -act. 82 und 115) angeschlossen, einzig das Ende der Rekonvaleszenz nach Chemotherapie auf Ende Februar 2020 gelegt.

## **5.5**

**5.5.1** Festzuhalten ist, dass trotz eingehender Begutachtung in der G. \_\_\_\_\_ ag Zweifel am Begutachtungsergebnis und an der bestätigenden Beurteilung durch den RAD bestehen bleiben: So ist unbestritten zwischen den Parteien, dass vor Abbruch der Chemotherapie eine schwere Tumorerkrankung mit Metastasierung in mehreren Organen diagnostiziert wurde, deren Verlauf (auch) von den Gutachtern als tödlich und deren Regredienz als ungewöhnlich beschrieben wurde. Aufgrund der weiterhin befundlich bestätigten Metastasen kann die Tumorerkrankung nicht als abgeheilt beurteilt werden. Die Gutachter wiesen im Untersuchungsergebnis gestützt auf ein CT Thorax / Abdomen vom 2. Juli 2021 zusätzlich darauf hin, dass aufgrund des CT-Befundes eine Infiltration der Pleura (Brustfell) bzw. des Ösophagus (Speiseröhre) nicht ausgeschlossen werden könne; eine ergänzende Abklärung wurde jedoch nicht durchgeführt. Da vorliegend die Tumorerkrankung – nebst der Koronaren Herzerkrankung (s. dazu unten) – im Vordergrund der gesundheitlichen Beschwerden seit 2019 steht, hätte die interdisziplinäre Begutachtung zwingend auf den Fachbereich der Onkologie ausgeweitet werden müssen. Dies gilt umso mehr, als sowohl Dr. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Kardiologie, als auch Dr. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Pneumologie, in ihrer ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 16. November 2021 festhielten, eine onkologische Vorstellung zur Reevaluation der Situation und eventuelle Planung einer weiteren Therapie werde dringend empfohlen (IV B. \_\_\_\_\_ -act. 114).

**5.5.2** Im Fachbereich der Kardiologie hielt der Gutachter, Dr. L. \_\_\_\_\_, nach persönlicher Exploration am 30. Juni 2021 fest, der Beschwerdeführer sei nach Auftreten des Re-Infarktes im Landeskrankenhaus (...) am 4. Dezember 2020 mittels Koronarangiographie behandelt worden. Der Patient sei erfolgreich mit Stent versorgt und es sei ein gutes postinterventionelles Ergebnis festgestellt worden. Die aktuelle linksventrikuläre Pumpfunktion liege im Normalbereich. Der Beschwerdeführer sei anamnestisch derzeit wieder gut leistungsfähig, gehe jeden Tag ins

Fitnessstudio, Joggen, Velofahren und mit den Hunden über mehrere Stunden laufen (Gutachten S. 31). Dem Konsultationsbericht von Dr. A. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin, vom 1. Oktober 2021 hingegen ist zu entnehmen, dass eine komplexe Vorgeschichte bestehe: Es liege ein Hinterwandinfarkt 2003 mit kardiogenem Schock und kardiopulmonaler Reanimation sowie RCA-PTCA mit Verschlusseröffnung mit Stent vor. 2020 sei ein NSTEMI aufgetreten, es seien zwei beschichtete Stents in die LAD implantiert und ein Diagonalast dilatiert worden; daneben sei ein chronischer Verschluss der rechten Kranzarterie festzustellen. In psychiatrischer Hinsicht sei eine psychovegetative Labilität / Neigung zu Panikattacken zu erwähnen. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, «die genannten, schweren Grunderkrankungen lassen eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nicht zu, auch nicht im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung» (IV B.\_\_\_\_\_-act. 100 S. 2). Der RAD nahm zwar am 11. Oktober 2021 als auch am 17. November 2021 nochmals zur Gesundheitssituation des Beschwerdeführers Stellung (IVSTA-act. 101, 115). Im Vordergrund seiner Beurteilung stand aber der psychische Status, nicht die kardiale Situation. Dr. L.\_\_\_\_\_ der G.\_\_\_\_\_ag wiederum, der am 16. November 2021 eine ergänzende Beurteilung in kardialer Hinsicht vornahm, führte unter Bezugnahme auf die zahlreichen sportlichen Aktivitäten des Beschwerdeführers aus, die Situation habe sich in kardialer Hinsicht nicht geändert. Eine ergänzende explizite Auseinandersetzung mit der abweichenden Beurteilung von Dr. A. K.\_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2021 fehlt. In Ergänzung mit dem oben zur onkologischen Beurteilung Gesagten, ist damit auch die kardiale Situation im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids nicht abschliessend und somit nicht als rechtsgenügend geprüft zu beurteilen.

**5.5.3** Als ungenügend geklärt erweist sich auch die psychische Belastung des Beschwerdeführers infolge Diagnostizierung der schweren (üblicherweise tödlich verlaufenden) Krebserkrankung im Jahre 2019 und dem ein Jahr später erneut erlittenen Herzinfarkt – nach bereits im Jahre 2003 erfolgter operativer Sanierung mittels Einsetzen eines Stents – und weiterhin gutachterlich diagnostizierter Risikofaktoren wie Koronare Herzkrankheit, Hypercholesterinämie und arterielle Hypertonie: Zwar wird seitens des fachpsychiatrischen Teilgutachters darauf hingewiesen, dass eine psychische Belastung als reaktiv bezeichnet werden könne, was mit entsprechender Anpassung und Intensivierung der psychiatrischen Behandlung ausgeglichen werde könnte (IV B.\_\_\_\_\_-act. 114 S. 1). Jedoch wurde gutachterlich nicht weiter erläutert, wie sich die im langfristigen Verlauf wiederholenden schweren Erkrankungen (2003, 2019, 2020), in zusätzlicher Verbindung mit den genannten und weiterhin attestierten Risikofaktoren, in

einer Gesamtsicht auf die Psyche auswirken; diesbezüglich erscheint der bloße Hinweis auf ein (jeweils) reaktives Geschehen als ungenügend. Den Akten sind zudem Hinweise zu entnehmen, die nicht auf eine simple Erholung der Psyche nach jeweiliger fachärztlicher Behandlung der somatischen Erkrankung (letztmals im Dezember 2020) hindeuten: In einem Telefongespräch an die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ vom 8. März 2021 betonte der Beschwerdeführer ausdrücklich, «dass er keine medizinischen Berichte erhalten möchte. Er möchte nichts mehr wissen, vor allem bezüglich der Lunge nicht. Er lebe besser, wenn er keine schlechten Berichte mehr höre» (IV B. \_\_\_\_\_-act. 54). In seinem Arztbericht vom 22. März 2021 attestierte Dr. A. K. \_\_\_\_\_ dem Patienten eine Refluxsymptomatik «mit sekundärer Panik», nachdem dieser am selben Morgen ein retrosternales Brennen verspürt habe (IV B. \_\_\_\_\_-act. 56). Am 13. September 2021 attestierte der Hausarzt, Dr. O. \_\_\_\_\_, dem Beschwerdeführer (unter anderem) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.2) (IV B. \_\_\_\_\_-act. 107). Am 17. September 2021 wiederum attestierte der behandelnde Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Dr. J. \_\_\_\_\_, einen «klar depressiven Zustand» des Beschwerdeführers. Dieser sei resigniert, da «die Geschichte mit seinem Tumor kein Ende finde [...]. Er habe versucht, das Leben positiv zu sehen, das sei ihm aber nicht gelungen». Der Arzt hielt fest, der Patient habe insgesamt ein depressives Zustandsbild mit Erschöpfungszuständen, reduziertem Antrieb, Zurückgezogenheit und Freudlosigkeit geboten. Der Patient erhalte 10mg Pramulex täglich (Anmerkung Gericht: Arzneimittel zur Behandlung von Depressionen [Episoden einer Major Depression] und Angststörungen [wie Panikstörung mit oder ohne Platzangst, sozialer Angststörung, generalisierter Angststörung und Zwangsstörung]); vgl. [https://gl-pharma.com/wp-content/uploads/2021/01/GI\\_Pramulex\\_15mg\\_FT\\_UA\\_07.pdf](https://gl-pharma.com/wp-content/uploads/2021/01/GI_Pramulex_15mg_FT_UA_07.pdf), abgerufen am 4.11.2024). Er empfehle die Weitereinnahme dieser Medikation (IV B. \_\_\_\_\_-act. 108). In seinem Arztbericht vom 27. September 2021 hält Prof. Dr. P. \_\_\_\_\_, Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie des Kantonsspitals (...), nach persönlicher Untersuchung unter anderem fest, «belastend sind weiterhin auftretende Panikattacken» (IV B. \_\_\_\_\_-act. 109). In seinem Arztbericht vom 1. Oktober 2021 hielt Dr. A. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin, an den Hausarzt gerichtet und fachfremd fest «3. psychovegetative Labilität / Neigung zu Panikattacken» (IV B. \_\_\_\_\_-act. 106). Mit ergänzendem Bericht vom 22. Dezember 2021 hielt derselbe Arzt fest, dass sich in der letzten Zeit die psychische Situation mit Ängsten und Panik verschlechtert habe, es würden auch zunehmend Kreislaufprobleme und Schwindel auftreten, die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sei erheblich eingeschränkt

(IV B. \_\_\_\_\_-act. 129 S. 2). Damit kann die psychische Situation trotz fachärztlicher Begutachtung nicht als abschliessend abgeklärt beurteilt werden.

**5.5.4** Im Rahmen der Prüfung der Standardindikatoren wiesen die Experten unter dem Aspekt eines bestehenden Potentials an persönlichen Ressourcen mehrfach auf intensive tägliche Aktivitäten des Beschwerdeführers im privaten Rahmen hin (vgl. oben E. 4.7). Auch die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ unterstrich in ihrer Stellungnahme vom 29. März 2022, dass der Beschwerdeführer aufgrund der sportlichen und privaten Aktivitäten «derzeit wieder gut leistungsfähig» sei (vgl. oben E. 5.3). Zwar sind der gutachterlichen Anamnese mehrfach Hinweise auf regelmässige Aktivitäten (täglicher Besuch des Fitnessstudios mit Muskelaufbautraining, Joggen, Velofahren, täglich ein- bis mehrstündige Spaziergänge mit den Hunden [IV B. \_\_\_\_\_-act. 81 S. 6, 12, 14, 17, 21, 29, 34]) zu entnehmen. Jedoch hatte der Beschwerdeführer bereits in der Abschlussuntersuchung durch den C. \_\_\_\_\_-Kreisarzt am 10. Januar 1996 darauf hingewiesen, dass er seit ca. zwei Jahren regelmässig im Fitness-Studio (...) trainiere, dies habe ihm sehr viel gebracht. Er sei überzeugt, dass seit diesem Training sich der Zustand verbessert habe. Im Sommer habe er überhaupt keinerlei Verspannungen an der Halsmuskulatur mehr. Auch die Verspannungen im Nacken seien im Sommer nicht mehr vorhanden. Ebenfalls habe er keinerlei Kopfschmerzen mehr, wie er sie nach dem Unfall gehabt habe» (C. \_\_\_\_\_-act. 3). Den gutachterlichen Ausführungen ist keine Auseinandersetzung dazu zu entnehmen, inwiefern seit Jahren eine ausschliesslich der Schmerzminderung dienende aktive Betätigung vorliegt oder tatsächlich von der Wiedererlangung einer zwischenzeitlich eingetretenen Leistungsfähigkeit in beruflicher Hinsicht (vgl. zu letzterem Urteil des BGer 8C\_38/2021 vom 16. August 2021 E. 4.4.1) auszugehen ist. Diesbezüglich bleiben – trotz der vorgenannten Hinweise auf ein mögliches Leistungspotenzial – Zweifel an der gutachterlichen Würdigung bestehen.

**5.5.5** Darauf hinzuweisen bleibt, dass den Unterlagen der H. \_\_\_\_\_, im Konkreten dem «Abschluss- und Beurteilungsbogen» von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie / Sozialmedizin, vom 25. Juni 2021 (BVGer act. 17 Beilage 4) als rentenrelevante Diagnosen eine bösartige Neubildung der Bronchien und Lunge (ICD-10, C34.9) sowie eine sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge (ICD-10, C78.7) und der Hinweis, der zeitliche Umfang, in dem sowohl die bisherige berufliche Tätigkeit als auch eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt

werde könne, betrage unter drei Stunden und gelte seit dem 1. April 2021, auf Dauer, entnommen werden kann. Der Beurteilung lag der bereits aktenkundige (IV B. \_\_\_\_\_-act. 50 S. 17 und 73 S. 1) Arztbrief des Landeskrankenhauses (...) vom 7. Dezember 2020 betreffend die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 3. bis 7. Dezember 2020 zur Durchführung einer Transthorakalen Echokardiographie, einer Katheterangiographie der Koronargefässe sowie einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (je Gefäss) sowie der Implantation eines medikamentenbeschichteten Stents in die Koronargefässe bei (BVGer-act. 17 Beilage 5). Festzustellen ist damit, dass der deutsche Gutachter gestützt auf die – im schweizerischen Rentenverfahren – bereits aktenkundigen Berichte eine deutlich abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowohl in bisheriger Tätigkeit als auch in angepasster Tätigkeit vornahm. Auch aus dieser Optik bleiben Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung bestehen und erweist sich der vorliegend relevante Sachverhalt nicht als abschliessend geklärt.

## 5.6

**5.6.1** Die angefochtene Verfügung ist folglich gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen, unter Ergänzung der vorinstanzlichen Akten durch die (so weit vorhanden) vollständigen Unfallakten der C. \_\_\_\_\_ sowie der in Deutschland und Österreich im Rahmen der Rentenverfahren erstellten und nicht aktenkundigen medizinischen Akten, und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

**5.6.2** Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist, vorliegend betrifft dies (insbesondere) die onkologische Beurteilung der Lungenerkrankung. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4).

**5.6.3** Mit Blick auf die im zweiten Leistungsgesuch im Vordergrund stehenden Erkrankungen in den Fachbereichen Onkologie (bisher ungeklärt) und Kardiologie, in Verbindung mit den oben genannten Risikofaktoren, der gerügten ungenügenden Berücksichtigung der Halswirbelschädigung, und

aufgrund der Auswirkungen der somatischen Erkrankungen auf die psychische Belastung des Beschwerdeführers ist die Vorinstanz vorliegend anzuweisen, den Beschwerdeführer im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung und unter Berücksichtigung der Indikatoren nach BGE 141 V 281 durch Fachärzte in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Onkologie, Kardiologie, Orthopädie und Psychiatrie abklären zu lassen. Der allfällige Beizug weiterer Fachärztinnen und Fachärzte ist dabei in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz beziehungsweise der Gutachterinnen und Gutachter zu stellen (betreffend den Fachbereich Pneumologie). Das Gutachten hat nicht nur Auskunft über den aktuellen Gesundheitszustand und die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit zu geben. Vielmehr haben die Gutachterinnen und Gutachter sich mit dem Verlauf des gesundheitlichen Zustands und dessen Entwicklungen seit Oktober 2019 (Zeitpunkt der erstmaligen Krebsdiagnose) bis hin zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 26. November 2021 zu befassen. Einzubeziehen sind auch die seitherigen Entwicklungen des Gesundheitszustands bis zum Zeitpunkt der nach dem vorliegenden Rückweisungsurteil zu erlassenden neuen Verfügung. Zu prüfen sind zudem allfällige Unfallrestfolgen.

**5.6.4** Um den geäusserten Befürchtungen des Beschwerdeführers zur allfälligen Vorbefassung der beteiligten Gutachter (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 10) Rechnung zu tragen, ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» und unter Ausschluss der bisherigen Gutachterstelle zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV; vgl. auch Urteil des BVGer C-5873/2023 vom 25. Oktober 2024 E. 8.3); dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

**5.6.5** Bei ihrem neuerlichen Entscheid wird die Vorinstanz schliesslich zu berücksichtigen haben, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich 63 Jahre alt geworden ist und damit zu prüfen bleibt, ob eine Selbsteingliederung zumutbar und eine Wiedereingliederung ohne unterstützende berufliche Massnahmen möglich ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_291/2023 vom 30. Januar 2024 E. 7.2).

## **6.**

Damit ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung der IVSTA vom 26. November 2021 aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen 5.5 und 5.6 an die Vorinstanz

zurückzuweisen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist auf die Rüge des Beschwerdeführers, die Vorinstanz habe die somatischen Auswirkungen des Unfalls von 1991 (Versteifung von Halswirbeln nach Autounfall) vorliegend nicht genügend berücksichtigt, nicht weiter einzugehen.

## 7.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**7.1** Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich die unterliegende Partei tragen muss. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**7.2** Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. 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, insbesondere des einfachen Schriftenwechsels, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]) gerechtfertigt. Die Parteientschädigung ist von der Vorinstanz nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu leisten.

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die vorinstanzliche Verfügung vom 26. November 2021 wird aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen 5.5 und 5.6 an die Vorinstanz zurückgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückerstattet.

**3.**

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'800.– zulasten der Vorinstanz zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherung.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Anja Valier

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: