



Urteil vom 10. Oktober 2023

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richter David Weiss, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Patrizia Levante.

Parteien

A. _____, (Frankreich),
vertreten durch MLaw Andrea Suter, Advokatin,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz,

B. _____ **AG,**
Beigeladene.

Gegenstand

Invalidenversicherung (IV), Rentenanspruch,
Verfügung der IVSTA vom 31. Juli 2019.

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1962 geborene, in Frankreich wohnhafte französische Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend: Versicherter) ist gelernter Spengler (Akten der Invalidenversicherungsstelle für Versicherte im Ausland [nachfolgend: IVSTA-act.] 8, 10). Er arbeitete in den Jahren 1980 bis 2017 als Grenzgänger in der Schweiz und entrichtete dabei Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; IVSTA-act. 8, 11/2 ff., 17). Zuletzt war der Versicherte ab dem 1. November 2015 vollschichtig bei der C. _____ AG in (...) als Projektleiter im Sanitärbereich tätig. Er war vor allem für Büroarbeiten bzw. Kundenkontakte zuständig (IVSTA-act. 12/3, 17, 34/2). Ab dem 23. März 2017 war der Versicherte infolge kardialer Probleme zu 100 % arbeitsunfähig (IVSTA-act. 1/1, 12/2, 17/2).

B.

B.a Der Versicherte meldete sich mit Formular vom 9. Juni 2017 bei der IV-Stelle des Kantons D. _____ (nachfolgend: IV-Stelle D. _____; Eingang: 19. Juni 2017) zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (berufliche Integration/Rente) an und reichte diverse medizinische Unterlagen ein (IVSTA-act. 8, 9). Zur Begründung gab er an, seit 2005 an einer ventrikulären Extrasystole, seit dem 16. April 2015 an einer Myokarditis und seit dem 23. März 2017 an einer ventrikulären Tachykardie zu leiden (IVSTA-act. 8/5).

B.b Die IV-Stelle D. _____ nahm in der Folge die Abklärung der medizinischen und erwerblichen Situation des Versicherten an die Hand (IVSTA-act. 11 ff.).

B.c Der Versicherte tätigte ab dem 3. Juli 2017 am bisherigen Arbeitsplatz einen Arbeitsversuch (Pensum: 50 %), welcher jedoch aus medizinischen Gründen scheiterte (IVSTA-act. 17/3, 20/2, 24.2) und seitens der Arbeitgeberin die Auflösung des Arbeitsverhältnisses per 30. September 2017 nach sich zog (IVSTA-act. 17/2). Die IV-Stelle D. _____ teilte dem Versicherten folglich mit Schreiben vom 28. Juli 2017 mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und daher der Rentenanspruch geprüft werde (IVSTA-act. 23/1).

B.d Die IV-Stelle D. _____ holte zwecks Prüfung des Rentenanspruchs medizinische Auskünfte bzw. Unterlagen ein (IVSTA-act. 24 ff.). Neben den

Berichten der behandelnden Arztpersonen (IVSTA-act. 9, 13, 15, 28) sowie den Unterlagen der E. _____ (IVSTA-act. 24 f.) wurden namentlich die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung F. _____ (nachfolgend: F. _____) beigezogen (IVSTA-act. 12, 18, 31). In den Akten der F. _____ befindet sich ein «kardiologisches Gutachten», welches Dr. med. G. _____ aus (...) am 3. Juli 2018 im Auftrag der F. _____ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Versicherten verfasst hatte (IVSTA-act. 34). Ausserdem ist eine kardiologische Stellungnahme vom 23. Oktober 2018 aktenkundig (IVSTA-act. 43), in welcher sich Dr. G. _____ zu den Rückfragen äusserte, welche die IV-Stelle D. _____ zunächst der F. _____ (IVSTA-act. 36) und sodann Dr. G. _____ (IVSTA-act. 42) unterbreitet hatte. Gemäss der Einschätzung von Dr. G. _____ ist der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit von 2015 bis 2017 als zu 50 % arbeitsfähig und ab Januar 2018 als zu 100 % arbeitsfähig anzusehen (IVSTA-act. 34/11, 43).

B.e Der Versicherte reichte der IV-Stelle D. _____ am 11. bzw. 20. Dezember 2018 ein Gegengutachten («contre expertise médicale») ein, welches der Kardiologe Dr. med. H. _____ aus (...) (F) am 3. Dezember 2018 erstellt (IVSTA-act. 45/2 f.) und nachträglich in einem «Postskriptum» ergänzt hatte (IVSTA-act. 46/3). Gemäss diesem Gegengutachten ist der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (IVSTA-act. 45/2 und 46/3). Der zuständige Arzt des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) (...) kam in seiner Stellungnahme vom 24. Januar 2019 – nach Sichtung der neuen Unterlagen – zum Schluss, dass auf das «kardiologische Gutachten» bzw. die ergänzende Stellungnahme von Dr. G. _____ abzustellen sei. In der angestammten Tätigkeit sei der Versicherte daher seit März 2017 zu 50 % arbeitsunfähig, und in einer leidensangepassten Verrichtungsleistung bestehe beim Versicherten von März bis Dezember 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bzw. ab Januar 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IVSTA-act. 48/2 f.).

B.f Gestützt auf diese Stellungnahme des RAD-Arzttes teilte die IV-Stelle D. _____ dem Versicherten mit Vorbescheid vom 18. Februar 2019 mit, dass der ermittelte Invaliditätsgrad 26 % betrage und das Leistungsbegehren – mangels anspruchsbegründender Invalidität – folglich abgewiesen werde (IVSTA-act. 50).

B.g Gegen diesen Vorbescheid liess der Versicherte, vertreten durch Advokatin Andrea Suter, mit Schreiben vom 21. März 2019 vorsorglich Einwand erheben mit dem Antrag, der Vorbescheid sei aufzuheben und es sei

ihm eine angemessene IV-Rente zuzusprechen (IVSTA-act. 57). Mit Eingabe seiner Rechtsvertreterin vom 30. April 2019 reichte der Versicherte die Begründung seines Einwands nach (IVSTA-act. 58/1-5) und legte gleichzeitig einen Arztbrief vom 18. April 2019 ins Recht, welcher die von Dr. med. I. _____ am Universitätsspital in (...) durchgeführte kardiologische Begutachtung des Versicherten betrifft (IVSTA-act. 58/6 ff.) und wonach in einer adaptierten Tätigkeit ein Arbeitspensum von 50 % als zumutbar erachtet wird (IVSTA-act. 58/8). Die IV-Stelle D. _____ unterbreitete Dr. G. _____ daraufhin die seitens des Versicherten eingereichten – von Dr. H. _____ und Dr. I. _____ verfassten – medizinischen Dokumente (IVSTA-act. 62). Die angeforderte kardiologische Stellungnahme von Dr. G. _____ datiert vom 22. bzw. 23. Mai 2019 (IVSTA-act. 64) und wurde dem zuständigen RAD-Arzt vorgelegt. Dieser kam in seinem Bericht vom 6. Juni 2019 zum Schluss, gestützt auf die Stellungnahme von Dr. G. _____ sei an der bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festzuhalten (IVSTA-act. 67).

B.h Mit Verfügung vom 31. Juli 2019 wies die IVSTA das Leistungsbegehren des Versicherten ab und bestätigte damit ihren Vorbescheid vom 18. Februar 2019 (IVSTA-act. 71). Die Vorinstanz führte aus, der Versicherte sei seit März 2017 ununterbrochen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation könne er seine bisherige Tätigkeit als Projektleiter nicht mehr vollumfänglich ausüben. Aus spezialärztlicher Sicht seien ihm jedoch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Vermeidung von Dauerstress ganztags zumutbar. In Frage kämen z.B. Kontroll-, Sortier- oder Überwachungstätigkeiten sowie einfache administrative oder logistische Arbeiten (IVSTA-71/2).

B.i Der Versicherte gelangte mit Eingabe seiner Rechtsvertreterin vom 20. August 2019 an die IV-Stelle D. _____ mit dem Antrag, die Verfügung vom 18. Februar 2019 sei aufzuheben und nach erfolgter Untersuchung des Versicherten im Universitätsspital (...) in Wiedererwägung zu ziehen (IVSTA-act. 72). Mit Antwortschreiben vom 23. August 2019 teilte die IV-Stelle D. _____ der Rechtsvertreterin des Versicherten mit, dass die besagte Verfügung nicht aufgehoben werde (IVSTA-act. 74).

C.

C.a Gegen die Verfügung der IVSTA (nachfolgend: Vorinstanz) vom 31. Juli 2019 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit Eingabe

seiner Rechtsvertreterin vom 13. September 2019 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (vgl. Akten des Beschwerdeverfahrens [nachfolgend: BVGer-act.] 1; Eingang: 16. September 2019) und stellte das Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei mit Wirkung ab März 2018 eine unbefristete IV-Rente zuzusprechen, eventualiter sei der Beschwerdeführer begutachten zu lassen und nach Vorliegen des Gutachtens sei ihm eine angemessene Rente zuzusprechen, subeventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kostenfolge.

Der Beschwerdeführer rügt in materieller Hinsicht, die Vorinstanz habe den medizinischen Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt. Er bestreitet, dass ab Januar 2018 eine Stabilisierung seiner gesundheitlichen Situation eingetreten sei. Auf die entsprechende Einschätzung von Dr. G. _____ könne nicht abgestellt werden. Vielmehr sei auf die Einschätzungen von Dr. H. _____ und Dr. I. _____ abzustellen oder sonst im Sinne des Eventualbegehrens eine neue Begutachtung durchzuführen, wobei ein aktuelles Schreiben von Dr. I. _____ vorgelegt wird (BVGer-act. 1/3). In formeller Hinsicht beantragt der Beschwerdeführer die Beiladung der J. _____, bei welcher der Beschwerdeführer vorsorgeversichert gewesen sei (BVGer-act. 1 Rz. 15 ff., 23 ff.).

C.b Der mit Zwischenverfügung vom 20. September 2019 erhobene Kostenvorschuss von Fr. 800.- (BVGer-act. 2) wurde am 25. September 2019 einbezahlt (BVGer-act. 4).

C.c Die B. _____ AG teilte mit Schreiben vom 7. Oktober 2019 – auf entsprechende Einladung hin (BVGer-act. 5) – mit, dass sie im vorliegenden Verfahren als beigeladene Partei keine Stellungnahme einreichen werde (BVGer-act. 6).

C.d Die Vorinstanz reichte mit Eingabe vom 3. Dezember 2019 (BVGer-act. 9) die Stellungnahme der IV-Stelle D. _____ vom 13. November 2019 ein, wonach bei Dr. I. _____ nachzufragen ist, ob die Holter-EKG Untersuchung wiederholt worden sei, und dieser gegebenenfalls zu ersuchen sei, den entsprechenden Bericht samt Ergebnissen dem Bundesverwaltungsgericht zuzustellen. Gleichzeitig beantragte die IV-Stelle D. _____, nach Eingang der Antwort von Dr. I. _____ eine ausführliche Stellungnahme bzw. Beschwerdeantwort nachreichen zu dürfen (BVGer-act. 9/1).

C.e In ihrer Eingabe vom 11. Dezember 2019 (BVGer-act. 11) verwies die Vorinstanz vollumfänglich auf die ausführliche Stellungnahme bzw. Vernehmlassung der IV-Stelle D._____ vom 5. Dezember 2019, welche sie als Beilage einreichte (BVGer-act. 11/1). Die IV-Stelle D._____ beantragte in ihrer Stellungnahme – unter Kostenfolge – die vorsorgliche Abweisung der Beschwerde, da Dr. I._____ nicht plausibel darzulegen vermöge, weshalb er die Arbeitsfähigkeit auch für leichte körperliche Tätigkeiten auf 50 % beschränke.

C.f Mit Eingabe vom 24. Februar 2020 (BVGer-act. 15) übermittelte die Vorinstanz ein Schreiben der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 17. Februar 2020 (BVGer-act. 15/1), mit welchem diese an die Vorinstanz gelangte, auf einen Vorfall mit Aktivierung des Defibrillators hinwies und – für den Fall, dass die Vorinstanz an den Anträgen festhalten und der Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren unterliegen sollte – die Revision der angefochtenen Verfügung aufgrund der beim Beschwerdeführer eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes beantragte. Dem anwaltlichen Schreiben lagen diverse medizinische Dokumente bei (BVGer-act. 15/1/1-4).

C.g Mit Replik vom 28. Februar 2020 liess der Beschwerdeführer an den beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren unter Kostenfolge festhalten (BVGer-act. 16) und aktuelle medizinische Unterlagen einreichen (BVGer-act. 16/1-5).

C.h Die Vorinstanz erneuerte in ihrer Duplik vom 5. Mai 2020 (BVGer-act. 20) – unter Hinweis auf die beigelegte Stellungnahme der IV-Stelle D._____ vom 30. April 2020 (BVGer-act. 20/1) – ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung und Bestätigung der angefochtenen Verfügung. In der eingeholten Stellungnahme wird – nach Rücksprache mit dem zuständigen RAD-Arzt (BVGer-act. 20/2) – an den Ausführungen gemäss Vernehmlassung vom 5. Dezember 2019 festgehalten.

C.i Mit Verfügung vom 8. Mai 2020 wurde der Schriftenwechsel geschlossen, wobei weitere Instruktionsmassnahmen vorbehalten blieben (BVGer-act. 21).

C.j Mit unaufgeforderter Eingabe vom 21. September 2023 teilte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers – unter Hinweis auf einen beiliegenden Spitalbericht (BVGer-act. 26/1) – mit, dass dieser am 8. September

2023 eine ventrikuläre Tachykardie mit Herzstillstand erlitten habe und sich demnächst einer weiteren Operation unterziehen müsse (BVGer-act. 26).

C.k Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3 Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. b ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist daher einzutreten, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 i.V.m. Art. 21 Abs. 3 VwVG).

2.

2.1 Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. 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 IVSTA erlassen.

2.2 Bis zum Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe (März 2017) war der Beschwerdeführer als Grenzgänger in (...) erwerbstätig. Im Zeitpunkt der Anmeldung bei der IV-Stelle D._____ (Juni 2017) wohnte er im benachbarten (...) (F), wo er heute noch lebt (IVSTA-act. 8). Der Beschwerdeführer macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle D._____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und die IVSTA bzw. Vorinstanz war kompetent für den Erlass der angefochtenen Verfügung.

3.

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

3.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

3.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

4.

4.1 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Das am 1. Januar 2022 in Kraft getretene revidierte IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBI 2017

2535) findet hier keine Anwendung, weil die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging (vgl. statt vieler: BGE 148 V 174 E. 4.1).

4.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 31. Juli 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither veränd-ert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsver-fügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

4.3 Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger, wohnt in Frankreich und war in der AHV/IV versichert. Es liegt damit offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1 m.H.). Folglich gelangen das Freizügigkeitsabkom-men vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit ge-mäss 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 Anwen-dung. 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 an-wendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungs-vorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Ur-teil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

5.

5.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidi-tät kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körper-lichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zu-mutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teil-weise 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 Erwerbsunfä-higkeit 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).

5.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

5.3 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

5.4 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.

5.5 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

5.5.1 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des

streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

5.5.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss aber über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

5.5.3 Versicherungsexterne Gutachten haben vollen Beweiswert, wenn sie den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen und nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465; 125 V 351 E. 3b/bb). Werden solche Expertisen demnach durch anerkannte Spezialärztinnen und -ärzte aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet und gelangen diese Arztpersonen bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen, so kommt diesen Gutachten volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 122 V 157 E. 1 c; 104 V 209 E. c).

5.5.4 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweismwürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die RAD-Berichte sind als versicherungsinterne Dokumente zu

würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f. sowie 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

5.5.5 Die Berichte und Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können – wie reine Aktengutachten – beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1; Urteile des BGer 8C_756/2008 E. 4.4 m.H. [SVR 2009 IV Nr. 50] sowie 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

5.5.6 Der Umstand, dass ein Gutachten im Auftrag eines Krankentaggeldversicherers – und somit nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG (vgl. dazu BGE 141 V 330 E. 3.2; 137 V 210 E. 3.4.2.9) – erstellt wurde, spricht nicht gegen dessen Beweiskraft für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung. Indessen sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind – wie bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen – ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Einem «Fremdgutachten» kommt somit nicht von vornherein dieselbe Beweiskraft zu wie einer gerichtlich oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Expertise unabhängiger Sachverständiger (Urteil des BGer 9C_280/2020 vom 12. August 2020 E. 2.2 m.w.H.).

5.5.7 Grundsätzlich besitzt auch das Parteigutachten, welches von der versicherten Person eigenständig bei einem Dritten eingeholt wird, nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder Sozialversicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten (vgl. BGE 125 V 351). Es gibt auch keinen Anspruch der versicherten Person, abschliessend nach einem Parteigutachten beurteilt zu werden (vgl. KASPAR GERBER, Das medizinische Privatgutachten in der Invalidenversicherung, in: Jusletter vom 10. August 2009, Rz. 3), genauso wenig wie die rechtsanwendenden Behörden ein solches allein mit Blick auf diese Eigenschaft unbeachtet lassen dürfen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/dd; Urteil des BGer 8C_200/2018 vom 7. August 2018 E. 6.2). Das Parteigutachten verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3c; Urteil des BGer 8C_635/2022 vom 16. Februar 2023 E. 4.1 m.H.).

5.5.8 Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinernen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

6.

Vorliegend ist streitig, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Zunächst ist zu prüfen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt ist.

6.1 Die Vorinstanz nahm hinsichtlich der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten:

- Compte-rendu, Laboratoire d'épreuve d'effort, (...) (F), vom 23.3.2017 (IVSTA-act. 28/27 ff.), 7.12.2017 (IVSTA-act. 28/19);
- Bulletin/Certificat d'hospitalisation, L._____, (...) (F), vom 8.4.2017 (IVSTA-act. 9/6), 10.4.2017 (IVSTA-act. 9/5, 12/11, 31/72), Hôpital civil, (...) (F), vom 9.4.2017 (IVSTA-act. 9/7, 12/13, 31/74), 13.4.2017 (IVSTA-act. 9/8, 12/12, 31/73);
- Avis d'arrêt de travail vom 13.4.2017 (IVSTA-act. 12/10, 31/71), 21.4.2017 (IVSTA-act. 9/4, 12/9, 31/70), 7.6.2017 (IVSTA-act. 9/1, 12/7), 11.6.2017 (IVSTA-act. 24.6), 22.6.2017 (IVSTA-act. 24.5);
- Certificat/Rapport médical, Dr. med. M._____, médecine générale, (...) (F), vom 18.5.2017 (IVSTA-act. 9/3, 12/8, 31/69), 31.5.2017 (IVSTA-act. 12/6, 31/67), 9.6.2017 (IVSTA-act. 9/2), 12.7.2017 (IVSTA-act. 15/2 ff., 31/66), 31.7.2017 (IVSTA-act. 18/2, 31/65, 31/38), 28.8.2017 (IVSTA-act. 31/64), 25.9.2017 (IVSTA-act. 31/63), 20.10.2017 (IVSTA-act. 31/62), 20.11.2017 (IVSTA-act. 31/61), 20.12.2017 (IVSTA-act. 31/78), 18.1.2018 (IVSTA-act. 31/79), 22.2.2018 (IVSTA-act. 31/83), 26.2.2018 (IVSTA-act. 28/2 ff.);
- Berichte, Dr. med. N._____, Cabinet de Cardiologie, (...) (F), vom 21.11.2016 (IVSTA-act. 15/42, 28/25), 16.5.2017 (IVSTA-act. 13/7), 29.5.2017 (IVSTA-act. 13/9), 9.9.2017 (IVSTA-act. 28/11 ff.), 9.11.2017 (IVSTA-act. 28/7), 22.5.2019 (IVSTA-act. 65/2);
- Bericht, Clinique O._____, (...) (F), vom 9.1.2018 (IVSTA-act. 28/10), 7.2.2018 (IVSTA-act. 28/9);
- Kardiologisches Gutachten/kardiologische Rückfragen/kardiologische Stellungnahme, Dr. med. G._____, FMH Kardiologie, (...) (P._____), vom 3.7.2018 (IVSTA-act. 34), 23.10.2018 (IVSTA-act. 43), 22./23.5.2019 (IVSTA-act. 64);
- Contre-expertise médicale, Dr. med. H._____, Cabinet de cardiologie, (...) (F), vom 3.12.2018 (IVSTA-act. 45, 46/2 f.);
- Arztbrief, Dr. med. I._____, Universitätsspital Q._____, Kardiovaskuläre Prävention/ambulante Klinik, vom 18.4.2019 (IVSTA-act. 58/6 ff.);
- Medizinische Stellungnahmen/Berichte des RAD, Dr. med. R._____, Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin FMH, vom 18.8.2017 (IVSTA-act. 20), Dr. med. S._____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 26.7.2018 (IVSTA-act. 35), 29.9.2018 (IVSTA-act. 41), 24.1.2019 (IVSTA-act. 48/2 f.), 10.5.2019 (IVSTA-act. 60), 6.6.2019 (IVSTA-act. 67), 30.10.2019 (IVSTA-act. 78).

6.2 Die angefochtene Verfügung stützt sich namentlich auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. S. _____ vom 24. Januar 2019 und 6. Juni 2019, welche auf das «kardiologische Gutachten» von Dr. G. _____ vom 3. Juli 2018 bzw. auf dessen Stellungnahmen vom 23. Oktober 2018 und 22. bzw. 23. Mai 2019 abstellen.

6.2.1 Der RAD-Arzt und Allgemeinmediziner Dr. S. _____ (nachfolgend auch: RAD-Arzt) äussert sich in seinen – der angefochtenen Verfügung zugrunde liegenden – Stellungnahmen im Wesentlichen wie folgt:

6.2.1.1 In der Stellungnahme vom 24. Januar 2019 (IVSTA-act. 48/2 ff.) kommt der RAD-Arzt – namentlich nach Einsicht in die Stellungnahme des Kardiologen Dr. G. _____ vom 23. Oktober 2018 (IVSTA-act. 43) und in das Gegengutachten des Kardiologen Dr. H. _____ vom 3. Dezember 2018 (IVSTA-act. 45, 46/2) – zum Schluss, dass gemäss versicherungsmedizinischer Beurteilung auf die gutachterliche Einschätzung von Dr. G. _____ abzustellen sei. Angesichts der abweichenden Einschätzung von Dr. H. _____ aus Frankreich ist laut RAD-Arzt fraglich, ob sich dieser der differenzierten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Schweizer Sozialversicherungssystem bewusst sei. Der RAD-Arzt attestiert dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit folglich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit März 2017. In einer leidensangepassten Verweistätigkeit (körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Vermeidung von andauerndem Stress) geht der RAD-Arzt beim Beschwerdeführer von März bis Dezember 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab Januar 2018 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % aus.

6.2.1.2 In der Stellungnahme vom 6. Juni 2019 (IVSTA-act. 67/2 ff.) gelangt der RAD-Arzt – nach Vorlage der Stellungnahme von Dr. G. _____ vom 22. bzw. 23. Mai 2019 (IVSTA-act. 64) sowie des Berichts des behandelnden Kardiologen Dr. N. _____ vom 22. Mai 2019 (IVSTA-act. 65/2) – zur versicherungsmedizinischen Beurteilung, dass die vorgelegte Stellungnahme von Dr. G. _____ ausführlich, differenziert und versicherungsmedizinisch nachvollziehbar sei. Der RAD-Arzt empfiehlt daher, an der bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festzuhalten.

6.2.2 Aus den vom Kardiologen Dr. G. _____ aus (...) erstellten aktenkundigen medizinischen Unterlagen, auf welche der RAD-Arzt abstellt, ergibt sich im Wesentlichen das Folgende:

6.2.2.1 Im «kardiologischen Gutachten» vom 3. Juli 2018 (IVSTA-act. 34), welches zuhanden der F._____ verfasst wurde, erhebt Dr. G._____ beim Beschwerdeführer die folgenden Diagnosen:

«Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

1. Status nach Myokarditis unklaren Datums

- Polytope ventrikuläre Extrasystolen bis hin zu selbstlimitierenden Kamertachykardien, Erstdiagnose 2005
- Status nach Ablationsbehandlung (...) 6/16
- Persistierende ausgeprägte ventrikuläre Ektopie, seit der Therapie mit Flecainid und Bisoprolol deutliche Besserung
- Status nach Implantation eines Defibrillators 11.04.2017 (...), bisher ohne Aktivierung
- Herz-MRI: Narbe lateral und apikal mit leicht eingeschränkter EF von 51 % (letzte MRI-Untersuchung 1/17)
- Echo 7/18: Apikale Hypo- bis Akinesie, leicht dilatierter linker Ventrikel, EF 53 %, diastolische Dysfunktion Grad II, leichte Mitralinsuffizienz»

«Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

1. Rezidivierende Synkopen, wahrscheinlich vasovagaler Ätiologie
2. Penicillinallergie
3. Status nach geringem Nikotinkonsum bis vor 5 Jahren»

Als derzeitige Medikation wird erwähnt (S. 5): Flecainid 200 mg 1-0-0, Bisoprolol 2.5 mg 0-0-1 (seit ca. Anfang 2018).

Dr. G._____ führte am 3. Juli 2018 – neben einer Befragung und einer kardiologischen Untersuchung des Beschwerdeführers – ein Ruhe-EKG, eine Ergometrie sowie eine transthorakale Echokardiografie durch (S. 2). In seiner Beurteilung (S. 8 ff.) kommt Dr. G._____ zum Schluss, dass während der rhythmologisch instabilen Situation und Abklärung von ca. 2015 bis Januar 2018 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seinem angestammten Beruf als Projektleiter bestanden habe. Seit 2018 liege aus rein kardiologischer Sicht eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf vor. Da ein Arbeitsversuch des Beschwerdeführers bei einem Pensum von 50 % aber an der geringen Leistungsfähigkeit gescheitert sei, wäre laut Dr. G._____ aufgrund des vermehrten Zeitbedarfs eine Präsenz von 70 % nötig. Für leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten, die stressfrei durchgeführt werden könnten, sei der Beschwerdeführer hingegen zu 80 % arbeitsfähig, wobei die 20 %-ige

Arbeitsunfähigkeit dem vermehrten Pausenbedarf aufgrund der Medikation Rechnung trage. Eine stressfreie Tätigkeit mit vor allem sitzender bis maximal mittelschwerer körperlicher Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu 100 % zumutbar. Sehr stressbelastende Arbeiten und körperliche Arbeiten seien dem Beschwerdeführer jedoch nicht zuzumuten. Auch dürfe der Beschwerdeführer Arbeiten in starken Magnetfeldern sowie mit mechanischer Beanspruchung der ICD-Loge nicht durchführen. Ebenso wenig seien Arbeiten verbunden mit Nacht- und Schichtarbeit zumutbar.

6.2.2.2 In seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2018 (IVSTA-act. 43) präzisiert der Kardiologe Dr. G. _____ – aufgrund der Rückfragen der IV-Stelle D. _____ (IVSTA-act. 36, 42) – seine bisherige Beurteilung dahingehend, dass der Beschwerdeführer rückwirkend von Anfang 2015 bis Ende 2017 auch für eine angepasste Tätigkeit nur zu 50 % arbeitsfähig anzusehen sei. Seit Januar 2018 bestehe jedoch eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit. Es gelte insgesamt, dass eine sitzende, stressfreie, leichte Arbeit als adaptierte Arbeit anzusehen sei und der Beschwerdeführer dabei seit Januar 2018 zu 100 % arbeitsfähig sei. Eine mittelschwere körperliche, stressfreie Arbeit verursache jedoch etwas mehr Pausenbedarf und könne – bei einer Präsenz von 100 % – zu 80 % ausgeführt werden. Insofern sei die mittelschwere Arbeit nicht als vollständig adaptiert anzusehen.

6.2.2.3 In einer weiteren Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 (IVSTA-act. 64), welche nach Vorlage der vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Unterlagen zuhanden der IV-Stelle D. _____ erfolgte (IVSTA-act. 62), hält der Kardiologe Dr. G. _____ an seiner bisherigen Beurteilung fest, wonach der Beschwerdeführer bei einer leichten und stressfreien Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für mittelschwere Arbeiten reduziert Dr. G. _____ – angesichts der doch ausgeprägteren, zumindest intermittierend vorhandenen ventrikulären Extrasystolen – allerdings auf 50 % wegen vermehrten Pausenbedarfs. Ausserdem erwähnt Dr. G. _____ in seiner Stellungnahme, dass ein Ausbau der Betablockertherapie und eine allfällige Amiodaron-Therapie möglich und sinnvoll erschienen, weshalb die medikamentöse Therapie noch nicht vollständig ausgeschöpft sei (IVSTA-act. 64/5). Zudem würden sicherlich die Verarbeitung der Rhythmusstörungen und die dabei auftretende Angst eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Insofern sei allenfalls auch eine psychiatrische Beurteilung in Auftrag zu geben (IVSTA-act. 64/7).

6.3 Der Beschwerdeführer bestreitet die Beweiskraft der medizinischen Unterlagen, welche der angefochtenen Verfügung zugrunde liegen.

6.3.1 Der Beschwerdeführer kritisiert im Beschwerdeverfahren (BVGer-act. 1, 16) – wie bereits im Vorbescheidverfahren (IVSTA-act. 57, 58) – die Auffassung der Vorinstanz, wonach dem Beschwerdeführer – gestützt auf die Einschätzung des RAD-Arztes – leichte und mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar seien. Damit werde – ohne Begründung – sogar von einer höheren Arbeitsfähigkeit für mittelschwere Tätigkeiten ausgegangen als in der von Dr. G._____ vorgenommenen Beurteilung, weshalb die angefochtene Verfügung auf falschen Annahmen beruhe und aufzuheben sei. Der Beschwerdeführer macht geltend, Dr. G._____ und der RAD-Arzt würden – trotz fehlender aktenkundiger Unterlagen – davon ausgehen, dass ab Januar 2018 eine Stabilität der Situation eingetreten sei, welche die Erhöhung der Arbeitsfähigkeit begründe. Dies stehe aber namentlich im Widerspruch zu den Ergebnissen anlässlich der im Universitätsspital Q._____ durchgeführten umfassenden Untersuchung vom 18. April 2019. Auf die Einschätzung von Dr. G._____, deren Begründung nicht nachvollziehbar und im Widerspruch zu früheren Äusserungen stehe, könne somit nicht abgestellt werden. Vielmehr sei auf die von Dr. I._____, Dr. H._____ sowie Dr. M._____ vorgenommene Einschätzung einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter, stressfreier Tätigkeit abzustellen und dem Beschwerdeführer eine entsprechende Rente auszurichten. Weiter rügt der Beschwerdeführer, die Vorinstanz habe unterlassen zu klären, ob die Untersuchungsbefunde vom 18. April 2019 – wie von Dr. G._____ erwähnt – auf eine geringere Betablockerwirkung oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zurückzuführen seien. Damit habe sie den medizinischen Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt. Es sei daher eventualiter eine neue Begutachtung auf der Grundlage sämtlicher Akten und nach erneuter Untersuchung mit überwachter Einnahme der Medikamente durchzuführen, sofern auf die von Dr. I._____ und Dr. H._____ vorgenommenen Einschätzungen nicht abgestellt werden sollte (vgl. insb. BVGer-act. 1 Rz. 23 ff.). Der Beschwerdeführer stützt seine Argumentation namentlich auf die folgenden, mehrheitlich bereits im Vorverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen, deren fehlende oder unrichtige Würdigung seitens der Vorinstanz er sinngemäss beanstandet.

6.3.2 Zunächst beruft sich der Beschwerdeführer auf die im Vorverfahren eingereichten Belege der behandelnden Arztpersonen: Die Hausärztin und Allgemeinmedizinerin Dr. M._____ aus (...) (F) attestierte dem

Beschwerdeführer gemäss Vorakten ab dem 23. März 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, ab dem 13. Juni 2017 (IVSTA-act. 12/6) bzw. 17. Juli 2017 eine solche von 50 % und ab dem 20. August 2017 bis auf unbestimmte Zeit erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IVSTA-act. 28/3). Eine Äusserung zur Prognose erachtete die Hausärztin als schwierig (IVSTA-act. 28/3). Eine zu erwartende Erhöhung der Arbeitsfähigkeit schloss sie aus (IVSTA-act. 28/4). Laut Dr. M. _____ leidet der Beschwerdeführer an einer ventrikulären Tachykardie als Folge einer Myokarditis (IVSTA-act. 9/2). Der behandelnde Kardiologe Dr. N. _____ aus (...) ging laut Vorakten am 29. Mai 2017 ebenfalls davon aus, dass der Beschwerdeführer ab Mitte Juni 2017 wieder zu 50 % arbeitsfähig sei (IVSTA-act. 13/9). Im Bericht vom 9. November 2017 kam Dr. N. _____ zu folgendem Schluss: «Examen cardiovasculaire stable. Probable récidence du trouble de rythme ventriculaire. Contrôle DAI fin novembre à (...). Épreuve d'effort prévue, échocardiographie d'expertise de contrôle prévue auprès du Docteur H. _____» (IVSTA-act. 28/8). Der Beschwerdeführer folgert daraus, dass Dr. N. _____ eine stabile rhythmologische Situation nicht habe feststellen können (BVGer-act. 16 Rz. 8).

6.3.3 Weiter stützt sich der Beschwerdeführer auf das von ihm bei der IV-Stelle D. _____ eingereichte Gegengutachten («Contre-expertise médicale»), welches der Kardiologe Dr. H. _____ aus (...) am 3. Dezember 2018 erstellte (IVSTA-act. 45/2; Eingang: 11. Dezember 2018) und nachträglich – auf Wunsch des Beschwerdeführers bzw. seiner Rechtsvertreterin – ergänzte (IVSTA-act. 46; Eingang: 20. Dezember 2018). Dr. H. _____ geht – nach Untersuchung des Beschwerdeführers – von folgender Diagnose aus: «Cardiomyopathie avec hyperexcitabilité ventriculaire stabilisée et fonction VG conservée». In Anbetracht dieser Diagnose (Kardiomyopathie mit stabilisierter ventrikulärer Übererregbarkeit und erhaltener Funktion des linken Ventrikels) sowie unter der Voraussetzung regelmässiger kardiologischer Kontrollen attestiert Dr. H. _____ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei Stress vermieden werden müsse, eine geringe körperliche Belastung (< 15 kg) empfohlen sei und möglichst keine Nacharbeit getätigt werden dürfe (IVSTA-act. 46).

6.3.4 Der Beschwerdeführer nimmt sodann Bezug auf den im Verwaltungsverfahren vorgelegten Arztbrief, welcher am 18. April 2019 von Dr. I. _____, Oberarzt am Universitätsspital (Kardiovaskuläre Prävention, Ambulante Klinik, Präventions-Sprechstunde), verfasst wurde (IVSTA-act. 58/6 ff.). Darin werden die folgenden kardiologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

«Ausgeprägte polymorphe ventrikuläre Extrasystolie ED 2005

- Koronarographie 2005: normal
- Herz-MRI 2010: inferolaterale Narbe, Hinweise auf eine mögliche stattgefundene Myokarditis
- Koronarographie 2010: normal
- Herz-MRI 2015: Hinweise für eine stattgefundene Myokarditis, LVEF 45%
- UHZ (...) 2016: 6 verschiedene VES-Morphologien, Katheterablation aus dem LV-Apex
- Herz-MRI 01/2017 (Hôpitaux universitaires de (...)): LVEF 51%, Hinweise für eine stattgefundene Myokarditis, grosse Narbe des linken Ventrikels lateral. Ähnliches Bild zu den vorherigen MRI von 2010 und 2015.
- TTE 02/2018 (Dr. H. _____): erhaltene LVEF
- St. n. Implantation eines DDD-ICD (Medtronic) 04/2017
- TTE 18.04.2019: LVEF 53%
- Spiroergometrie 18.04.2019: VO₂max/kg 33.2 ml/(min x kg), Auftreten von zahlreichen ventrikulären Extrasystolen, insbesondere in der Erholungsphase. Zahlreiche symptomatische Episoden von kurzen nicht anhaltenden VT (bis 5 Schläge) in der Erholungsphase
- Holter 18.04.2019: Häufige ventrikuläre Extrasystolen mit mindestens 2 Morphologien maximal über 4 Schläge (12.5% aller Schläge), fast 10'000 VES über 24 Std.»

Dr. I. _____ führte die kardiologische Begutachtung des Beschwerdeführers – im Auftrag des Beschwerdeführers bzw. seiner Rechtsvertreterin – am 18. April 2019 durch. Die Untersuchungen umfassten eine TTE (Trans-thorakale Echokardiographie), eine Spiroergometrie sowie ein Holter (IV-STA-act. 58/6). In seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers kommt Dr. I. _____ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seiner ehemaligen beruflichen Tätigkeit als Spengler nicht mehr arbeitsfähig sei. Aufgrund der ventrikulären Extrasystolie sei die rapportierte Müdigkeit des Beschwerdeführers bei Belastung klar verständlich. Eine körperlich leichte, ruhige Arbeit sei dem Beschwerdeführer in einem reduzierten Pensum von 50 % zumutbar. Dr. I. _____ schliesst sich der Einschätzung von Dr. H. _____ an und geht somit für Tätigkeiten mit körperlich leichter Belastung von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus. Als medizinische Massnahme sieht Dr. I. _____ den möglichen Versuch einer erneuten Aufsättigung mit Amiodaron und dann eine Therapie mittels 200 mg ein Mal täglich während dreier Monate, wobei diese bei einer ausbleibenden Besserung der Anzahl der VES sistiert werden könnte. Bei inakzeptablen Nebenwirkungen von Amiodaron, sollte laut

Dr. I. _____ die Betablocker-Therapie ausgebaut werden. Abschliessend hält Dr. I. _____ fest, dass die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich seiner Leistungsfähigkeit mit den technischen Untersuchungen sowie den Ergebnissen der Echokardiographie, der Spiroergometrie und des Holtres ebenso konsistent seien wie mit den Vorbefunden von Dr. H. _____ (IVSTA-act. 58/8 ff.).

6.3.5 Im Beschwerdeverfahren reicht der Beschwerdeführer schliesslich die folgenden medizinischen Unterlagen als Beweismittel ein:

6.3.5.1 Zum einen legt der Beschwerdeführer mit der Beschwerdeschrift den Arztbrief vom 22. August 2019 vor, mit welchem Dr. I. _____ die von ihm bzw. seiner Rechtsvertreterin am 2. August 2019 gestellten Fragen zusammengefasst wie folgt beantwortet: Sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Messung des Betablockers sei möglich, wobei letztere äusserst kompliziert sei. Die vom Beschwerdeführer am 18. April 2019 erreichten 24h-Holter-EKG-Werte und die Spiroergometrie-Werte könnten unter der verschriebenen Betablocker-Therapie erreicht werden. Konkret empfiehlt Dr. I. _____, die Betablocker-Therapie von 2.5 mg auf 5 mg Bilol zu erhöhen und die Therapie mit Flecainid weiterzuführen. Er schlägt vor, die Spiroergometrie und die Holter-EGK-Untersuchung zu wiederholen, wobei der Beschwerdeführer die Therapie in der Kardiologie einzunehmen hätte (BVGer-act. 1/3).

6.3.5.2 Zum anderen reicht der Beschwerdeführer mit der Replik die nachstehenden medizinischen Dokumente vor, welche dem Gericht – mit Ausnahme des Berichts von Dr. H. _____ – auch seitens der Vorinstanz übermittelt wurden (vgl. BVGer-act. 15 und 15/1). Der Beschwerdeführer macht gestützt auf diese Unterlagen geltend, angesichts eines Vorfalls vom 1. Februar 2020 mit Aktivierung des Defibrillators sei eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes eingetreten:

- Bulletin de situation, Hôpitaux T. _____, (...) (F), vom 2.2.2020 (BVGer-act. 16/3, 15/1/1);
- Compte-rendu d'hospitalisation provisoire, Hôpitaux T. _____, (...) (F), vom 2.2.2020 (BVGer-act. 16/4, 15/1/2);
- Bericht (Contrôle défibrillateur), Dr. med. U. _____, Kardiologe, Clinique O. _____, (...) (F), vom 5.2.2020 (BVGer-act. 16/5, 15/1/3);
- Bericht (Compte-rendu de consultation rythmologique), Dr. med. V. _____, Clinique O. _____, (...) (F), vom 10.2.2020 (BVGer-act. 16/2, 15/1/4);
- Schreiben von Dr. H. _____, Kardiologe, (...) (F), vom 2.2.2020 (BVGer-act. 16/1).

6.3.5.2.1 Aus den mit der Replik vorgelegten Unterlagen geht hervor, dass der Beschwerdeführer Anfang Februar 2020 zwecks Kontrolle des Defibrillators kurzzeitig hospitalisiert war (BVGer-act. 16/3-5). Gemäss dem eingereichten Bericht des Kardiologen Dr. V. _____ vom 10. Februar 2020 liegt beim Beschwerdeführer eine komplexe strukturelle Kardiomyopathie vor. Infolge des – bei schneller ventrikulärer Tachykardie – am 2. Februar 2020 erlittenen ICD-Schocks sei die antiarrhythmische Therapie erhöht worden, um weitere Herzrhythmusstörungen zu vermeiden. Dr. V. _____ geht aufgrund der kardialen Erkrankungen des Beschwerdeführers davon aus, dass dieser nur leichte körperliche Tätigkeiten ohne psychischen Stress ausführen könne, wobei diese Tätigkeiten bis maximal 50 % der Arbeitszeit (nicht länger als 4 Stunden pro Tag, 5-mal in der Woche) betragen könnten (BVGer-act. 16/2).

6.3.5.2.2 Dr. H. _____ hält im – ebenfalls mit der Replik – vorgelegten Bericht vom 26. Februar 2020 an seinen bisherigen Schlussfolgerungen fest und weist auf die schwere Herzkrankheit des Beschwerdeführers hin, welche unbestreitbar über fortschreitendes Potenzial verfüge und prophylaktische Massnahmen erfordere. Ausserdem führt Dr. H. _____ in seinem Bericht aus, dass der Beschwerdeführer im Moment zwar paucisymptomatisch sei (d.h. wenige Symptome aufweise), jedoch – gemäss einer kürzlich durchgeführten Holter-Untersuchung – weiterhin eine erhebliche ventrikuläre Übererregbarkeit («une importante hyperexcitabilité ventriculaire au holter effectué récemment») bestehe. Hinsichtlich seiner Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers erneuert Dr. H. _____ seine bisherigen Aussagen und ergänzt diese dahingehend, dass die Beschäftigung des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit vier Stunden pro Tag – mit notwendigen Pausen – nicht überschreiten dürfe (BVGer-act. 16/1).

6.3.5.3 Mit Eingabe vom 21. September 2023 weist der Beschwerdeführer schliesslich auf eine von ihm am 8. September 2023 erlittene ventrikuläre Tachykardie mit Herzstillstand hin, wobei der Defibrillator dreimal ausgelöst worden sei. Die Hospitalisation habe bis zum 12. September 2023 gedauert. Er müsse sich demnächst einer weiteren Operation unterziehen. Der Beschwerdeführer macht geltend, aufgrund seiner Herzerkrankung sei er weiterhin nicht belastbar und die Verhältnisse seien – entgegen der Behauptung der Vorinstanz und der Einschätzung von Dr. G. _____ – nach wie vor nicht stabil (BVGer-act. 26). Im beiliegenden Bericht von Dr. W. _____, Clinique O. _____ in (...), vom 12. September 2023,

werden der erneute kardiale Vorfall und der vorgesehene Eingriff (Ablation) bestätigt (BVGer-act. 26/1).

6.4 Die genannten Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. S. _____ (E. 6.2.1), auf welche sich die vorinstanzliche Verfügung stützt, beruhen nicht auf eigenen Untersuchungen. Sie können deshalb – wie dargelegt (E. 5.5.8) – nur dann abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Dies ist vorliegend aus den folgenden Gründen nicht der Fall.

6.4.1 Wie erwähnt, stellt der RAD-Arzt Dr. S. _____ auf die vom Kardiologen Dr. G. _____ vorgenommenen Beurteilungen ab. Das von Dr. G. _____ verfasste «kardiologische Gutachten» wurde von der F. _____ in Auftrag gegeben, weshalb es als ein «Fremdgutachten» zu qualifizieren ist, welchem – wie dargelegt (E. 5.5.6) – nicht dieselbe Beweiskraft zukommt wie einer gerichtlich oder von der Verwaltung veranlassten Expertise. Es genügen bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des «Fremdgutachtens», um dieses zu entkräften. Vorliegend bestehen aufgrund der Akten – wie die folgenden Erwägungen zeigen – stichhaltige Gründe gegen den Beweiswert des von Dr. G. _____ erstellten «kardiologischen Gutachtens»:

6.4.1.1 Zunächst ist festzuhalten, dass das «kardiologische Gutachten» von Dr. G. _____ die nach der Rechtsprechung für den Beweiswert medizinischer Expertisen geltenden Anforderungen nicht ohne Weiteres erfüllt (siehe E. 5.5.2; vgl. auch die Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin, Stand 1. Juli 2020, <https://www.swiss-insurance-medicine.ch>, abgerufen am 8.9.2023). Zu erwähnen ist namentlich Folgendes:

6.4.1.1.1 Das «Gutachten» wurde nicht in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben. Dr. G. _____ führt in der Expertise aus, er habe von der F. _____ keine medizinischen Unterlagen erhalten, indessen habe der Beschwerdeführer entsprechende Unterlagen mitgebracht (IVSTA-act. 34/1). Die in der Expertise aufgelisteten Akten sind aber offensichtlich nicht vollständig (vgl. E. 6.1) und teils nicht aktenkundig (z.B. Bericht von Dr. N. _____ vom 6.2.2018). Die Vorakten (inkl. medizinische Unterlagen) wurden Dr. G. _____ – soweit ersichtlich – im Übrigen auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt zugestellt.

6.4.1.1.2 Das «Gutachten» beruht nicht auf allseitigen Untersuchungen. Dr. G._____ führte keine Spiroergometrie und insbesondere kein Holter-EKG durch, sondern verliess sich teilweise auf Aussagen des Beschwerdeführers betreffend «in den letzten Monaten» durchgeführte Holter-EKGs (vgl. IVSTA-act. 34/4-5). Die entsprechenden Unterlagen finden sich allerdings (auch) nicht in den Vorakten, weshalb die Angaben nicht überprüft werden können. Laut dem aktenkundigen Holter-EKG-Bericht vom 8. Juni 2017 wurden jedenfalls auch nach der Implantation des Defibrillators im April 2017 zahlreiche Extrasystolen festgestellt (IVSTA-act. 15/7), was den Ausführungen von Dr. G._____ widerspricht, wonach «in der Folge ... nur noch seltene Extrasystolen ... festgestellt» wurden (IVSTA-act. 34/4).

6.4.1.1.3 Das «Gutachten» ist nicht hinreichend schlüssig und nachvollziehbar. Dr. G._____ geht zunächst ab Januar 2018 – mit kurzem Hinweis auf die medikamentöse Rhythmustherapie und das Fehlen rhythmogener Synkopen – von einer Stabilisierung der kardialen Situation des Beschwerdeführers aus und nimmt folglich ab diesem Zeitpunkt eine Steigerung von dessen Arbeitsfähigkeit auf 100 % an. Gleichzeitig stellt Dr. G._____ aber eine unsichere Prognose, weil eine kurative Behandlung nicht möglich sei und die Rhythmusstörungen sehr variabel auftreten könnten (IVSTA-act. 34/8-10). In der Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 geht Dr. G._____ beim Beschwerdeführer sodann von einem «Zustand nach Myokarditis mit bekannten ventrikulären Extrasystolen, die in ihrer Ausprägung wahrscheinlich variabel sein dürften» aus (IVSTA-act. 64/6). Er erwähnt sogar die Möglichkeit einer tatsächlichen Verschlechterung der ventrikulären Ektopie (IVSTA-act. 64/3). Unklar ist weiter, ob und inwiefern der Medikation bzw. den entsprechenden Nebenwirkungen bei der Beurteilung im «Gutachten» Rechnung getragen wird. Einerseits geht Dr. G._____ deswegen in einer angepassten Arbeit von einem vermehrten Pausenbedarf bzw. einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus (IVSTA-act. 34/8). Andererseits betrachtet er den Beschwerdeführer ab Januar 2018 zu 100 % arbeitsfähig (IVSTA-act. 34/11). In den ergänzenden Stellungnahmen (vgl. E. 6.2.2.2 f.) ist von der Medikation bzw. dem entsprechenden Pausenbedarf sodann keine Rede mehr, was der Beschwerdeführer zu Recht beanstandet (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 6). Vielmehr wird ein Pausenbedarf nun mit der mittelschweren körperlichen Arbeit begründet (IVSTA-act. 43/2). Im «Gutachten» erachtet Dr. G._____ die medikamentöse Therapie als ausgeschöpft (IVSTA-act. 34/10). In der Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 erscheint Dr. G._____ demgegenüber ein Ausbau der Medikation als möglich und sinnvoll, weshalb er sich noch nicht für eine definitive Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

aussprechen könne (IVSTA-act. 64/5). Nach dem Gesagten enthalten die von Dr. G. _____ im «kardiologische Gutachten» sowie in den ergänzenden Stellungnahmen gemachten Aussagen Widersprüche und Unklarheiten.

6.4.1.2 Weiter ergeben sich aus den vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten medizinischen Unterlagen (vgl. E. 6.3) mehr als geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Richtigkeit der von Dr. G. _____ getroffenen Einschätzung, wonach ab Januar 2018 beim Beschwerdeführer eine Stabilisierung der gesundheitlichen Situation eingetreten sei, welche zu einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit in leichter Tätigkeit führe:

6.4.1.2.1 Gemäss Bericht des Kardiologen Dr. N. _____ vom 9. November 2017 beklagte sich der Beschwerdeführer zwei Tage nach einem Höhenaufenthalt über erneute Herzrhythmusstörungen (IVSTA-act. 28/7). Laut Bericht des Kardiologen Dr. U. _____ vom 9. Januar 2018 erlitt der Patient einen weiteren Schwächeanfall bzw. eine Lipothymie (vgl. IVSTA-act. 28/10). Weiter blieb die Ejektionsfraktion zwischen Januar 2017 und Februar 2018 – soweit in den Akten ersichtlich – praktisch unverändert (IVSTA-act. 13/7, 28/9) und die Medikation zwischen November 2017 und Januar 2018 wurde nicht abgeändert (Flécaïne 200 mg/Tag und Bisocé 2.5 mg/Tag; IVSTA-act. 28/3 und 8). Ausserdem stellte die Hausärztin Dr. M. _____ im Bericht, welcher im Anschluss an die letzte Untersuchung vom 18. Januar 2018 verfasst wurde, – mit Hinweis auf die aktuellen Symptome – eine unsichere Prognose und wies auf eine mögliche weitere Ablation hin (IVSTA-act. 28/3).

6.4.1.2.2 Zu berücksichtigen ist weiter, dass die vorgelegten Berichte der Kardiologen Dr. H. _____ und Dr. I. _____ auf Explorationen beruhen, welche am 3. Dezember 2018 bzw. 18. April 2019 durchgeführt wurden und daher näher am massgeblichen Verfügungszeitpunkt (31. Juli 2019) lagen als die Untersuchung durch Dr. G. _____ vom 3. Juli 2018 (vgl. E. 6.3.3 f.), welcher damals im Übrigen – wie erwähnt – von einer unsicheren Prognose sprach (IVSTA-act. 34/9). Zwar nennt Dr. H. _____ am 3. Dezember 2018 – wie die Vorinstanz richtig bemerkt (BVGer-act. 20/1 S. 2) – ebenfalls eine gewisse Stabilisierung der kardialen Situation des Beschwerdeführers, allerdings ohne Durchführung von umfassenden Untersuchungen. Gleichzeitig verweist Dr. H. _____ bei seiner Einschätzung (Arbeitsfähigkeit von 50 %) aber auf das Stressproblem und die gesamten gesundheitlichen Umstände (IVSTA-act. 45/2). Dr. I. _____ betont am 18. April 2019 eine – mittels K. _____ festgestellte – ausgeprägte

ventrikuläre Extrasystolie (IVSTA-act. 58/6 ff.), welche Dr. G._____ in seiner Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 im Übrigen anerkennt (IVSTA-act. 64), und die in diesem Zusammenhang vom Beschwerdeführer rapportierte Müdigkeit bei Belastung, welche gemäss Dr. I._____ klar verständlich ist, so dass eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leichten, ruhigen Tätigkeit zumutbar sei (IVSTA-act. 58/8).

6.4.1.2.3 Die nach dem Verfügungszeitpunkt erstellten und vorgelegten medizinischen Unterlagen (E. 6.3.5) sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf den im relevanten Zeitraum gegebenen Sachverhalt erlauben (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in fine S. 366). Vorliegend betreffen die eingereichten Dokumente von Anfang Februar 2020 einen beim Beschwerdeführer am 1. Februar 2020 eingetretenen kardialen Vorfall (Aktivierung des Defibrillators samt Hospitalisation) (vgl. E. 6.3.5.2.1), und im aktenkundigen Bericht vom 26. Februar 2020 verweist Dr. H._____ auf das fortschreitende Potenzial der schweren Herzkrankheit des Beschwerdeführers (BVGer-act. 16/1). Der vorgelegte Spitalbericht vom 12. September 2023 betrifft schliesslich einen erneuten kardialen Vorfall mit Hospitalisation und einen vorgesehenen Eingriff (vgl. E. 6.3.5.3). Diese Unterlagen können als Indiz dafür gewertet werden, dass die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit Januar 2018 – entgegen der Ansicht von Dr. G._____ – nicht ohne Weiteres als stabil und nicht invalidisierend zu betrachten war.

6.4.2 Hinzu kommt, dass der RAD-Arzt Dr. S._____ – ohne Begründung – zulasten des Beschwerdeführers teilweise von den Beurteilungen des Kardiologen Dr. G._____ abweicht: In Bezug auf die angestammte Tätigkeit geht der RAD-Arzt ab März 2017 von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % aus (E. 6.2.1.1), während Dr. G._____ dem Beschwerdeführer diesbezüglich ab 2015 bis Januar 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und danach eine solche von 50 % (bei einer Präsenz von 70 %) attestiert (E. 6.2.2.1). Betreffend mittelschwere Tätigkeiten weicht der RAD-Arzt ebenfalls – ohne Begründung – von der Beurteilung des Kardiologen Dr. G._____ ab. Während Dr. G._____ in seiner letzten Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 annimmt, der Beschwerdeführer sei für mittelschwere Arbeiten zu lediglich 50 % arbeitsfähig (vgl. E. 6.2.2.3), hält der RAD-Arzt hinsichtlich einer mittelschweren Tätigkeit an seiner bisherigen Beurteilung fest, wonach der Beschwerdeführer ab Januar 2018 zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. E. 6.2.1). Der abweichenden Einschätzung des RAD-Arztes liegen – wie der Beschwerdeführer zu Recht

rügt (BVGer-act. 1 Rz. 16, 23) – keine kardiologischen oder andere medizinische Unterlagen zugrunde. Da der Allgemeinmediziner Dr. S. _____ über keine Facharztausbildung in der Disziplin Kardiologie verfügt und den Beschwerdeführer – wie erwähnt – nicht persönlich untersucht hat, ist seine diesbezügliche unbegründete Beurteilung nicht überzeugend.

6.4.3 Schliesslich ist festzuhalten, dass ein lückenloser Befund auch aus den folgenden Gründen nicht vorliegt: Der Beschwerdeführer beklagt – gemäss Akten – seit Jahren eine permanente und starke Müdigkeit, Schwindel mit Sturzfolgen (z.B. Fraktur des Mittelfusssknochens im Juni 2017) sowie elektrisierende Schmerzen im linken Bein (siehe u.a.: IVSTA-act. 15/3 f., 15/42, 18/2, 24.12, 28/7, 34/3 und 5-6, 45/2, 58/7). Aktenkundig ist weiter, dass die Hausärztin Dr. M. _____ die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in ihrer Stellungnahme vom 12. Juli 2017 (IVSTA-act. 15/4) u.a. auf eine leichte depressive Reaktion zurückführt. Der Kardiologe Dr. G. _____ geht in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. bzw. 23. Mai 2019 sodann davon aus, dass die Verarbeitung der Rhythmusstörungen und die dabei auftretende Angst des Beschwerdeführers eine nicht unerhebliche Rolle spielen würden, weshalb allenfalls eine psychiatrische Beurteilung in Auftrag zu geben sei (IVSTA-act. 64/4-5 und 7). Ausserdem nennt Dr. G. _____ am 3. Juli 2018 als Diagnose – ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – «Rezidivierende Synkopen, wahrscheinlich vasovagaler Ätiologie» (IVSTA-act. 34/9). Da vasovagale Synkopen u.a. durch emotionalen Stress ausgelöst werden können, kann das synkopale Leiden des Beschwerdeführers allenfalls im Zusammenhang mit einem psychischen Leiden stehen (vgl. Urteil des BVGer B-3056/2011 vom 19. November 2013 E. 7.3.4). Auch diese Frage blieb aber ungeklärt. Die Vorinstanz hätte angesichts der genannten Umstände somit weitergehende fachärztliche Abklärungen vornehmen müssen.

6.4.4 Aus dem Gesagten folgt, dass sich die Vorinstanz bei Erlass der angefochtenen Verfügung zu Unrecht auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. S. _____ stützte. Den Einschätzungen des RAD-Arztes, welcher den Beschwerdeführer nicht selber untersucht hatte, lag hierfür – wie aufgezeigt – keine hinreichend beweistaugliche und vollständige medizinische Dokumentation zugrunde.

6.5 Das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers kann – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – allerdings auch nicht gestützt auf das übrige aktenkundige Beweismaterial beurteilt werden. Im Hauptantrag verlangt der Beschwerdeführer die Zusprechung einer unbefristeten IV-Rente

ab März 2018 auf der Grundlage der von ihm eingereichten Berichte, wonach er in einer angepassten leichten, stressfreien Tätigkeit einzig zu 50 % arbeitsfähig sei (BVGer-act. 1 Rz. 24). Aus den vorne aufgelisteten Unterlagen (vgl. E. 6.3.2 ff.), welche vom Beschwerdeführer ins Recht gelegt werden, gehen sein Gesundheitszustand und seine funktionelle Leistungseinschränkung jedoch nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit hervor.

6.5.1 Die bei Dr. H. _____ und Dr. I. _____ eingeholten Berichte bzw. Gutachten wurden im Auftrag des Beschwerdeführers erstellt. Sie sind daher als Parteigutachten zu qualifizieren und bereits aus diesem Grunde – anders als die von Verwaltung oder Gericht angeordneten Gutachten – nicht voll beweiskräftig (vgl. E. 5.5.7). Hinzu kommt, dass die vorgelegten Unterlagen die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines Arztberichts nicht ohne Weiteres erfüllen (vgl. E. 5.5.2). Das von Dr. H. _____ verfasste Gegengutachten vom 3. Dezember 2018 (IVSTA-act. 45/2-4) ist insgesamt (zu) kurz gefasst, listet die Vorakten nicht auf und beruht – soweit ersichtlich – weder auf einer ausführlichen Anamnese noch auf umfassenden Untersuchungen (E. 6.3.3). Die Angaben zur Arbeits(un)fähigkeit wurden von Dr. H. _____ – auf Wunsch seitens des Beschwerdeführers – zwar nachträglich etwas präzisiert (IVSTA-act. 46/3). Es fehlen diesbezüglich aber nach wie vor hinreichend begründete Einschätzungen, welche auch widersprüchliche Vormeinungen diskutieren. Der im Beschwerdeverfahren eingereichte und nach dem Verfügungszeitpunkt erstellte Kurzbericht von Dr. H. _____ (BVGer-act. 16/1) ändert nichts an der eingeschränkten Beweiskraft seines Gegengutachtens. Gleiches gilt für den von Dr. I. _____ – auf Wunsch des Beschwerdeführers – erstellten Arztbrief vom 18. April 2019 (IVSTA-act. 58/6 ff.). Dieser Bericht ist – im Unterschied zu demjenigen von Dr. H. _____ – zwar ausführlicher und umfassender (vgl. E. 6.3.4). Dennoch fehlt ebenfalls namentlich eine Auseinandersetzung mit der abweichenden Einschätzung von Dr. G. _____. Zudem ist die von Dr. I. _____ vorgenommene Beurteilung zu hinterfragen, nachdem er eine Tätigkeit als angestellter Spengler – und nicht diejenige als Projektleiter im Sanitärbereich – als angestammten Beruf des Beschwerdeführers betrachtet (IVSTA-act. 58/8). Ausserdem empfiehlt Dr. I. _____ die Aufsättigung mit Amiodaron (IVSTA-act. 58/8), eine Erhöhung der Betablocker-Therapie sowie – nach Einnahme des Betablockers in der Klinik – die Wiederholung der Spiroergometrie und der Holter-EGK-Untersuchung (BVGer-act. 1/3). Die aktenkundige (arbeits-)medizinische Einschätzung durch Dr. I. _____ scheint folglich (noch) nicht definitiv zu sein.

6.5.2 Die übrigen Dokumente, auf welche sich der Beschwerdeführer beruft, sind allesamt sehr knapp gehalten, stammen teils von behandelnden Arztpersonen (E. 6.3.2) oder betreffen die Zeit nach dem Verfügungserlass (E. 6.3.5.2 f.) und entsprechen den beweisrechtlichen Anforderungen an einen Arztbericht (E. 5.5.2) nicht ohne Weiteres. Wie vorne dargelegt (E. 6.4.1.2), ergeben sich aufgrund der vom Beschwerdeführer vorgelegten medizinischen Unterlagen jedoch stichhaltige Gründe, welche gegen die Zuverlässigkeit der – der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegten – medizinischen Unterlagen sprechen. Die eingereichten Dokumente liefern konkrete Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses und darüber hinaus eine nicht unerhebliche gesundheitliche Problematik aufwies und deswegen in Frankreich in ärztlicher Behandlung stand. Schliesslich ist festzuhalten, dass trotz der eingeschränkten Beweiskraft der vorgelegten medizinischen Dokumente für das vorliegende Beschwerdeverfahren nicht auf deren mangelnde Eignung als Grundlage für ein erneutes Gutachten geschlossen werden kann, da für die Beweiskraft und die Tauglichkeit als Grundlage für ein Gutachten nicht dieselben Aspekte massgebend sind. Es ist davon auszugehen, dass die vorgelegten aktenkundigen Unterlagen glaubwürdige echtzeitliche Beobachtungen enthalten, die es einer Gutachterperson erlauben, die ihr unterbreiteten Fragen zu beantworten (vgl. dazu Urteil des BGer 4A_66/2018 vom 15. Mai 2019 E. 2.6.2.3).

6.6 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass der vorinstanzlichen Verfügung vom 31. Juli 2019 in medizinischer Hinsicht ein nicht rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde liegt (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb hier über den streitigen Rentenanspruch des Beschwerdeführers nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann und die genannte Verfügung aufzuheben ist. In den Akten fehlen umfassende, schlüssige, hinreichend begründete und nachvollziehbare medizinische Angaben zur Frage, wie sich der Gesundheitszustand und die Funktionseinschränkungen des Beschwerdeführers seit spätestens dem Jahre 2017 entwickelt haben. Erforderlich sind entsprechende medizinische Angaben zum Gesundheitsverlauf und der damit einhergehenden Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit (als Projektleiter im Sanitärbereich) und in einer leidensangepassten Tätigkeit, wobei deren medizinisches Anforderungsprofil zu bestimmen ist. Zu diesem Zweck ist ein interdisziplinäres Gutachten, welches insbesondere die bisher involvierten Fachrichtungen (Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin) umfassen soll, bei mit der Sache nicht vorbefassten Facharztpersonen in der Schweiz

einzuholen. Angesichts der in den aktenkundigen medizinischen Grundlagen erwähnten allfälligen psychischen Problematik des Beschwerdeführers, erscheint es angezeigt, namentlich auch die Disziplin Psychiatrie in die Begutachtung miteinzubeziehen. Die Fachdisziplinen werden allerdings von der Gutachterstelle abschliessend festzulegen sein (vgl. die Verfahrensbestimmung in Art. 44 Abs. 1 Bst. c i.V.m. Abs. 5 ATSG [in Kraft seit 1. Januar 2022]). Das vorliegende Ergebnis entspricht dem Grundsatz, wonach die umfassende administrative Erstbegutachtung regelmässig polydisziplinär und zufallsbasiert anzulegen ist, sofern die medizinische Situation nicht offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt, was hier nicht der Fall ist (BGE 139 V 349 E. 3.2).

6.7 Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten in medizinischer Hinsicht (E. 5.6) sowie zur anschliessenden Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung zur weiteren Abklärung ist hier rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4) ausnahmsweise möglich, da relevante Fragen bzw. Aspekte bisher vollständig ungeklärt blieben (vgl. E. 6.4). Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht (vgl. Urteil des BVGer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.4).

7. Die Beschwerde ist somit insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

8. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

8.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto

zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

8.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 Abs. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE], SR 173.320.2). Der Beschwerdeführer hat aufgrund seines Obsiegens Anspruch auf eine Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 2 VwVG). Da vorliegend keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des hier zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-]) gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer hat folglich Anspruch auf eine von der Vorinstanz zu leistenden Parteientschädigung in dieser Höhe. Die unterliegende Vorinstanz hat – als Bundesbehörde – keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario; Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

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

3.

Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz, die Beigeladene und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Viktoria Helfenstein

Patrizia Levante

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: