Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-6534/2024

Urteil vom 13. Oktober 2026

Besetzung

Richter Philipp Egli (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiber Walter Schmid.

Parteien

A._____, (Österreich),
vertreten durch MLaw Silvana Ebneter, Rechtsanwältin,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 17. September 2024.

Sachverhalt:

A.

A.a Der am (…) 1967 geborene österreichische Staatsangehörige A._____, (Beschwerdeführer) ist verheiratet und Vater von zwei Kindern (geboren 2001 und 2008). Er ist in Österreich wohnhaft und war in den Jahren 1990 bis 2007 in der Schweiz erwerbstätig (IV-act. 9, 19). Seit 1. September 2020 war der Beschwerdeführer vollzeitlich bei der B._____ AG in (…) (C._____) angestellt und übte daneben eine selbständige Tätigkeit (ca. 10%-Pensum) in Österreich aus (IV-act. 9-6/9, 19 und 24-9/12).

A.b Im Februar 2022 erlitt der Beschwerdeführer eine Covid-bedingte Lungenentzündung und befand sich vom 8. Februar 2022 bis 4. März 2022 in stationärer Spitalbehandlung in Österreich (IV-act. 21 S. 3 f.). Seither hat er seine Arbeit in der Schweiz nicht mehr aufgenommen, wobei die B._____ AG das Arbeitsverhältnis am 30. Juni 2022 per Ende August 2022 kündigte (vgl. IV-act. 24-3/12 und 27). Am 14. September 2022 teilte der Beschwerdeführer der IV-Stelle die Aufgabe seiner selbständigen Erwerbstätigkeit mit (IV-act. 32).

B.

B.a Am 5. Mai 2022 meldete sich der Beschwerdeführer für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen bei der IV-Stelle des Kantons C._____ (nachfolgend: IV-Stelle) an (IV-act. 9).

B.b Mit ärztlichem Bericht zur Eingliederung vom 17. Mai 2022 hatte der Hausarzt Dr. D._____, Facharzt für Allgemeine Medizin und Innere Medizin, der IV-Stelle diverse medizinische Berichte zukommen lassen und als Diagnosen unter anderem eine Covid-19-Pneumonie sowie segmentale Lungenembolien beidseits bestätigt (IV-act. 21). In der Folge wurden weitere medizinische Berichte erstattet (IV-act. 51, 58, 79). Mit Mitteilung vom 10. Februar 2023 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Massnahmen, da sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage sehe, im zumutbaren Pensum an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken (IV-act. 85).

B.c Am 6. und 18. März 2024 wurde der Beschwerdeführer im ABI Basel medizinisch begutachtet (IV-act. 122-5/70 Ziffer 1.3). Mit Hinweis auf das interdisziplinäre Gutachten des ABI vom 8. Mai 2024 (IV-act. 122)

attestierte der RAD-Arzt Dr. med. E._____, Facharzt Chirurgie FMH, am 21. Mai 2024 eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit ab September 2023 (IV-act. 125).

B.d Mit Vorbescheid vom 10. Juni 2024 stellte die IV-Stelle die Leistungsabweisung in Aussicht, da die Voraussetzungen für eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 29% bzw. 36% (bei Berücksichtigung eines Pauschalabzugs von 10% ab 1. Januar 2024) nicht erfüllt seien (IV-act. 129). In dem dagegen erhobenen Einwand vom 2. Juli 2024 verwies der Beschwerdeführer auf eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 80% (IV-act. 130). Mit Verfügung vom 17. September 2024 wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) das Leistungsbegehren ab (BVGer-act. 1 Beilage 2).

C.
Mit Bescheid vom 9. November 2022 lehnte die Pensionsversicherungsanstalt der Landesstelle F._____ (Österreich) den Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitspension ab, da gemäss Ergebnis der ärztlichen Begutachtung keine Berufsunfähigkeit vorliege (IV-act. 80, 80-2/3). Gegen diesen Bescheid erhob der Beschwerdeführer am 10. Januar 2023 Klage beim Landesgericht (…) (Österreich). Das Landesgericht ordnete hierauf mehrere Gutachten zur Abklärung des Gesundheitszustands an (BVGer-act. 1 Beilagen 4-9).

D.

D.a Gegen die Verfügung der Vorinstanz vom 17. September 2024 erhob der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin Silvana Ebneter, am 17. Oktober 2024 Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der Verfügung sowie die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren sei bis zur rechtskräftigen Erledigung des Verfahrens vor dem Landesgericht (…) (Österreich) zu sistieren. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Vorinstanz (BVGer-act. 1).

D.b Am 24. Oktober 2024 ging der mit Zwischenverfügung vom 21. Oktober 2024 einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 2 und 4).

D.c In der Eingabe vom 2. Dezember 2024 teilte der Beschwerdeführer mit, dass das Landesgericht (…) (Österreich) mit Beschluss vom

20. November 2024 einen weiteren Sachverständigen bestellt habe und das Verfahren vor dem Landesgericht weiter andauere (BVGer-act. 8).

D.d In der Vernehmlassung vom 11. Dezember 2024 beantragte die Vorinstanz mit Hinweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 29. November 2024 Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 9).

D.e Mit Zwischenverfügung vom 13. Dezember 2024 wies der Instruktionsrichter den Antrag auf Sistierung des Beschwerdeverfahrens sowie den Antrag auf Fristansetzung für eine Beschwerdeergänzung bei Ablehnung der Sistierung ab und räumte dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Einreichung einer Replik ein (BVGer-act. 10).

D.f Mit Replik vom 17. Februar 2025 bestätigte der Beschwerdeführer den Antrag auf Aufhebung der Verfügung vom 17. September 2024. Den Eventualantrag präzisierte er dahingehend, dass ein Gerichtsgutachten einzuholen oder die Angelegenheit zur weiteren Abklärung und Leistungsbeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen sei. Zusätzlich reichte er ein im Verfahren vor dem Landesgericht (…) (Österreich) erstelltes neurologisches Fachgutachten vom 16. Januar 2025 sowie eine Ergänzung vom 5./13. November 2024 des ebenfalls in jenem Verfahren erstellten pulmologischen Gutachtens ein (BVGer-act. 14 Beilagen 11 und 14).

D.g In der Duplik vom 8. April 2025 bestätigte die Vorinstanz ihren in der Vernehmlassung gestellten Antrag und verwies im Weiteren auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 31. März 2025. Die IV-Stelle beantragte darin in prozessualer Hinsicht, dass das Bundesverwaltungsgericht das Fachgutachten vom 16. Januar 2025, welches der IV-Stelle zum Zeitpunkt der Verfügung vom 17. September 2024 nicht vorgelegen habe, dem ABI zur Stellungnahme vorlege und frage, ob sich dadurch an der Einschätzung des ABI etwas ändere. Dabei könne das ABI auch zum pulmologischen Entlassungsbericht vom 7. Oktober 2024 (BVGer-act. 1 Beilage 10) Stellung nehmen. Danach könne beurteilt werden, inwiefern ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben sei (BVGer-act. 18).

D.h Mit Eingabe vom 5. Mai 2025 stimmte der Beschwerdeführer dem prozessualen Antrag der Vorinstanz zu und hielt im Übrigen an den in der Beschwerde und in der Replik gestellten Rechtsbegehren fest (BVGer-act. 20).

D.i Mit einer weiteren Eingabe vom 13. November 2025 reichte der Beschwerdeführer zusätzliche medizinische Berichte/Unterlagen ein (BVGer-act. 22 mit 4 Beilagen).

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. September 2024 zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht grundsätzlich nach dem VwVG (Urteil des BGer 8C_672/2025 vom 28. Mai 2026 E. 5.2.2, zur Publikation bestimmt). Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung berührt, und er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten.

2.

2.1 Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet sie eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgängerinnen und Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin bzw. Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

2.2 Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens (Februar 2022; IV-act. 122-9/70 ff.) als Grenzgänger in der Schweiz (Kanton C._____) erwerbstätig und hat auch heute noch seinen Wohnsitz in der benachbarten Grenzregion. Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte somit zu Recht bei der IV-Stelle des Kantons C._____, die sämtliche Abklärungen vornahm und das Vorbescheidverfahren durchführte.

3.
Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 17. September 2024, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

4.

4.1 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).

4.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; Art. 13 VwVG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). In Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sind weitere Abklärungen vorzunehmen, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder eine entscheidwesentliche Tatfrage bislang auf einer unvollständigen Beweisgrundlage beantwortet wurde (BGE 146 V 240 E. 8.1).

4.3 Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Österreich und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt somit ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insb. 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 Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

4.4 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; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach Inkrafttreten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen.

Aufgrund der am 5. Mai 2022 erfolgten IV-Anmeldung sind vorliegend Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 1. Januar 2022 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind die Bestimmungen des IVG, der IVV und des ATSG in der seit 1. Januar 2022 geltenden Fassung anwendbar.

4.5 Das Bundesverwaltungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 17. September 2024) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 8C_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.; BGE 121 V 362 E. 1b).

5.

5.1 Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (vgl. IV-act. 19, 31), sodass die

Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer als erfüllt anzusehen ist. Zu prüfen bleibt, ob er invalid im Sinn des Gesetzes ist.

5.2

5.2.1 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). Gemäss Art. 28 Abs. 1bis IVG wird eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1bis und 1ter IVG nicht ausgeschöpft sind.

5.2.2 Nach Art. 28*b* IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Abs. 1). Bei einem Invaliditätsgrad von 50–69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40–49 % erhöht sich der Rentenanspruch linear von einem Anteil von 25–47.5 % (Abs. 4). 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).

5.2.3 Der Rentenanspruch entsteht laut Art. 29 Abs. 1 IVG in formeller Hinsicht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt.

5.3

5.3.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher

Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.w.H.).

5.3.2 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. Urteil 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 [BGer 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

5.3.3 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 Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

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

5.3.5 Grundsätzlich sind bei sämtlichen psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Bei einem Chronic Fatigue Syndrome (CFS) oder dergleichen ist grundsätzlich in einem strukturierten Beweisverfahren zu prüfen, ob eine Invalidität vorliegt; sind hingegen die Fatigue und weiteren Symptome auf einen somatischen Gesundheitsschaden (ZNS-Erkrankung) zurückzuführen, ist eine Prüfung nach den Standardindikatoren nicht zulässig (Urteile des BGer vom 9C_224/2022 vom

11. September 2022 E. 3.4.4; 9C_106/2019 vom 6. August 2019 E. 2.3.3; je m.w.H.).

6.

6.1 Bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. September 2024 lagen der Vorinstanz insbesondere die folgenden medizinischen Berichte vor:

6.1.1 Mit Entlassungsbrief vom 4. März 2022 bestätigte Dr. G._____, Krankenhaus (…) (Österreich), einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 8. Februar bis 4. März 2022 sowie als Diagnosen eine Covid-19-Pneumonie, segmentale Lungenembolien beidseits sowie eine arterielle Hypertonie (IV-act. 21-15/17). Im Nachgang zu einem weiteren Aufenthalt im Rehazentrum (…) (Österreich) vom 13. Mai bis 3. Juni 2022 wurden in einem ausführlich begründeten Austrittsbericht die Diagnosen eines Zustands nach Covid-19-Infektion mit segmentaler Lungenembolie beidseits, eines dringenden Verdachts auf das Vorliegen eines Schlafapnoe-Syndroms, einer arteriellen Hypertonie, einer kombinierten Hyperlipidämie sowie einer Adipositas gestellt (IV-act. 25 und 64).

6.1.2 Der Hausarzt Dr. D._____, Facharzt für Innere Medizin, bescheinigte am 17. Oktober 2022 ein Long Covid-Syndrom mit rascher körperlicher Erschöpfung, einen Zustand nach Tachykardie nach Covid-Pneumonie mit Lungenembolie im Februar 2022 sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit (in der angestammten Tätigkeit). Derzeit seien wegen körperlicher Erschöpfung nur leichte Tätigkeiten möglich (IV-act. 50 f.).

6.1.3 In der Stellungnahme des RAD (Arzt nicht namentlich genannt) vom 24. Oktober 2022 wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei in seiner vollzeitlichen Tätigkeit als Gebietsverkaufsleiter vom 1. September 2020 bis 31. August 2022 hauptsächlich im Aussendienst mit vielen Kundenbesuchen tätig gewesen. Die Tätigkeit habe hohe Konzentration und Durchhaltevermögen erfordert. Hierbei hätten sich die unterschiedlichsten Belastungen für den Körper ergeben. Die angestammte Tätigkeit sei derzeit nicht mehr zuzumuten. Eine genaue Aussage über den weiteren Verlauf sei nicht möglich, da über den Verlauf des Covid-Syndroms immer noch zu wenig bekannt sei. In einer körperlich sehr leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg mit Wechselbelastung und ausreichender Pausenmöglichkeit bestehe derzeit eine Arbeitsfähigkeit von 50% (IV-act. 58).

6.1.4 Dr. D._____ bescheinigte am 15. und 29. November 2022 eine weiterandauernde Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80% (IV-act. 78 und 79).

6.1.5 Im Gesamtgutachten an die Pensionsversicherungsanstalt F._____ (Österreich) vom 27. Oktober 2022 bestätigte Dr. H._____, Facharzt für Innere Medizin, einen Zustand nach Covid-19-Infektion im Februar 2022. Die Belastbarkeit sei nachvollziehbar reduziert. Es seien jedoch leichte Arbeiten (ohne Nachtarbeit und besonderen Zeitdruck) vollschichtig als zumutbar zu erachten (IV-Fremdakten-act. 3).

6.1.6 Am 9. Februar 2023 wurde im Assessment- und Verlaufsprotokoll Berufliche Integration das Bestehen einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer Arbeitsfähigkeit von 50% in einer adaptierten Tätigkeit festgehalten (IV-act. 83).

6.1.7 Gestützt auf eine ambulante pulmologische Begutachtung hielt Prim. Dr. I._____, Facharzt für Lungenkrankheiten, im Gutachten vom 14. März 2023 zuhanden des Landesgerichts (…) (Österreich) fest, dass dem Beschwerdeführer von pulmonaler Seite leichte, fallweise mittelschwere körperliche Arbeiten zum Zeitpunkt 1. Oktober 2022 zumutbar seien. Der Beschwerdeführer könne ohne längere Unterbrechung einen üblichen Arbeitstag verrichten. Auch eine 4-stündige Tätigkeit mit fallweise 6-stündiger täglicher Arbeitszeit sei somit möglich (IV-act. 123).

6.1.8 Im «Ausführlichen ärztlichen Bericht» (Formular Verordnung [EG] Nr. 987/2009 Art. 87) vom 12. April 2023 hielt Dr. D._____ unter anderem fest, dass sich seit dem letzten Bericht keine Änderung der gesundheitlichen Situation ergeben habe. Leichte Arbeiten seien mit hohem Erholungsaufwand möglich (IV-act. 90-10/19 f.). Am 16. Mai 2023 bestätigte Dr. D._____ einen stationären Gesundheitszustand bei unveränderten Diagnosen (IV-act. 91).

6.1.9 Am 11. Mai 2023 hatte der RAD-Arzt Dr. E._____, Facharzt Chirurgie FMH, festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand nicht konklusiv beurteilen lasse. Aufgrund des langen Verlaufs sei es erforderlich, den Gesundheitszustand von unabhängiger Stelle beurteilen zu lassen (IV-act. 101).

6.1.10 Im Gesamtgutachten vom 23. Mai 2023 zuhanden des Landesgerichts (…) (Österreich) erkannte Dr. med. univ. J._____, Facharzt für Innere Medizin, unter Einbezug des lungenfachärztlichen Gutachtens von

Dr. I._____ und eines internistischen Fachgutachtens vom 11. Mai 2023, dass der Beschwerdeführer seit 1. Oktober 2022 leichte und fallweise mittelschwere Arbeiten 8 Stunden täglich ohne längere Unterbrechungen ausüben könne. Aus internistischer Sicht bestehe nach Covid-19-Infektion (Februar 2022) ein anhaltendes Müdigkeitssyndrom (IV-act. 117). Im Ergänzungsgutachten vom 5. Juli 2023 bestätigte Dr. J._____ seine Einschätzung sowie, dass das anhaltende Müdigkeitssyndrom (Fatigue) glaubhaft und nachvollziehbar sei (IV-act. 117-1/12). Am 27. Juli 2023 erstattete Dr. I._____ eine Gutachtenergänzung, in welcher er relevante Veränderungen verneinte (IV-act. 142-48/75 f.; IV-act. 120).

6.1.11

6.1.11.1 Die polydisziplinäre (allgemein-internistische, neurologische, pneumologische, psychiatrische und rheumatologische) Begutachtung durch das ABI ergab gemäss Gutachten vom 8. Mai 2024 die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eines persistierenden Erschöpfungs-Syndroms (ICD-10 R53, G93.3), einer Pneumonie mit Covid-19 im Februar 2022 (ICD-10 U08) und einer segmentalen und subsegmentalen Lungenembolie (ICD-10 I26). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte das Gutachten ein metabolisches Syndrom (Adipositas mit BMI 31 kg/m^2; arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt, ICD-10 I1; Dyslipidämie, medikamentös behandelt, ICD-10 E78.2), ein obstruktives Schlafapnoesyndrom mittleren Grades (ICD-10 G47) sowie somatisch nicht klassifizierbare periphere Arthralgien an den oberen und unteren Extremitäten (ICD-10 M25.5, anamnestisch aufgetreten im Nachgang zur Covid-19-Infektion vom Februar 2022, klinisch-rheumatologischer Status unauffällig, keinerlei Hinweise für eine allfällige reaktive periphere Arthritis) auf.

6.1.11.2 In der interdisziplinären Konsensbeurteilung wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer scheine zwar zum heutigen Zeitpunkt mit ätiologisch nicht sicher zuordenbarem Beschwerdebild mit im Vordergrund stehender Erschöpfung und Kurzatmigkeit eine sichere kausale Zuordnung zur Covidsituation im Februar 2022 nicht zweifelsfrei gegeben. Eine gewisse Reduktion des Zumutbarkeitsprofils könne jedoch nachvollzogen werden, sodass keine körperlich schweren und überwiegend mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar seien, was durchaus auf die zuletzt durchgeführte Arbeit zutreffe. Körperlich leichten Tätigkeiten könnten aufgrund der negativen Befunderhebung keine Leistungseinbusse zugeordnet werden. Diese Einschätzung korreliere auch mit der Alltagssituation des

Exploranden, die mit einer körperlich leichten Verweistätigkeit kompatibel erscheine. Die Gutachter bestätigten eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit Februar 2022. Zumutbar sei eine körperlich leichte Tätigkeit ohne Schichtdienst mit einer täglichen Präsenz bis 8.5 Stunden (volle Arbeitsfähigkeit). Nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Februar 2022 und 50%-Arbeitsfähigkeit ab Juli 2022 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit seit dem September 2023 angenommen werden (IV-act. 122-9/70 ff.).

6.1.11.3 Im allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. K._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, wurde gestützt auf die Anamnese und die Untersuchungsbefunde festgehalten, dass der Beschwerdeführer aus allgemeininternistischer Sicht nicht wesentlich belastet sei. Er weise adäquate berufliche, psychosoziale und familiäre Ressourcen auf, die ihm die Umsetzung einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit ermöglichen müssten (IV-act. 122-30/70).

6.1.11.4 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. L._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigte, dass beim Beschwerdeführer keine eigenständige primärpsychische Störung vorliege. Aus rein psychiatrischer Sicht sei von 100%iger Arbeitsfähigkeit auszugehen. Psychotherapeutische Behandlungen hätten keine stattgefunden und der Beschwerdeführer weise keine krankheitswertigen Symptome auf (IV-122-37/70 ff.).

6.1.11.5 Das Teilgutachten zur rheumatologischen Untersuchung von Dr. M._____, FMH Rheumatologie, vermerkte unter anderem, dass die Untersuchung durchwegs normale altersentsprechende Befunde ergeben habe. Die seit Februar 2022 geklagten peripheren Anthralgien an den oberen und unteren Extremitäten könnten somatisch nicht eindeutig zugeordnet werden. Aus klinisch-rheumatologischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende oder höhergradige Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestanden (IV-act. 122-45/70 ff.).

6.1.11.6 Im neurologischen Teilgutachten von Dr. N._____, Facharzt für Neurologie, wurde unter anderem festgehalten, ein Fatigue-Syndrom im Sinn eines postviralen Erschöpfungszustandes könne für ein Jahr bestanden haben. Eine darüber hinausgehende Müdigkeit und Erschöpfung seien internistisch-pulmologisch zu werten. Die Beschwerden seien nicht hinreichend organisch-neurologisch erklärbar. Körperlich leichte Arbeiten mit regelmässigen Arbeitszeiten ohne Schichtdienst seien vollzeitlich zumutbar (IV-act. 122-50/70 ff.).

6.1.11.7 Die pneumologische Teilbegutachtung von Dr. O._____, FMH Pneumologie und Schlafmedizin, ergab, dass spätestens seit dem 23. März 2022 keine objektiv fassbare pulmonale Einschränkung mehr mit Relevanz für die berufliche Tätigkeit bestehe. Vom 3. Juni 2022 (Ende der Rehabilitation im Reha-Zentrum […]) bis 23. August 2023 könne von einer Einschränkung der medizinisch-theoretischen Ateminvalidität auf 75% ausgegangen werden. Die Zeitkomponente der Arbeitsfähigkeit von 50% führe in Kombination mit der Leistungskomponente von 75% zur Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer und schlafmedizinischer Sicht von gesamthaft 50% bis spätestens 23. August 2023. Aus pneumologischer und schlafmedizinischer Sicht bestehe seit dem 23. August 2023 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr (IV-act. 122-60/70 ff.).

6.1.12 Der RAD-Arzt Dr. med. E._____, Facharzt Chirurgie FMH, attestierte am 21. Mai 2024 eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit ab September 2023 (IV-act. 125)

6.2 Die in den folgenden Berichten/Gutachten festgehaltenen Befunde wurden im Nachgang zur ABI-Begutachtung erhoben bzw. sind nicht vom ABI-Gutachten umfasst:

6.2.1 Dr. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, hielt im Gutachten vom 17. April 2024 zuhanden des Landesgerichts (…) (Österreich) fest, der Beschwerdeführer leide an einer depressiven Anpassungsstörung, welche mit Antriebsminderung, Freudlosigkeit, Durchschlafstörungen und empfundener Konzentrationsminderung verbunden sei. Es könnten mittelschwere und leichte Tätigkeiten durchgeführt werden (BVGer-act. 1 Beilage 8).

6.2.2 Univ. Prof. Dr. Q._____, Sachverständiger für Berufskunde und Arbeitspsychologie, kam im berufskundlichen Gutachten vom 10. Juli 2024 zuhanden des Landesgerichts (…) (Österreich) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch Verweisungstätigkeiten im kaufmännischen Innendienst weiterhin verrichten könne (BVGer-act. 1 Beilage 9).

6.2.3 Nach Erlass der angefochtenen Verfügung und im Nachgang zu einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 16. September bis 7. Oktober 2024 erstattete das Rehazentrum (…) (Österreich) einen pulmologischen Entlassungsbericht, worin unter anderem von einer mittelgradig reduzierten Leistungsfähigkeit mit eingeschränktem Herzfrequenz- und

adäquatem Blutdruckverhalten ausgegangen wurde (BVGer-act. 1 Beilage 10 S. 6 Mitte).

6.2.4 Dr. I._____ erstellte hierauf eine Gutachtenergänzung vom 5./13. November 2024 zuhanden des Landesgerichts (…) (Österreich), in welcher er mit Wirkung ab September 2024 eine fassbare Verschlechterung der körperlichen Belastbarkeit annahm (BVGer-act. 14 Beilage 11).

6.2.5 In dem von Dr. R._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, erstatteten neurologischen Fachgutachten vom 16. Januar 2025 zuhanden des Landesgerichts (…) (Österreich) wurde die Diagnose eines Post-Covid-Syndroms mit CFS-Symptomatik gestellt. Der Beschwerdeführer leide an einer Müdigkeit- und Ermüdbarkeits-Symptomatik, einem im Anschluss an nur geringe Anstrengungen zunehmenden Schwächegefühl, an Schlafstörungen sowie nächtlichen krampfartigen Beinschmerzen. Weiters bestünden Hinweise für eine autonome Dysfunktion. Berichtet werde auch über Konzentrationsstörungen und eine Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses. Diese angegebenen kognitiven Beeinträchtigungen könnten naturgemäß im Rahmen einer regulären klinisch-neurologischen Untersuchung nicht verifiziert bzw. ausgeschlossen werden, weswegen eine ergänzende klinisch psychologische Begutachtung anzuraten sei. Der Gutachter bescheinigte eine Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten im zeitlichen Umfang von 4 Stunden täglich. Die Einschränkung der Arbeitszeit auf 4 Stunden ergebe sich einerseits aufgrund der aktuellen klinischen Einschätzung; dies auch im Hinblick auf den Vergleich des aktuellen Zustandsbildes mit den angeführten Vorgutachten bzw. auf die nachgewiesene fehlende Besserung der körperlichen Belastung während des Aufenthalts im Rehazentrum (…) sowie auch auf das Ergänzungsgutachten von Dr. I._____ vom 13. November 2024, der auch von einer Verschlechterung spreche. Eine Besserung des Gesundheitszustands sei nicht wahrscheinlich (BVGer-act. 14 Beilage 14 S. 41 f.).

7.

7.1 Die Vorinstanz verweist zur Begründung der angefochtenen Verfügung vom 17. September 2024 auf die Feststellungen im ABI-Gutachten. Es werde nicht aufgezeigt, inwiefern die Einschätzungen der ABI-Gutachter nicht lege artis sein sollten. Die Vorlage neuer Arztberichte allein vermöge den Beweiswert des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Das ABI-Gutachten bleibe weiterhin nachvollziehbar. In Österreich würden andere versicherungsrechtliche Regelungen als in der Schweiz gelten (BVGer-act. 9).

7.2 Der Beschwerdeführer hält fest, er sei nicht einverstanden mit dem ABI-Gutachten, da ihm seine Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu 80 % zusprechen würden. Sodann habe ihm auch der RAD unter Annahme des Vorliegens eines Long-Covid-Syndroms bloss eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (IV-act. 58). Er habe sich zudem vom 16. September 2024 bis 7. Oktober 2024 erneut zur Behandlung seines Long-Covid-Syndroms im Reha Zentrum (…) befunden. Die behandelnden Ärzte hätten diesbezüglich im pneumologischen Entlassungsbericht vom 7. Oktober 2024 festgehalten, dass er seit der Covid-Infektion mit Pneumonie im Februar 2022 (intensivpflichtig) weiterhin an Müdigkeitsattacken und schneller Erschöpfung nach Belastung leide (V. a. Chronisches Fatigue Syndrom CFS). Es bestehe eine ausgeprägte Belastungsintoleranz, das PEM-Screening sei positiv ausgefallen (Post-Exertionelle Malaise, 36P). In der Anfangs-Ergometrie habe er sodann nur 52 % der Zielleistung erbracht, weshalb diese «aufgrund der erschwerten Atmung sowie Long-Covid BORG 13» abgebrochen worden sei. Folglich weiche auch der neueste ärztliche Bericht stark vom Gutachten des ABI Basel ab (BVGer-act. 1 S. 7).

Es seien – so der Beschwerdeführer weiter – diverse Unklarheiten und Mängel zu erkennen, die dazu führten, dass dem ABI-Gutachten kein ausreichender Beweiswert zukomme. Die Symptomatik einer Post/Long-Covid-Erkrankung sei sehr vielseitig und entsprechend schwierig abzuklären. Es habe sich zunehmend gezeigt, dass sich die Symptome von Long-Covid-Betroffenen mit langanhaltenden bzw. chronischen Beschwerden sehr häufig mit derjenigen einer ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom) deckten. Erfahrungen zu ME/CFS zeigen, dass Symptome oft fälschlicherweise als psychisch bedingt eingeschätzt würden. Zum Beispiel werde unerklärliche «Müdigkeit» oft und zuweilen auch von den Patienten selbst als Ausdruck einer depressiven Störung gedeutet (BVG-er-act. 14 Rz. 6-8 m.H.).

Der Beschwerdeführer erachtet es aufgrund der von ihm geschilderten Gegebenheiten nicht nachvollziehbar, weshalb bei der Klärung des Sachverhalts auf die Einholung eines neuropsychologischen Gutachtens verzichtet worden sei. Trotz des von ihm geschilderten typischen Beschwerdebildes des Long-Covid-Syndroms mit CFS Symptomatik seien die charakteristischen Auswirkungen des CFS im Gutachten des ABI Basel weder berücksichtigt noch hinreichend abgeklärt worden. Dieses Vorgehen werfe erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens auf. Auch im österreichischen Gerichtsverfahren werde eine klinisch-psychologische bzw. neuropsychologische Begutachtung durchgeführt. Das

Gutachten des ABI Basel könne vor diesem Hintergrund nicht als Beweisgrundlage dienen. Demgegenüber sei das neurologische Fachgutachten vom 16. Januar 2025 schlüssig und nachvollziehbar. Dem Beschwerdeführer seien daher auf Grundlage der attestierten 50% Arbeitsunfähigkeit die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Werde dieser Einschätzung nicht gefolgt, wären weitere gesundheitliche Abklärungen durchzuführen. In diesem Fall sei ein Gerichtsgutachten einzuholen oder die Angelegenheit für weitere Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (BVGer-act. 14 Rz. 23 f.).

8.

8.1 Aus den medizinischen Berichten und Unterlagen geht übereinstimmend und unstrittig hervor, dass der Beschwerdeführer in seinen bisherigen Tätigkeiten seit Februar 2022 zufolge des persistierenden Erschöpfungssyndroms mit Kurzatmigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist (vgl. u.a. IV-act. 51, 79 und 122-11/70 Ziffer 4.6.4), was zu keinen Weiterungen Anlass gibt. Zu prüfen bleibt, in welchem Ausmass dem Beschwerdeführer leidensangepasste Tätigkeiten noch möglich sind und ob die Vorinstanz zur Begründung ihrer ablehnenden Verfügung zu Recht auf die Ergebnisse der ABI-Begutachtung verwies.

8.2

8.2.1 Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte interdisziplinäre ABI-Gutachten vom 8. Mai 2024 wurde durch Fachärzte in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pneumologie, Psychiatrie und Rheumatologie erstellt. Zu klären ist, ob sich die Schlussfolgerungen der Gutachter als nachvollziehbar und begründet erweisen.

8.2.2 Anlässlich der Begutachtung durch das ABI machte der Beschwerdeführer als wesentliche Beschwerden körperliche Erschöpfung nach Belastungen, Kurzatmigkeit, Müdigkeit, Ganzkörperschmerzen sowie Migräneattacken geltend (IV-act. 122-8/70 und 33/70). Im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses habe er auch mehr Mühe und müsse sich viele Dinge nun notieren (IV-act. 122-43/70). Während Dr. D._____ diese Symptome einem Long-Covid-Syndrom zuordnete (IV-act. 51-8/22; IV-act. 79), war gemäss den Gutachtern des ABI gestützt auf die allgemeininternistische, neurologische, pneumologische, psychiatrische und rheumatologische Abklärung eine sichere kausale Zuordnung des geschilderten Beschwerdebildes mit im Vordergrund stehender Erschöpfung und Kurzatmigkeit zur Covid-

situation im Februar 2022 nicht zweifelsfrei gegeben (IV-act. 122-10/70). Im neurologischen Teilgutachten wurde das Vorliegen eines Fatigue-Syndroms im Sinn eines postviralen Erschöpfungszustandes für den Zeitraum eines Jahres als plausibel und nachvollziehbar erachtet (vgl. nachstehende E. 8.5). Aufgrund der Tatsache, dass bis heute die Mechanismen der Entstehung des Chronic Fatigue Syndrome nicht genügend erforscht sind, kann dafürgehalten werden, dass diese Erkrankung als ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage einer speziellen Überprüfung bedarf, um die von der betroffenen Person geschilderten Beschwerden objektivieren zu können. Mit Blick auf diese Feststellungen sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich die vom Bundesgericht festgelegten Indikatoren in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinzubeziehen (vgl. E. 5.3.5 vorstehend sowie E. 10.2. nachstehend). Das psychiatrische Teilgutachten nahm – wenn auch in kurzer Form – Stellung zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen des Beschwerdeführers (IV-act. 122-38/70) und bezieht damit implizit die erwähnten Indikatoren mit in die Beurteilung ein. Die Frage, ob die diesbezüglichen gutachterlichen Feststellungen für eine abschliessende Beurteilung ausreichen, kann insofern offenbleiben, als auf das ABI-Gutachten, wie sich nachstehend ergeben wird, aus anderen Gründen nicht abgestellt werden kann.

8.3

8.3.1 Das psychiatrische Teilgutachten ergab unter Berücksichtigung der Unterlagen und der Untersuchungsbefunde, dass der Beschwerdeführer keine eigenständige primärpsychische Störung erleide. Aus rein psychiatrischer Sicht sei von 100%iger Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszugehen. Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit äusserte sich der Gutachter wie folgt (IV-act. 122-39/69):

> «Aus rein psychiatrischer Sicht ist durchgehend von Arbeitsfähigkeit auszugehen gewesen, da eine überschwellige primär-psychische Störung von Krankheitswert aus der aktuellen Untersuchung heraus nicht nachvollzogen werden kann. Eine etwaige depressive Reaktion als Ausdruck einer Anpassungsstörung von Mitte 2022, die womöglich bis Ende 2023 zu beschreiben war, hätte aus rein psychiatrischer Sicht eine Minderung der Arbeitsfähigkeit vorübergehend um 30% danach absteigend (also mit zunehmender Arbeitsfähigkeit) nach sich gezogen.»

8.3.2 In dem im psychiatrischen Teilgutachten zitierten, jedoch nicht bei den Vorakten befindlichen Bericht vom 26. September 2023 bestätigte Dr. S._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, eine

Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion, basierend auf einer Belastungssituation bei Verdacht auf Long Covid (IV-act. 122-16/70). Der Inhalt des Berichts S._____ lässt sich aufgrund der Zitate nicht im Einzelnen rekonstruieren. Im ABI-Gutachten wurde aus psychiatrischer Sicht festgehalten, die diagnostizierte Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) dürfe aufgrund der aktuellen persönlichen fachärztlich-psychiatrischen Untersuchung als remittiert bezeichnet werden. Die ärztliche Empfehlung aus der einmaligen Untersuchung durch Dr. S._____, wonach der Beschwerdeführer aktuell nicht arbeitsfähig sei und durch eine ein- bis zweijährige rehabilitative Massnahme einschliesslich einer stationären Therapie eine Arbeitsfähigkeit prognostisch wieder erreicht werden könne, sei nicht nachvollziehbar (IV-act. 122-37/70 f.). Der Beschwerdeführer weise kein Krankheitsbild auf, bei welchem eine vollstationäre Behandlung angezeigt wäre. Rein psychiatrisch sei der Beschwerdeführer «nach dem möglichen Durchlaufen einer depressiven Reaktion als Ausdruck einer Anpassungsstörung 2022 bis 2023 aktuell wieder zu 100% arbeitsfähig» (IV-act. 122-37/70 f.).

8.3.3 Wenn das ABI-Gutachten aus psychiatrischer Sicht einerseits von einer durchgehenden Arbeitsfähigkeit ausgeht, anderseits jedoch aus einer «etwaigen» depressiven Reaktion/Anpassungsstörung für den – teilweise rentenrelevanten (vgl. vorstehende E. 4.4 und E. 5.2) – Zeitraum von Mitte 2022 «womöglich bis Ende 2023» eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von vorübergehend 30% bescheinigt, so ergibt sich daraus die Frage, ob sich die angeführte Teilarbeitsunfähigkeit auf die bisherige Tätigkeit oder auch auf angepasste Tätigkeit bezieht und ab welchem Zeitpunkt – d.h. vor oder nach Ende 2023 – sie als «absteigend» zu betrachten war bzw. ob der Gutachter von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ausgeht oder nicht. Die Bestätigung einer «durchgehenden» Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten lässt sich jedenfalls nicht in Einklang bringen mit der gleichzeitig festgehaltenen «Minderung der Arbeitsfähigkeit vorübergehend um 30%» (IV-act. 122-39/70). Das psychiatrische Teilgutachten erweist sich damit hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsfähigkeit und der möglichen vorübergehenden Teilarbeitsunfähigkeit von Mitte 2022 bis Ende 2023 als nicht ausreichend schlüssig und nachvollziehbar. Diesbezüglich ist der Sachverhalt aus psychiatrischer Sicht nicht rechtsgenüglich abgeklärt.

8.4

8.4.1 Im pneumologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, aus pneumologischer und schlafmedizinischer Sicht habe vom 3. Juni 2022 bis zum 23. August 2023 eine Arbeitsfähigkeit von 50% und danach wieder von 100% bestanden (IV-act. 122-66/70). Hierzu wird im Teilgutachten festgehalten (IV-act. 122-64/70):

> «Vom Ende der Rehabilitation im Reha-Zentrum (…) am 03.06.22 bis zum 23.08.23 kann gemäss Scherrer et al. (Heimbehandlung der chronischen Ateminsuffizienz: Kriterien der Invalidität. Scherrer, SMW 1975) und der American Medical Association (Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. Rondinelli and American Medical Association, PMRJ 2008) von einer Einschränkung der medizinisch-theoretischen Ateminvalidität auf 75% ausgegangen werden. Vom Arbeitgeber wird der SVA C._____ mit dortigem Eingangsstempel vom 15.06.22 berichtet, dass in der bisherigen Tätigkeit oft das Heben von Lasten bis 25 kg und auch manchmal über 25 kg notwendig gewesen war. Diese Tätigkeit ist damit im genannten Zeitraum als unzumutbar einzuordnen. Eine Wiederaufnahme der Tätigkeit im bisherigen Betrieb wird vom Arbeitgeber entweder in der bisherigen Tätigkeit oder im Büro mit einem Pensum von 50% angegeben («seine Stelle oder ggf. Backoffice 50%»), sodass die Zeitkomponente der Arbeitsfähigkeit 50% beträgt, in Kombination mit der Leistungskomponente von 75% lag die Arbeitsfähigkeit damit aus pneumologischer und schlafmedizinischer Sicht gesamthaft bei 50% bis spätestens zum 23.08.23.»

8.4.2 Das pneumologische Teilgutachten beschreibt den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit mit Hinweis darauf, dass eine Wiederaufnahme der Tätigkeit im bisherigen Betrieb vom Arbeitgeber entweder in der bisherigen Tätigkeit oder im Büro mit einem Pensum von 50% angegeben werde («seine Stelle oder ggf. Backoffice 50%»), sodass die Arbeitsfähigkeit in Kombination mit der Leistungskomponente von 75% aus pneumologischer und schlafmedizinischer Sicht gesamthaft bei 50% bis spätestens zum 23. August 2023 (spätestens ab diesem Datum sei der Gasaustausch nicht mehr in relevantem Ausmass fassbar gewesen) gelegen habe (IV-act. 122-64/70). Das pneumologische Teilgutachten stützt sich mithin bei der Arbeitsfähigkeitsbemessung im Wesentlichen auf Angaben des Arbeitgebers. Die Feststellungen des Gutachters sind insofern nicht schlüssig und nachvollziehbar, als sie medizinische und erwerbliche Beurteilung zu vermischen scheinen. Die «Zeitkomponente» von 50% ist in dieser Formulierung keine medizinische Einschätzung. Der Gutachter leitet sie ausdrücklich aus der Auskunft des Arbeitgebers über die Wiedereinsatzmöglichkeit ab («seine Stelle oder ggf. Backoffice 50%», daher «sodass die Zeitkomponente der Arbeitsfähigkeit 50 % beträgt»).

8.4.3 Damit hat der Gutachter eine erwerbliche Gegebenheit in die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit hineingerechnet. Das ist methodisch unzulässig und macht die Gesamtzahl von 50 % für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers unbrauchbar. Auf die explizite Frage des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit hält das pneumologische Teilgutachten sodann lediglich fest, dass bis auf Weiteres eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100% aus pneumologischer und schlafmedizinischer Sicht angenommen werden könne (IV-act. 122-66/70). Damit bleiben sowohl der zeitliche Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht als auch dessen (medizinische) Begründung unklar. Die interdisziplinäre Konsensbeurteilung vermag dies nicht aufzulösen (IV-act. 122-9/70) und stellt für den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit massgebend auf das pneumologische Teilgutachten ab (IV-act. 122-11/70).

8.5

8.5.1 Anlässlich der neurologischen Teilbegutachtung nannte der Beschwerdeführer als Hauptbeschwerden einen allgemeinen, seit März 2022 unverändert bestehenden Erschöpfungszustand. Das neurologische Teilgutachten vermerkte im Ergebnis, eine initial nach dem Spitalaufenthalt beklagte Erschöpfung sei gut nachvollziehbar und plausibel und könne bei Zustand nach Pneumonie auch unter einen postviralen Erschöpfungszustand subsumiert werden. Dieser sollte indes spätestens nach einem Jahr abgeklungen sein. Es könne postuliert werden, dass ein Fatigue-Syndrom im Sinn eines postviralen Erschöpfungszustandes für ein Jahr bestanden habe. Eine darüber hinausgehende Müdigkeit und Erschöpfung seien internistisch-pulmologisch zu werten. Die Beschwerden seien nicht hinreichend organisch-neurologisch erklärbar. Körperlich leichte Arbeiten mit regelmässigen Arbeitszeiten ohne Schichtdienst seien vollzeitlich zumutbar (IV-act. 122-50/70 ff.)

8.5.2 Aus der erwähnten Feststellung des neurologischen Gutachters, wonach ein Fatigue-Syndrom im Sinn eines postviralen Erschöpfungs-Zustandes für ein Jahr bestanden haben könne und eine darüber hinausgehende Müdigkeit und Erschöpfung internistisch-pulmologisch zu werten seien, ergibt sich die Frage, für welche Tätigkeiten (angestammt/leidensadaptiert) in welchem Umfang, für welche Dauer und mit welcher medizinischen Begründung aus diesem Erschöpfungszustand eine Arbeitsfähigkeitseinschränkung resultierte. Das neurologische Teilgutachten bestätigte eine 100%-AUF in der bisherigen Tätigkeit (IV-act. 122-54/70 Ziffer 8.1).

Ab wann und in welchem Umfang eine leidensadaptierte Tätigkeit – mit Blick auf den von neurologischer Seite für ein Jahr postulierten Erschöpfungszustand – zumutbar wäre, lässt sich dem neurologischen Teilgutachten nicht entnehmen. Nicht nachvollziehbar ist, wieso die entsprechende Frage mit «entfällt» beantwortet wurde (IV-act. 122-54/70 Ziffer 8.2.5). Auch die interdisziplinäre Konsensbeurteilung vermag dies nicht aufzulösen, wenn dort aus neurologischer Sicht ausgeführt wird, dass mehr als ein Jahr nach dem Auftreten der Primärinfektion «keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeit *mehr* vorhanden ist», ohne dass dies näher ausgeführt wird (IV-act. 122-9/70). Von daher erweist sich das neurologische Teilgutachten ebenfalls als unklar.

8.6 Zusammenfassend ist zur ABI-Begutachtung festzuhalten, dass sie sich bezüglich der psychiatrischen, der pulmologischen und der neurologischen Teilbegutachtung als nicht zureichend nachvollziehbar und begründet erweist und die interdisziplinäre Konsensbeurteilung diese Unklarheiten nicht aufzulösen vermag (vorstehende E. 8.3, 8.4 und 8.5). Als Folge davon ergeben sich Zweifel an der Nachvollziehbarkeit und Zuverlässigkeit der Konsensbeurteilung und insbesondere an der dort bestätigten 50%-Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bereits ab Juli 2022. Von daher ist der Beweiswert des Gutachtens für die Festlegung der Arbeitsfähigkeit in Frage gestellt.

8.7 Weiterer Abklärungsbedarf besteht – wovon auch die Vorinstanz auszugehen scheint (vgl. vorstehender Bst. D.g und nachfolgende E. 9.1) – aus den nachfolgenden Gründen auch für den Zeitraum zwischen der Gutachtenserstellung und dem Erlass der angefochtenen Verfügung:

8.7.1 Aufgrund der weiterhin bestehenden Erschöpfung wurde der Beschwerdeführer vom 16. September 2024 bis 7. Oktober 2024 erneut stationär im Reha Zentrum (…) behandelt. Aus dem Entlassungsbericht vom 7. Oktober 2024 geht hervor, dass er in der Anfangs-Ergometrie 112 Watt (entspricht 52 % der Zielleistung) leistete, was einer Verschlechterung um 55 Watt im Vergleich zur Ergometrie anlässlich des ersten Aufenthaltes im Jahr 2022 (mit 167 Watt Maximalleistung; IV-act. 25-8/16) entspricht. Der Bericht bestätigte «eine mittelgradig reduzierte Leistungsfähigkeit mit eingeschränktem Herzfrequenz- und adäquatem Blutdruckverhalten unter Belastung ohne Hinweis auf belastungsinduzierte myokardinale Ischämie» (BVGer-act. 1 Beilage 10 S. 6). Mit Gutachtenergänzung vom 5./13. November 2024 zuhanden des Landesgerichts (…) (Österreich) hielt Dr. I._____, der im österreichischen Gerichtsverfahren mit der Erstellung

eines pulmologischen Gutachtens beauftragt worden war, hinsichtlich des pulmologischen Entlassungsberichts vom 7. Oktober 2024 fest, dass aus lungenfachärztlicher Sicht die in (…) durchgeführte Ergometrie als kalkülsrelevant betrachtet werden müsse. Von lungenfachärztlicher Seite sei das Leistungskalkül auf leichte körperliche Arbeiten dauerhaft zu reduzieren, da es zu einer fassbaren Verschlechterung der körperlichen Belastbarkeit gekommen sei. Ebenfalls kalkülsrelevant erscheine ihm das positive PEM-Screening, weshalb er zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit die Einholung eines Fachgutachtens aus dem neurologischem Formenkreis empfehle. Dr. I._____ setzte den Zeitpunkt der Verschlechterung auf September 2024 fest (BVGer-act. 14 Beilage 11 S. 2) und somit zeitlich im Nachgang zur ABI-Begutachtung und unmittelbar vor oder nach bzw. im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. September 2024.

8.7.2 In der im Januar 2025 durchgeführten neurologische Begutachtung nahm Dr. R._____ unter anderem auf die Gutachtenergänzung von Dr. I._____ vom 5./13. November 2024 Bezug. Dr. R._____ legte zuhanden des Landesgerichts (…) (Österreich) unter anderem dar, dass im Rahmen der 10-minütigen Blutdruckmessung beim Beschwerdeführer ein Einschlafgefühl im Bereich des linken Oberarms sowie Tinnitus aufgetreten sei. Dr. R._____ vermerkte eine signifikante Ruhedyspnoe innerhalb der ersten 20 bis 30 Minuten, nachdem der Beschwerdeführer zu Fuss zwei Stockwerke hinaufgestiegen war. Ferner ist dem Gutachten zu entnehmen, dass das bei der Begutachtung durchgeführte PEM (Post-Exertional Malaise)-Screening positiv ausgefallen sei und auf das Vorliegen eines CFS (Chronic Fatigue Syndrome) hindeute. Bei der aktuellen Begutachtung habe keine signifikante Verbesserung im Vergleich zum Zeitpunkt der Erstellung des Gesamtgutachtens (BVGer-act. 1 Beilage 6) festgestellt werden können. Daher sei davon auszugehen, dass sich die ursprünglich berechtigte Hoffnung auf eine Besserung der Fatigue Symptomatik nicht bewahrheitet habe. Neben der Zustandsverschlechterung nach Belastung bestünden sowohl eine nachvollziehbare Fatigue-Symptomatik als auch eine zumindest anamnestisch nachvollziehbare Ermüdbarkeit (Fatigability). Weiters bestünden Hinweise für eine autonome Dysfunktion. Berichtet werde auch über Konzentrationsstörungen und eine Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses. Diese angegebenen kognitiven Beeinträchtigungen könnten naturgemäss im Rahmen einer regulären klinisch-neurologischen Untersuchung nicht verifiziert bzw. ausgeschlossen werden, weswegen eine ergänzende klinisch psychologische Begutachtung anzuraten sei. Dr. R._____ gelangte zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einem Post-/Long-Covid-Syndrom mit CFS-Symptomatik leide.

Es bestehe eine 50% Arbeitsfähigkeit (4 Stunden pro Tag) in angepasster Tätigkeit (leichte Arbeiten unter Vermeidung von Hitze, Kälte, Zugluft und Nässe; BVGer-act. 14 Beilage 14 S. 34-42).

8.7.3 Die vorstehend geschilderten Gegebenheiten weisen auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands in pulmologischer und neurologischer Sicht zwischen ABI-Begutachtung (Exploration im März 2024 mit Gutachten vom 8. Mai 2024) und ablehnender Verfügung (17. September 2024) hin. Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs die Entwicklung des Gesundheitszustands im Zeitraum zwischen Begutachtung und Erlass der Leistungsverfügung mitzuberücksichtigen (Urteil des BGer 8C_142/2023 vom 18. September 2023 E. 5; vgl. auch vorstehende E. 4.5 am Schluss). Die dem Bundesverwaltungsgericht eingereichten Akten erlauben indes keine abschliessende Würdigung/Beurteilung, weshalb es zusätzlicher medizinischer Abklärungen/Feststellungen bedarf.

8.8 Insgesamt – d.h. über den ganzen hier in Betracht stehenden Zeitraum ab Februar 2022 – ist festzuhalten, dass der zeitliche Verlauf der Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht rechtsgenügend abgeklärt wurde. Das betrifft zum einen den Zeitraum, der vom ABI-Gutachten beurteilt wurde, welches hierzu aber wie dargelegt Widersprüche enthält, die sich nicht auflösen lassen (vorstehende E. 8.3 bis 8.6). Zum anderen liegen für den Zeitraum zwischen dem ABI-Gutachten und der angefochtenen Verfügung Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor, die sich gestützt auf die vorliegende Aktenlage nicht abschliessend beurteilen lassen (vorstehende E. 8.7).

9.

9.1 Die Vorinstanz beantragt in prozessualer Hinsicht eine Gutachtensergänzung durch das ABI, indem der Gutachterstelle das neurologische Fachgutachten vom 16. Januar 2025 und der pulmologische Entlassungsbericht vom 7. Oktober 2024 dem ABI vorzulegen seien (BVGer-act. 18). Der Beschwerdeführer stimmt diesem Antrag zu, hält jedoch gleichzeitig auch an den in der Replik gestellten Rechtsbegehren (Gerichtsgutachten oder Rückweisung zur weiteren Abklärung und Leistungsbeurteilung durch die Vorinstanz) fest (BVGer-act. 14 und 20).

9.2 Gemäss Art. 61 Abs. 1 VwVG entscheidet die Beschwerdeinstanz in der Sache selbst oder weist diese ausnahmsweise mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurück. Eine Rückweisung ist gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung insbesondere dann gerechtfertigt, wenn sie in der notwendigen Erhebung bisher nicht geklärter Umstände begründet liegt (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4). Dem Bundesverwaltungsgericht steht eine Rückweisung zu weiteren Abklärungen an den Versicherungsträger unter der Geltung der Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 namentlich dann frei, wenn es um eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen bzw. fachärztlichen Ausführungen geht (siehe Urteil des BGer 8C_580/2017 vom 9. Februar 2018 E. 3.1 und 4.1). Eine Rückweisung an die Verwaltung ist ferner zulässig, wenn sich – wie vorliegend – der medizinische Sachverhalt im Zeitraum zwischen der Administrativexpertise und der angefochtenen Verfügung massgeblich verändert hat und die Verwaltung gehalten gewesen wäre, den Sachverhalt nach der gutachterlichen Untersuchung zu vervollständigen (Urteil des BGer 8C_241/2023 vom 7. November 2023 E. 6.5).

9.3 Die von der Vorinstanz beantragte vorgängige Anfrage des ABI zum Verlauf im Nachgang zur Begutachtung fällt konkret insofern ausser Betracht, als sich das ABI-Gutachten als nicht zureichend schlüssig und nachvollziehbar erwiesen hat. Eine Notwendigkeit der erneuten medizinischen Begutachtung unter Einbezug der für den gesamten Zeitraum ab Februar 2022 ergangenen medizinischen Akten ist konkret als gegeben zu erachten, da der medizinische Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht rechtsgenügend abgeklärt wurde. Die Vorinstanz wäre gehalten gewesen, den medizinischen Sachverhalt bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung zu eruieren. Von daher rechtfertigt sich die Rückweisung der Angelegenheit an sie zur Abklärung und Neuverfügung, da ein wesentlicher Zeitraum bislang nicht bzw. nicht gutachterlich abgeklärt wurde (vgl. Urteil des BGer 8C_241/2023 vom 7. November 2023 E. 6.5).

10.

10.1 Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten (insbesondere Vervollständigung der medizinischen Akten unter Aufnahme des Berichts von Dr. S._____ [vgl. vorstehende E. 8.3.2] und unter Beizug der zwischenzeitlich ergangenen Akten aus dem Gerichtsverfahren in Österreich) eine erneute polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Die Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in

Übereinstimmung mit dem Eventualantrag des Beschwerdeführers sowie der in E. 9 erwähnten bundesgerichtlichen Rechtsprechung.

10.2 Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen vorab in den medizinischen Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Neurologie und Psychiatrie (gegebenenfalls unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung; vgl. dazu vorstehende E. 8.2.2) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten in anderen medizinischen Fachdisziplinen beizuziehen sind oder – wie vom Beschwerdeführer vorgebracht – eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung indiziert ist, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 151 V 66 E. 6.1; 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

10.3 Die Begutachtung hat grundsätzlich in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7*m* ATSV [SR 830.11]; vgl. auch Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle – vorliegend unter Ausschluss des ABI Basel – nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72bis Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

11.
Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 17. September 2024 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Der prozessuale Antrag der Vorinstanz (vgl. vorstehende E. 9) wird abgewiesen.

12.
Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

12.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich die unterliegende Partei tragen muss. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Kosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Dem Beschwerdeführer ist der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- (BVGer-act. 4) nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu benennendes Konto zurückzuerstatten.

12.2 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 Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.– (inkl. Auslagen) angemessen. Hat die zu entschädigende Partei – wie vorliegend – 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 Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 17. September 2024 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.
Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'000.- zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:	Der Gerichtsschreiber:
Philipp Egli	Walter Schmid

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 Handen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift 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: