



## Urteil vom 12. November 2024

---

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richter Beat Weber,  
Richterin Selin Elmiger-Necipoglu,  
Gerichtsschreiberin Christa Preisig.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
vertreten durch Alexandra Meichssner, Rechtsanwältin,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,  
Verfügung der IVSTA vom 16. September 2022.

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

**A.a** Der am (...) 1970 geborene, in Deutschland wohnhafte deutsche Staatsangehörige A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) war in den Jahren 2002 und 2008 bis 2019 in der Schweiz als Altenpfleger erwerbstätig und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. Akten der Vorinstanz [IVSTA-act.] 10; 14; 104 S. 7).

**A.b** Mit vom 5. September 2019 datierendem Gesuch (Eingang am 23. September 2019) meldete er sich bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) zum Bezug von Leistungen an. Zur Begründung führte er eine hochgradige Herzinsuffizienz seit dem 28. April 2019 an und wies im Übrigen auf eine im Jahr 2005 aufgetretene chronische myeloische Leukämie, die jedoch «ausgeheilt» sei, hin (IVSTA-act. 2).

**A.c** Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IVSTA-act. 86; 92) sprach die IVSTA dem Versicherten mit Verfügung vom 16. September 2022 für die Zeit vom 1. April 2020 bis zum 31. Juli 2021 eine ganze Rente sowie ganze Kinderrenten für seine drei Kinder (geboren am [...] 2006, [...] 2009 und [...] 2019) zu. Im Übrigen wies die Vorinstanz die Ausrichtung einer über den 31. Juli 2021 hinausgehenden Rente ab (IVSTA-act. 104).

**B.**

**B.a** Gegen die Verfügung vom 16. September 2022 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 19. Oktober 2022 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer unbefristeten ganzen Rente ab 1. April 2020, eventualiter einer ganzen Rente ab 1. April 2020 und mindestens einer Viertelsrente ab 1. Mai 2021, wobei zusätzlich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt durch ein Gerichtsgutachten abzuklären sei. Subeventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur gutachterlichen Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Einsetzung der rubrizierten Rechtsanwältin als unentgeltliche Vertretung (Akten des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer-act.] 1).

**B.b** Nach Instruktionsverfügung vom 24. Oktober 2022 betreffend die Aufforderung zur Darlegung seiner finanziellen Verhältnisse zog der Beschwerdeführer seinen Antrag auf unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung mit Schreiben vom 7. November 2022 zurück (BVGer-act. 3 f.). Am 5. Dezember 2022 ging der mit Zwischenverfügung vom 10. November 2022 einverlangte Kostenvorschuss bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 5–7).

**B.c** Am 3. Januar 2023 reichte die Vorinstanz unter Beilage einer Einschätzung des Regionalen ärztlichen Dienstes (in der Folge: RAD) vom 16. Dezember 2022 ihre Vernehmlassung zu den Akten, in der sie die Abweisung der Beschwerde beantragte (BVGer-act. 8). Der Beschwerdeführer replizierte mit Eingabe vom 8. Februar 2023 (BVGer-act. 10). Die Vorinstanz reichte innert einmalig erstreckter Frist am 24. März 2023 ihre Duplik ein, der sie eine erneute Stellungnahme des RAD datierend vom 21. März 2023 beilegte und an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung festhielt (BVGer-act. 13–15). Mit Verfügung vom 11. April 2023 informierte der Instruktionsrichter die Parteien darüber, dass der Schriftenwechsel als abgeschlossen betrachtet werde (BVGer-act. 16), woraufhin die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers am 13. April 2023 eine Kostennote einreichte (BVGer-act. 17).

**B.d** Mit Schreiben vom 16. August 2024 ersuchte der Beschwerdeführer um Urteilsfällung und -eröffnung binnen Monatsfrist und behielt sich die Erhebung einer Rechtsverzögerungsbeschwerde vor. In der Beilage wurde eine aktualisierte Kostennote eingereicht (BVGer-act. 18). Der Instruktionsrichter teilte mit Antwortschreiben vom 21. August 2024 mit, dass das Bundesverwaltungsgericht sich um eine beförderliche Behandlung der Beschwerde bemühe (BVGer-act. 19).

**B.e** Am 17. Oktober 2024 wurde dem Beschwerdeführer mit Blick auf eine allenfalls drohende *reformatio in peius* Gelegenheit gegeben, Stellung zu nehmen zur möglichen Rückweisung an die Vorinstanz zwecks Durchführung einer interdisziplinären Begutachtung (BVGer-act. 20). Mit Schreiben vom 5. November 2024 teilte der Beschwerdeführer mit, dass er trotz der drohenden *reformatio in peius* ausdrücklich an seiner Beschwerde festhalte (BVGer-act. 21).

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

### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten.

### **2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 16. September 2022, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer rückwirkend sowie befristet für die Zeit vom 1. April 2020 bis zum 31. Juli 2021 eine ganze Rente sowie ganze Kinderrenten für seine drei Kinder zugesprochen, die Ausrichtung einer darüber hinausgehenden IV-Rente hingegen abgewiesen hat (IVSTA-act. 104).

### **3.**

**3.1** 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; 144 V 210 E. 4.3.1). Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; 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. 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 BSV 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). Vorliegend erfolgte die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache zwar nach dem 1. Januar 2022. Ein allfälliger Rentenanspruch hätte frühestens am 1. April 2020, mithin sechs Monate nach der im September 2019 erfolgten Anmeldung, entstehen können, weshalb für die Prüfung der Begründung eines

Rentenanspruchs die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend sind (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101).

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. September 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.3** Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 81 E. 8.3). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbe-reich 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).

#### **4.**

**4.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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).

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

**4.3** 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 [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

**4.4** Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Rente sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 mit Hinweisen). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

**4.5** 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

**4.6** Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418), so sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 145 V 361 E. 3.1).

## **5.**

Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet, sodass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Mit Ablauf des gesetzlichen Wartejahrs nach der attestierten Arbeitsunfähigkeit ab dem 28. April 2019 (siehe IVSTA-act. 52 S. 2) ist sechs Monate nach der Anmeldung für IV-Leistungen vom 5. September 2019 (Posteingang am 23. September 2019 [IVSTA-act. 1]) die Ausrichtung einer Invaliditätsrente ab dem 1. April 2020 zu prüfen. Der Beschwerdeführer ist gemäss seinem Hauptantrag der Ansicht, dass ihm aufgrund seiner diversen Erkrankungen ab dem 1. April 2020 eine unbefristete ganze Invalidenrente zustehe, eventualiter jedoch mindestens ab dem 1. April 2020 eine ganze Rente und ab dem 1. Mai 2021 eine Viertelsrente. Sollte das Bundesverwaltungsgericht die Ansprüche im genannten Umfang verneinen, erachtet er betreffend seinen Eventualantrag eine Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhaltes

durch ein Gerichtsgutachten für nötig. Subeventualiter beantragt er schliesslich eine Rückweisung an die Vorinstanz zur Abklärung des rechts-erheblichen medizinischen Sachverhalts (siehe zum Ganzen BVGer-act. 1 S. 2). Nachfolgend ist demnach zu prüfen, ob die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zu Recht für die Zeit vom 1. April 2020 bis zum 31. Juli 2021 eine ganze Rente zugesprochen, die Ausrichtung einer darüberhin-  
ausgehenden Rente hingegen abgewiesen hat (IVSTA-act. 104) beziehungsweise ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

## 6.

Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**6.1** Vom 28. April bis 6. Mai 2019 musste der Beschwerdeführer gemäss dem vorläufigen Entlassungsbericht vom 6. Mai 2019 wegen pektanginöser Beschwerden und Luftnot stationär im Krankenhaus B. \_\_\_\_\_ (Deutschland), Klinik für Innere Medizin, behandelt werden (IVSTA-act. 3 S. 5 ff.). Grund dafür waren eine dilatative Kardiomyopathie (Non-Compaction-Kardiomyopathie) mit neu aufgetretenem, komplettem Linksschenkelblock und echokardiografisch hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion sowie eine kardiale Dekompensation mit Lungenödem am 29. April 2019. Es wurden ein hohes Risiko für lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und eine Indikation für die Implantation eines kardioverten Defibrillators (ICD-Implantation) festgestellt, aufgrund derer der Versicherte vorderhand mit einer Life-Vest (Defibrillatorweste) entlassen wurde (siehe auch den Bericht des Zentrums C. \_\_\_\_\_ [Deutschland] vom 15. August 2019 [IVSTA-act. 16 S. 1 ff.]). Gemäss dem Entlassungsbericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ in (...) vom 11. Oktober 2019, wo der Versicherte sich vom 3. bis 27. September 2019 aufhielt, wurde schliesslich am 13. August 2019 eine CRT-D-Implantation (Einsetzung eines kardialen Resynchronisationsgeräts) vorgenommen (IVSTA-act. 18 S. 6 ff.). Vom 14. bis 15. November 2019 erfolgte ein weiterer stationärer Aufenthalt im Zentrum C. \_\_\_\_\_ in (...), anlässlich derer eine mittelgradig diffus beeinträchtigte linksventrikuläre Funktion mit einer Ejektionsfraktion von geschätzt 35% festgestellt wurde (IVSTA-act. 25).

Gemäss Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin und Kardiologie in (...), vom 8. Mai 2020 war der Versicherte bei der Vorstellung in seiner Praxis am 7. Mai 2020 kardial beschwerdefrei bei guter Belastbarkeit, wobei eine mittelgradig diffus beeinträchtigte linksventrikuläre Funktion mit

einer Ejektionsfraktion von 40% bestand. Dr. E.\_\_\_\_\_ schloss insgesamt auf kardial stabile Befunde unter der Herzinsuffizienztherapie und empfahl eine Weiterbehandlung mit der vorbestehenden Medikation (IVSTA-act. 32 S. 2; bestätigt in Berichten derselben Praxis vom 26. November 2020 sowie 13. Januar, 5. Mai und 9. September 2021 gemäss IVSTA-act. 64 S. 2, 7 und 9; 77 S. 8). Am 10. März 2022 schloss Dr. E.\_\_\_\_\_, der Versicherte sei körperlich belastbar. Die Echokardiografie habe eine leichte bis mittelschwer eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (Ejektionsfraktion von 40 bis 43%) gezeigt (IVSTA-act. 84 S. 1). Vom 6. bis 8. Juni 2022 befand der Versicherte sich wegen thorakalen Schmerzen und einer erneuten kardialen Dekompensation zur Durchführung einer transthorakalen Echokardiografie, Schrittmacherabfrage und Anpassung der Herzinsuffizienztherapie in Behandlung im Klinikum F.\_\_\_\_\_ (Deutschland). Gemäss Bericht des Chefarztes Prof. Dr. G.\_\_\_\_\_, Oberarztes Dr. H.\_\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_\_ ergab die transthorakale Echokardiografie eine leichtgradig eingeschränkte Pumpfunktion (Ejektionsfraktion von 50%; siehe IVSTA-act. 92 S. 2 ff.).

**6.2** Neben der dilatativen Kardiomyopathie, die den unmittelbaren Auslöser für die Arbeitsunfähigkeit ab dem 28. April 2019 darstellte, wird in den medizinischen Unterlagen mehrfach auf eine 2005 festgestellte chronisch myeloische Leukämie (CML) hingewiesen, deren langjährige Therapie mit Imatinib im Jahr 2016 bei kompletter Remission beendet wurde (vgl. namentlich IVSTA-act. 16 S. 1; 25 S. 2; 26 S. 1 f.; 32 S. 2; 92 S. 8 ff.). Gemäss Angaben des Beschwerdeführers muss er weiterhin jährlich drei bis vier Mal in ärztliche Kontrollen (IVSTA-act. 35 S. 1). Laut Bericht der hämatologisch-onkologischen Ambulanz des Klinikums J.\_\_\_\_\_ vom 18. Mai 2022, in welcher der Beschwerdeführer sich zur Verlaufskontrolle bei bekannter CML vorstellte, war nach Absetzen der Therapie vor 88 Monaten (sieben Jahre und vier Monate) weiterhin eine sehr tiefe molekulare Remission feststellbar. Aufgrund des «unverändert hervorragend[en]» Ansprechens bestand gemäss dem unterzeichnenden Oberarzt, Prof. Dr. K.\_\_\_\_\_, entsprechend kein Handlungsbedarf (IVSTA-act. 92 S. 8 ff.).

**6.3** Hinzu kamen in somatischer Hinsicht gemäss Bericht der Klinik L.\_\_\_\_\_ Zentrum Chirurgie vom 5. Dezember 2019 Plantarfasziitis bei beiden Füßen (IVSTA-act. 34 S. 2) sowie gemäss Bericht des Zentrums M.\_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 13. Mai 2020 Rückenbeschwerden in Form einer akuten Lumbago, Blockade L5 rechts (IVSTA-act. 31; 46; 64 S. 10), und eines degenerativen LWS-Syndroms mit geringgradiger Stenosierung

des Wirbelkanals, besonders durch die Bandscheiben-Deformitäten L2/3 und L4/5 (IVSTA-act. 46 S. 5).

Weiter wurde gemäss Bericht des Schlaflabors N. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 19. März 2021 ein obstruktives Schlafapnoesyndrom festgestellt (IVSTA-act. 64 S. 11). Gemäss eines Arztberichts eines Facharztes für Innere Medizin des Krankenhauses B. \_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2022 bestand Verdacht auf Gicht im Grosszehengrundgelenk rechts (IVSTA-act. 92 S. 6 f.).

Zuletzt reichte der Beschwerdeführer der IVSTA einen Arztbericht vom 17. August 2022 der Hochschulambulanz des Klinikums J. \_\_\_\_\_ (Deutschland) betreffend eine diagnostizierte Prurigo simplex subacuta (Dermatose) und den Verdacht auf chronisch spontane Urtikaria und ein orales Allergie-Syndrom zu den Akten (IVSTA-act. 102 S. 2 f.). Während des Beschwerdeverfahrens liess er dem Bundesverwaltungsgericht diesbezüglich einen vom 23. Dezember 2022 datierenden ärztlichen Kurzbrief des Klinikums J. \_\_\_\_\_, Klinik für Dermatologie und Venerologie, zukommen. Demnach wurde der Versicherte am erwähnten Datum zur Verlaufskontrolle dort vorstellig. Gemäss Kurzbrief wurden die Diagnosen der chronisch spontanen Urtikaria [sic] mit Angioödemkomponente im Rachenbereich, Prurigo simplex subacuta und Verdacht auf ein orales Allergie-Syndrom bestätigt, als Nebendiagnosen wurden eine chronische Rhinokonjunktivitis [sic] sowie Analfisteln (diagnostiziert im Oktober 2022) erwähnt. Nach Therapie mit dem Antihistaminikum Certerizin (recte: Cetirizin) sowie Fenistil-Tropfen zeigten sich bei der Verlaufskontrolle keine Quaddeln sowie ein blander Hautbefund (BVGer-act. 10 Beilage 16).

**6.4** Neben den körperlichen Leiden finden sich in den Vorakten mehrere Hinweise auf psychische Beschwerden. Im Standortgespräch mit der IV-Berufsberaterin vom 14. Oktober 2020 merkte der Beschwerdeführer an, er sei in der Nacht ständig wach und müsse sich dann am Tag ausruhen. Er fühle sich psychisch belastet, weil er seine Rolle als Ernährer nicht ausfüllen könne. Seine Ehefrau erlebte ihn als niedergeschlagen und dachte über die Notwendigkeit einer Psychotherapie nach (IVSTA-act. 35 S. 1). Auf Überweisung seines Hausarztes hin konsultierte der Beschwerdeführer am 13. November 2020 Dr. O. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in (...). Sie diagnostizierte eine schwere depressive Episode und eine akute Belastungsreaktion, begleitet von schweren Ein- und Durchschlafstörungen sowie kognitiver und körperlicher Fatigue. Sie empfahl – nach Rücksprache mit dem Hausarzt betreffend die Vorerkrankungen und der somatischen Medikation – eine antidepressive Therapie,

namentlich eine schlafanstossende antidepressive Behandlung mit Trazodon und eine stimmungsaufhellende, antriebssteigernde Therapie mit Sertralin (IVSTA-act. 52 S. 16 f.). Der behandelnde Hausarzt Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, führte diesbezüglich am 31. Dezember 2020 aus, seit Frühling 2020 sei zunehmende Antriebslosigkeit, Mattheit und Herabgestimmtheit im Sinn einer depressiven Entwicklung zu konstatieren, wobei der Versicherte sich nun Ende Jahr in einer depressiven Krise mit Konzentrationsstörungen, Schlaflosigkeit und negativem Gedankengut befinde (IVSTA-act. 52 S. 3). Er diagnostizierte eine schwere depressive Episode und verwies auf die antidepressive Therapie mit Trazodon und Sertralin (IVSTA-act. 53; siehe auch IVSTA-act. 71 S. 4). Anlässlich der Abklärung zur Invalidität im Haushalt am 14. und 15. Juli 2021 merkte der Beschwerdeführer selbst an, antriebslos zu sein und an einer Depression zu leiden. Namentlich fehle ihm die Energie zur Betreuung seiner zweijährigen Tochter, die deshalb fünf Tage pro Woche zu einer Tagesmutter gehe (IVSTA-act. 67 S. 1). Gemäss Kurzbericht von Dr. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in (...), lag auch am 27. Oktober 2021 eine gesichert schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F.32.2) vor, die mit 50 mg Sertralin und 25 mg Quetiapin behandelt werde (IVSTA-act. 77 S. 13). Der Hausarzt des Versicherten, Dr. P.\_\_\_\_\_, gab am 30. Dezember 2021 an, dass eine depressive Verstimmtheit aufgrund erheblicher Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls vorliege, jedoch keine psychiatrische Behandlung stattfinde (IVSTA-act. 80 S. 1 f.). Dies deckt sich mit der Auskunft, die seine Ehefrau am 22. Februar 2022 gegenüber der Sachbearbeiterin der Sozialversicherungsanstalt R.\_\_\_\_\_ machte. Demnach sei der Beschwerdeführer nicht in psychiatrischer Behandlung. Dies sei nicht nötig oder vorgesehen; er fühle sich bei seinem Hausarzt gut aufgehoben (IVSTA-act. 81). Dem Arztbrief des Klinikums F.\_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 8. Juni 2022, in welches der Beschwerdeführer sich vom 6 bis 8. Juni 2022 zur transthorakalen Echokardiografie, Schrittmacherabfrage und Anpassung der Herzinsuffizienztherapie begab, ist schliesslich zu entnehmen, dass er zu jenem Zeitpunkt weiterhin täglich Sertralin (50 mg) einnahm (IVSTA-act. 92 S. 3).

**6.5** Insgesamt war der Beschwerdeführer seit den akuten Herzproblemen am 28. April 2019 durchgehend krankgeschrieben bis mindestens am 30. Dezember 2021 (vgl. IVSTA-act. 71 S. 8; 80 S. 1 f.). Per April 2020 wurde ihm die Anstellung als diplomierter Altenpfleger im Alterszentrum S.\_\_\_\_\_, (...) (Kanton R.\_\_\_\_\_), im Pensum von 90%, gekündigt. Das Krankentaggeld war per April 2021 ausgeschöpft (IVSTA-act. 75 S. 1; 83 S. 1). Er hatte in dem für den vorliegend massgeblichen Zeitpunkt des

Erlasses der angefochtenen Verfügung am 16. September 2022 keine Arbeitstätigkeit aufgenommen.

## 7.

Die Vorinstanz hat die medizinische Situation des Beschwerdeführers mehrfach dem RAD zur Beurteilung vorgelegt:

**7.1** Am 10. Januar 2020 ging die RAD-Ärztin Dr. T.\_\_\_\_\_, Fachärztin Arbeitsmedizin, auf Basis der Erkenntnisse des Rehabilitationsberichts der Klinik D.\_\_\_\_\_ in (...) vom 11. Oktober 2019 (IVSTA-act. 18 S. 6 ff.) aufgrund der dilatativen Kardiomyopathie mit CRT-D-Implantation von einer «schwer eingeschränkte[n] Belastbarkeit» bis maximal 75 Watt aus, die eine weitere Tätigkeit als Altenpfleger unzumutbar mache. Eine Rückkehr in den angestammten Beruf war gemäss ihrer Einschätzung ausgeschlossen, da die Herzinsuffizienz sich trotz Schrittmacher und Herzinsuffizienztherapie nicht relevant verbessern werde. Für eine angepasste Tätigkeit bestand laut Dr. T.\_\_\_\_\_ hingegen aus medizinischer Sicht eine gute Prognose mit einem Zumutbarkeitsgrad von 80 bis 100% (IVSTA-act. 24).

**7.2** In seinem Bericht vom 19. Oktober 2021 fühlte sich Dr. U.\_\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, Vertrauensarzt der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) und Zertifizierter medizinischer Gutachter Swiss Insurance Medicine (SIM), wegen des Fehlens wegen des Fehlens aktueller Arztberichte in kardialer und psychischer Hinsicht seit Ende 2020 nicht in der Lage, eine Beurteilung der gesundheitlichen Situation vorzunehmen. Die Weiterentwicklung der schweren depressiven Episode, diagnostiziert vor über einem Jahr, sei nicht dokumentiert und der letzte kardiologische Bericht datiere vom November 2020. Entsprechend äusserte sich Dr. U.\_\_\_\_\_ einzig zur seiner Meinung nach 100%-igen Arbeitsunfähigkeit in der körperlich belastenden angestammten Tätigkeit in der Altenpflege und der vermuteten Zumutbarkeit einer sehr leichten Tätigkeit bei einer linksventrikulären Ejektionsfraktion von 40%. Er ersuchte um Ergänzung der Aktenlage mit aktuellen Auskünften zur kardiologischen und psychischen Symptomatik und Therapie (IVSTA-act. 75).

**7.3** Auf Grundlage aktualisierter medizinischer Unterlagen nahm Dr. U.\_\_\_\_\_ am 3. Mai 2022 erneut Stellung. Er schätzte die kardiale Situation seit der Schrittmacherimplantation als stabil ein. Es liege eine leichte bis mittelschwere Einschränkung der Herzpumpfunktion vor, symptomatisch ergebe sich Dyspnoe bei grösseren Belastungen wie

Treppensteigen. Darüber hinaus seien keine dauerhaften Einschränkungen erkennbar. Aufgrund dessen erachtete der RAD-Arzt eine Rückkehr in den Pflegeberuf nicht als möglich. Leichte, wenig belastende Tätigkeiten seien jedoch gestützt auf die wiederholten identischen kardiologischen Aussagen zur recht guten Belastbarkeit vollschichtig zumutbar. Da Ende 2020 noch eine schwere depressive Episode bestanden habe, aktuell aber keine psychiatrische Behandlung mehr stattfinde und die Leukämie nicht einschränkend sei, sei der Beginn der angepassten Arbeitsfähigkeit auf den Zeitpunkt der kardiologischen Untersuchung bei Dr. E. \_\_\_\_\_ vom Mai 2021 (siehe IVSTA-act. 77 S. 10) anzusetzen. Sollte der Versicherte sich generell nicht für arbeitsfähig halten, wäre aus der damaligen Sicht von Dr. U. \_\_\_\_\_ nur noch eine Begutachtung – vorzugsweise polydisziplinär – infrage gekommen (siehe zum Ganzen IVSTA-act. 85).

**7.4** In Reaktion auf die Einwände vom 17. Juni 2022 (IVSTA-act. 92) zum Vorbescheid vom 20. Mai 2022 nahm Dr. U. \_\_\_\_\_ am 6. Juli 2022 erneut Stellung. Er verwies zunächst auf die Konsultation im Klinikum F. \_\_\_\_\_ im Juni 2022 (IVSTA-act. 92 S. 2 ff.), bei der sich kardiologisch eine weitere leichte Verbesserung der Pumpfunktion (linksventrikuläre Ejektionsfraktion von 50%), bei fehlenden Klappenfehlern und regelrechter Schrittmacherfunktion, gezeigt habe. Dies entspreche beinahe einem Normalbefund, der bei einem Wert von über 50% liege. In optimal angepasster Tätigkeit sei demnach weiterhin eine volle Erwerbsfähigkeit gegeben (IVSTA-act. 95 S. 2 f.). Dahingehend äusserte sich Dr. U. \_\_\_\_\_ auch in seinen RAD-ärztlichen Stellungnahmen vom 5. August 2022 und 14. September 2022 (IVSTA-act. 98; 103)

**7.5** Während des Beschwerdeverfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht holte die Vorinstanz zwei weitere RAD-ärztliche Stellungnahmen ein. In seinen Ausführungen vom 16. Dezember 2022 stellte Dr. U. \_\_\_\_\_ sich auf den Standpunkt, dass der Fokus stets klar auf dem Herzleiden gelegen sei, welches sich unter Therapie massgeblich gebessert habe. Eine psychiatrische Behandlung hingegen habe nicht und jedenfalls nicht lege artis durch einen Facharzt stattgefunden, zudem seien zunächst keine Psychopharmaka eingesetzt worden. Dies spreche gegen einen relevanten Schweregrad oder Leidensdruck. Sertralin, das bei leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen verwendet werde, werde vorliegend nur in der Minimaldosierung von 50 mg eingesetzt, weshalb nicht von einer schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigung auszugehen sei. Die psychische Beeinträchtigung sei in keinem der spezialärztlichen Berichte erwähnt worden. Wäre eine erhebliche psychische Problematik zu erkennen

gewesen, wäre diese auch thematisiert worden, zumal psychokardiologische Aspekte von den Spezialisten nicht ausgeblendet würden. Es sei vielmehr der Hausarzt gewesen, der die Depression (am 30. Dezember 2021 [siehe IVSTA-act. 80 S. 1 f.]) erneut erwähnt habe. Der Bericht der Psychiaterin Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2021 sei fast zwei Jahre alt und nenne mit den Ängsten des Beschwerdeführers wegen der sozialen und gesundheitlichen Situation und der fehlenden Tagesstruktur IV-fremde Ursachen (siehe zum Ganzen BVGer-act. 8). Schliesslich hielt Dr. U. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 21. März 2023 daran fest, dass von voller Arbeitsfähigkeit in optimal angepasster Tätigkeit auszugehen sei. Seiner Einschätzung nach seien die Einschränkungen gestützt auf die zahlreichen medizinischen Berichte ausnahmslos kardiologischer Natur. Eine psychiatrische Behandlung und Psychopharmakotherapie habe nicht stattgefunden, wobei zuletzt eine Minimaldosierung von Sertralin ohne jegliche psychiatrisch-psychologische Behandlung eingesetzt worden sei. Der RAD habe alle medizinischen Belange mehrfach ausführlich gewürdigt, insbesondere auch die psychische Situation. Darauf sei zu verweisen. Im Übrigen tangiere die am 23. Dezember 2023 diagnostizierte Urtikaria im Rachenbereich die Arbeitsfähigkeit in keiner Weise (BVGer-act. 15).

## 8.

**8.1** Die Vorinstanz geht gestützt auf die dargelegte Aktenlage und die Einschätzungen des RAD im Wesentlichen davon aus, dass im Juni 2022 eine nur noch leicht eingeschränkte Pumpfunktion (linksventrikuläre Ejektionsfraktion von 50%) und damit beinahe ein Normalbefund vorgelegen habe. Bezüglich der chronischen myeloischen Leukämie habe sich ohne Therapie eine weiterhin vollständige, hämatologische, zytogenetische und molekulare Remission gezeigt, weshalb sich auch daraus keine nachvollziehbare und mit objektivierbaren medizinischen Fakten untermauerbare Arbeitsunfähigkeit ergebe. Aus medizinischer Sicht ist dem Beschwerdeführer gemäss der IVSTA die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit im Pflegeberuf nicht mehr zumutbar. Zum Zeitpunkt des Ablaufs des Wartejahrs am 28. April 2020 sei ihm aus medizinischer Sicht auch keine angepasste Tätigkeit zumutbar gewesen. Ab Mai 2021 hingegen, dem Zeitpunkt einer kardiologischen Untersuchung bei Dr. E. \_\_\_\_\_, sei von der Zumutbarkeit der Ausübung einer körperlich leichten, wenig belastenden Tätigkeit im Umfang von 100% auszugehen (siehe zum Ganzen IVSTA-act. 104 S. 11 ff.). Hinsichtlich der psychischen Beschwerden stellte die Vorinstanz sich in ihrer Vernehmlassung vom 3. Januar 2023 auf den Standpunkt, dass diese nicht IV-relevant sei, weshalb sich weitere Aussagen zur – ihrer

Meinung nach nicht vorhandenen – Polymorbidität erübrigen würden. Die Minimalmedikation, die seit Jahren fehlende fachärztlich-psychiatrische Therapie sowie der fortlaufende Hinweis in den medizinischen Berichten, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner somatischen Erkrankung eingeschränkt sei, würden klar auf einen fehlenden Schweregrad hinweisen. Namentlich hätte die psychische Problematik in den zahlreichen kardiologischen Berichten ab Mai 2020 benannt werden müssen, was aber nicht erfolgt sei (siehe zum Ganzen BVGer-act. 8).

**8.2** Die Vorinstanz stützt diese Schlussfolgerung auf die Stellungnahmen des RAD.

**8.2.1** Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die 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 Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C\_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

**8.2.2** Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung

vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

**8.2.3** Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD erlaubten, sich ein Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers zu machen, und ob ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

### **8.3**

**8.3.1** Hinsichtlich der somatischen Befunde stehen in den RAD-Berichten betreffend die Arbeitsfähigkeit die kardiologischen Beschwerden im Vordergrund. Diesbezüglich hat Dr. T. \_\_\_\_\_ in der ersten Stellungnahme des RAD vom 10. Januar 2020 namentlich auf den Rehabilitationsbericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2019 abgestellt, wonach nach Einsetzen des biventrikulären Herzschrittmachers mit Defibrillatorenfunktion im August 2019 eine stark eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion und eine Maximalbelastung von 75 Watt festzustellen war. Dr. T. \_\_\_\_\_ ging aufgrund dessen von einer schwer eingeschränkten Belastbarkeit aus, wobei sie anmerkte, dass ihre Einschätzung einer guten Prognose für eine angepasste Tätigkeit nur eine vorsichtige Schätzung darstelle (siehe IVSTA-act. 24 S. 3). In den folgenden RAD-Stellungnahmen stellte Dr. U. \_\_\_\_\_ insbesondere auf die periodischen Kontrollberichte des behandelnden Kardiologen Dr. E. \_\_\_\_\_ ab. In seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2021 ging Dr. U. \_\_\_\_\_ bei einer linksventrikulären Ejektionsfraktion von 40% grundsätzlich von einer Arbeitsfähigkeit in einer sehr leichten Tätigkeit aus, allerdings sei die medizinische Aktenlage nicht aktuell genug, um eine abschliessende Beurteilung vorzunehmen (vgl. IVSTA-act. 75 S. 5 f.). Am 3. Mai 2022 wiederum vermerkte RAD-Arzt Dr. U. \_\_\_\_\_ basierend auf Berichten von Dr. E. \_\_\_\_\_, dass eine Verbesserung der linksventrikulären Ejektionsfraktion von 40% im Mai und November 2020 auf 40 bis 43% im März 2022 ersichtlich sei, wobei der Versicherte seit der Schrittmacherimplantation kardial stabil und beschwerdefrei sei (IVSTA-act. 85 S. 4 f.). Am 6. Juli, 5. August und 14. September 2022 bekräftigte Dr. U. \_\_\_\_\_ seine Einschätzung, wonach sich mittlerweile eine linksventrikuläre Ejektionsfraktion von 50% und damit eine nur

noch sehr leichte Einschränkung der Herzpumpfunktion ergebe, womit diesbezüglich kein pathologischer Befund vorliege, der eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit begründen würde (vgl. IVSTA-act. 95 und 98).

**8.3.2** Den Akten ist allerdings zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer entgegen Dr. U. \_\_\_\_\_s Einschätzung der grundsätzlichen kardialen Beschwerdefreiheit im Juni 2022 aufgrund thorakaler Schmerzen und einer kardialen Dekompensation stationär im Klinikum F. \_\_\_\_\_ aufgenommen werden musste. Auch wenn er vorzeitig entlassen werden konnte, wurde die Herzinsuffizienztherapie angepasst und eine weitere Kontrolle beim behandelnden Kardiologen angeordnet (IVSTA-act. 96 S. 2 ff.). Die vom RAD-Arzt Dr. U. \_\_\_\_\_ festgestellte kardiale Beschwerdefreiheit respektive volle Belastbarkeit ist insofern gemäss den Akten zu relativieren, indem einerseits Hinweise auf fortbestehende kardiale Beschwerden bestehen und andererseits unklar ist, wie die Situation sich seither entwickelt hat. Namentlich ist nicht ersichtlich, ob es im Nachgang an die temporäre stationäre Aufnahme zu weiteren kardialen Vorfällen gekommen ist. Der vom RAD gelegte Fokus auf die Verbesserung der eingeschränkten Pumpfunktion und der fehlende Einbezug der kardialen Gesamtsituation erlaubt diesbezüglich keine Rückschlüsse. Jedenfalls lässt sich insgesamt aufgrund der Aktenlage und den Stellungnahmen des RAD, die nicht von Kardiologen erstellt wurden, nicht abschliessend beurteilen, ob die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken und gegebenenfalls in welchem Ausmass. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht, sodass die Diagnose allein keine Schlüsse in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. Urteil des BGer 9C\_911/2017 vom 16. März 2018 E. 3.1; BGE 140 V 193 E. 3.1). Eine Arbeitsunfähigkeit resultiert vielmehr aus der Intensität der Symptome und der Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. Urteile des BGer 8C\_391/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 5.3.1 und 8C\_362/2010 vom 11. März 2011 E. 4.2.2).

**8.3.3** Ferner benutzt der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht des Schlaflabors N. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2021 während durchschnittlich 4.16 Stunden pro Nacht ein APAP-Gerät für die Luftzufuhr (vgl. IVSTA-act. 90 S. 9; weitere Hinweise auf die Schlafapnoe in den Vorakten ergeben sich passim). Weder der Verlauf dieser Beschwerden noch deren allfälligen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lassen sich anhand der vorliegenden Akten abschliessend beurteilen.

Gleich verhält es sich mit den aktenkundig zeitweise aufgetretenen Rückenbeschwerden.

## 8.4

**8.4.1** Schliesslich ergeben sich aus den vorliegenden medizinischen Akten, wie in E. 6.4 dargelegt, zahlreiche Hinweise auf ein psychisches Leiden. Eine fachärztliche Diagnosestellung ist gemäss den Vorakten nur in rudimentärer Weise erfolgt. So hat Dr. O.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 13. November 2020 eine schwere depressive Episode und eine akute Belastungsreaktion, begleitet von schweren Ein- und Durchschlafstörungen sowie kognitiver und körperlicher Fatigue, diagnostiziert (IVSTA-act. 52 S. 16 f., wobei betreffend die Fatigue unklar bleibt, ob diese im Zusammenhang mit der chronischen myeloischen Leukämie stehen könnte [zur Cancer-related Fatigue siehe Urteil des BGer 8C\_163/2022 E. 4.5]). Es handelt sich hierbei jedoch um eine Erstkonsultation, wobei der weitere Verlauf fachärztlich nicht dokumentiert ist. Einzig Dr. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hat in einem wenig aussagekräftigen Kurzbericht vom 27. Oktober 2021 die Diagnose fachärztlich insofern bestätigt, als er von einer gesichert schweren depressiven Episode (ICD-10 F.32.2) ausging, die mit 50 mg Sertralin und 25 mg Quetiapin behandelt werde. Der Beschwerdeführer komme damit «recht gut zurecht», wobei aktuell jedoch «wenig Auskunft über das Zustandsbild des Patienten» gegeben werden könne (IVSTA-act. 77 S. 13). In der Folge nahm der Beschwerdeführer bis mindestens Juni 2022 weiterhin täglich Sertralin (50 mg) ein (siehe IVSTA-act. 92 S. 3). Zuletzt äusserte der Hausarzt Dr. P.\_\_\_\_\_ sich am 3. Juli 2022 in einer Stellungnahme dahingehend, dass der Versicherte unter einem allgemeinen Erschöpfungssyndrom im Sinn einer Depression leide (IVSTA-act. 96 S. 1).

**8.4.2** Soweit sich die vorhandenen Berichte bezüglich der psychischen Beschwerden überhaupt zur Arbeits- beziehungsweise Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers äussern, divergieren die Einschätzungen. In der besagten Stellungnahme vom 3. Juli 2022 beschied Dr. P.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der von ihm diagnostizierten Depression einen erhöhten Erholungs- und Pausenbedarf und erachtete eine 100%-ige Arbeitstätigkeit als «illusorisch» (IVSTA-act. 96 S. 1). Angesichts der genannten psychiatrischen Diagnosen hat jedoch grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409; 145 V 215). In den vorliegenden Unterlagen fehlen die Grundlagen, welche die Prüfung des tatsächlich erreichbaren

Leistungsvermögens im Licht der massgeblichen Indikatoren nach BGE 141 V 281 erlauben würden. Namentlich liegen, abgesehen von derjenigen Dr. O. \_\_\_\_\_s vom 13. November 2020 und Dr. Q. \_\_\_\_\_s vom 27. Oktober 2021, keine fachärztliche Beurteilung vor. Aktuelle Berichte zur psychischen Situation und deren Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers fehlen gänzlich. Dennoch hat RAD-Arzt Dr. U. \_\_\_\_\_ eine psychische Störung zwar nicht grundsätzlich verneint, ihr jedoch einen relevanten Schweregrad auch im Beschwerdeverfahren abgesprochen (vgl. seine Stellungnahmen vom 16. Dezember 2022 und 21. März 2023 [BVGer-act. 8; 15]). Entsprechend hat er keine Prüfung der Standardindikatoren vorgenommen. Hierzu wäre die Vorinstanz jedoch aufgrund der insbesondere von Dr. P. \_\_\_\_\_ konstant vermerkten und gemäss seiner hausärztlichen Einschätzung über Monate andauernden depressiven Störung, die zumindest im November 2020 und Oktober 2021 auch fachärztlich diagnostiziert wurde, verpflichtet gewesen. Es kann daher vorliegend nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, es würden keine (relevanten) psychiatrischen Komorbiditäten bestehen, zumal der Beschwerdeführer seit Ende 2020 bis mindestens Juni 2022 ein Antidepressivum einnahm. Insofern erweist sich die Annahme von Dr. U. \_\_\_\_\_, wonach beim Beschwerdeführer offensichtlich kein ausgeprägter Schweregrad bestehe, weder hinreichend diagnostisch abgestützt noch nachvollziehbar hergeleitet. Noch am 3. Mai 2022 hat Dr. U. \_\_\_\_\_ im Übrigen in seiner Stellungnahme angemerkt, dass «nur noch eine Begutachtung (vorzugsweise polydisziplinär) infrage» käme, wenn der Versicherte sich für generell nicht arbeitsfähig halten sollte (IVSTA-act. 85 S. 5). Weshalb diese trotz der kontinuierlich geltend gemachten generellen Erwerbsunfähigkeit dennoch nicht in die Wege geleitet wurde und stattdessen rund fünf Monate später die angefochtene Verfügung erging, erschliesst sich nicht. Es spricht aber dafür, dass auch beim zuständigen RAD-Arzt zumindest Zweifel betreffend die Lückenlosigkeit der verschiedenen Befunde und deren Zusammenspiels bestanden.

**8.5** Nach dem Gesagten erweisen sich die medizinischen Akten in mehrfacher Hinsicht als unvollständig. Insbesondere fehlen umfassende Abklärungen zu den für die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Indikatoren nach BGE 141 V 281 erforderlichen Grundlagen und damit zu den allfälligen Auswirkungen der psychiatrischen und somatischen Beschwerden auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die auf einem unvollständig abgeklärten (medizinischen) Sachverhalt beruhenden Stellungnahmen der RAD-Ärzte vermögen somit

den beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.

## **8.6**

**8.6.1** 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 und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

**8.6.2** 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. 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). Demzufolge ist der Antrag des Beschwerdeführers auf Einholung eines Gerichtsgutachtens abzuweisen.

**8.6.3** Mit Blick auf die psychischen und somatischen Leiden des Beschwerdeführers ist die Vorinstanz anzuweisen, den Beschwerdeführer in der Schweiz im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung und unter Berücksichtigung der Indikatoren nach BGE 141 V 281 zumindest durch Fachärzte in den Disziplinen Psychiatrie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie und Orthopädie 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. 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 gesamten Verlauf des gesundheitlichen Zustands und dessen Entwicklungen seit dem 1. April 2020 (Rentenanspruchsbeginn) sowie dem 1. Mai 2021 (Zeitpunkt der gemäss Vorinstanz angenommenen und vom Beschwerdeführer bestrittenen Verbesserung des Gesundheitszustands) zu befassen. Einzubeziehen sind schliesslich auch die seitherigen Entwicklungen des Gesundheitszustands bis zum Zeitpunkt der nach dem vorliegenden Rückweisungsurteil zu erlassenden neuen Verfügung. Ferner ist im Anschluss an die Klärung der Frage der funktionellen

Leistungsfähigkeit und der Ausrichtung einer allfälligen IV-Rente für den Beschwerdeführer auch der Anspruch auf allfällige Kinderrenten neu zu beurteilen.

**8.6.4** Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer *reformatio in peius* birgt, da die von der Vorinstanz mit Verfügung vom 16. September 2022 zugesprochene ganze Rente sowie die drei ganzen Kinderrenten für die Zeit vom 1. April 2020 bis zum 31. Juli 2021 in Frage gestellt werden (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Allerdings verlangt vorliegend der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren gemäss seinem Subeventualantrag die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Sache zur gutachterlichen Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts. Zusätzlich hat er mit Stellungnahme vom 5. November 2024 trotz drohender allfälliger Änderung der Verfügung zu seinen Ungunsten ausdrücklich an seiner Beschwerde festgehalten (BVGer-act. 21).

## 9.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der massgebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht unvollständig abgeklärt worden ist. Damit lässt sich anhand der vorliegenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilen, ob und gegebenenfalls inwiefern eine rentenrelevante Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Dabei ist die Vorinstanz anzuweisen, den Beschwerdeführer in der Schweiz zumindest durch Fachärzte in den Disziplinen Psychiatrie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie und Orthopädie begutachten zu lassen. Der Beizug allfälliger weiterer Fachärzte ist in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter zu stellen.

## 10.

**10.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). Entsprechend sind dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der

geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

## 10.2

**10.2.1** Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Hat die zu entschädigende Partei wie vorliegend beim in Deutschland wohnhaften Beschwerdeführer ihren Wohnsitz im Ausland, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). Die geltend gemachten Spesen werden aufgrund der tatsächlichen Kosten ausbezahlt (Art. 11 Abs. 1 Satz 1 VGKE).

**10.2.2** Mit detaillierter Kostennote vom 16. August 2024 wird eine Entschädigung von Fr. 5'175.50 (18 Stunden und 35 Minuten zu Fr. 270.– und Auslagen von Fr. 158.90) geltend gemacht. Zunächst ist festzuhalten, dass im Bereich der Invalidenversicherung der vor Bundesverwaltungsgericht übliche Stundenansatz Fr. 250.– beträgt. Der geltend gemachte Stundenansatz ist entsprechend zu reduzieren (vgl. Urteil des BVGer C-3286/2014 vom 15. Mai 2017 E. 6.2.2 m.H. auf Urteil des BGer 9C\_484/2010 vom 16. September 2010 E. 3). Der geltend gemachte Zeitaufwand erweist sich überdies als zu hoch. Namentlich kann der Zeitaufwand für das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung, dessen nachträglichen Rückzug und die neuerliche, irrtümliche Gesuchstellung nicht als notwendig im Sinn von Art. 10 Abs. 1 VGKE bezeichnet werden. Auch die Notwendigkeit des E-Mail-Verkehrs zwischen der Rechtsvertreterin und dem Beschwerdeführer wird in der gemäss Kostennote aufgeführten grossen Häufigkeit nicht dargetan. Unter Berücksichtigung des

Verfahrensausgangs, des gebotenen Aufwands und der Bedeutung der Streitsache sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint vielmehr ein Aufwand von insgesamt 14 Stunden als angemessen. Der verrechnete Spesenaufwand von Fr. 158.90 wird detailliert aufgeschlüsselt und ist nicht zu beanstanden.

**10.2.3** Die notwendigen Vertretungskosten des Beschwerdeführers belaufen sich somit auf total Fr. 3'658.90 (14 Stunden zu Fr. 250.– zuzüglich Auslagen von Fr. 158.90), wobei die Entschädigung ohne Mehrwertsteuer zuzusprechen ist, da der Beschwerdeführer im Ausland wohnt und es sich um keine Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtspflege handelt (vgl. Urteile des BVGer C-2399/2024 vom 12. Juli 2024 und C-445/2021 vom 14. November 2023). Dem Beschwerdeführer ist entsprechend zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in diesem Umfang zuzusprechen.

(Dispositiv nachfolgende Seite)

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 16. September 2022 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Die Vorinstanz wird angewiesen, den Beschwerdeführer in der Schweiz zumindest durch Fachärzte in den Disziplinen Psychiatrie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie und Orthopädie begutachten zu lassen. Der allfällige Beizug weiterer Fachärzte wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz beziehungsweise des Gutachters gestellt.

**3.**

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

**4.**

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 3'658.90 zugesprochen.

**5.**

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

David Weiss

Christa Preisig

**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: