



---

Abteilung III  
C-300/2023

## Urteil vom 30. Juni 2026

---

Besetzung

Richter Vito Valenti (Vorsitz),  
Richterin Caroline Gehring, Richter Beat Weber,  
Gerichtsschreiber Samuel Wyrsh.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
vertreten durch **B.** \_\_\_\_\_ und  
**C.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente,  
Verfügung der IVSTA vom 21. November 2022.

## Sachverhalt:

### A.

Der am (...) 1969 geborene und in Deutschland wohnhafte deutsche Staatsangehörige A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer oder Versicherter), geschieden, kinderlos, war in den Jahren 1992 bis 2020 mit Unterbrüchen bei verschiedenen Arbeitgebern in der Schweiz im musikalischen Bereich (als freischaffender Musiker, Dirigent, Pädagoge oder Ausübender [zuletzt vom 21. September 2015 bis zum 31. März 2020 als Musikalischer Leiter eines Musikvereins]) tätig und leistete Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen-, und Invalidenversicherung (AHV/IV). Die letzte bekannte Stelle in Deutschland war vom 1. September 2016 bis 31. August 2019 als Instrumentallehrkraft an der Musikschule D. \_\_\_\_\_ (vgl. Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [nachfolgend: Vorinstanz oder IVSTA] gemäss Aktenverzeichnis vom 27. Januar 2023 [im Folgenden IVSTA-act.] 4, 19 S. 13, 39, 99, 101 und 107). Seinen Lebensunterhalt bestreitet er mit einer Rente wegen voller Erwerbsminderung der Deutschen Rentenversicherung Bund; zusätzlich erhält er Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt; IVSTA-act. 33 f.).

**A.a** Mit Schreiben vom 19. Mai 2021 überwies die Deutsche Rentenversicherung Bund den Rentenantrag des Versicherten vom 28. Januar 2021 an die Schweizerische Ausgleichskasse in Genf zur Durchführung des zwischenstaatlichen Rentenverfahrens (IVSTA-act. 3 f.).

**A.b** Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IVSTA-act. 100) sprach die IVSTA dem Versicherten mit Verfügung vom 21. November 2022 ab dem 1. Juli 2021 bei einem Invaliditätsgrad von 58 % eine halbe ordentliche Invalidenrente zu (IVSTA-act. 108).

### B.

**B.a** Der Versicherte lässt gegen die Verfügung vom 21. November 2022 durch seine von ihm bevollmächtigten Eltern am 17. Januar 2023 (Datum Postaufgabe) Widerspruch (*recte*: Beschwerde) beim Bundesverwaltungsgericht führen. In der Beschwerde ist ausgeführt, aufgrund seit Oktober 2022 verstärkter bipolarer Schwankungen sei er nicht mehr in der Lage, Post zu beantworten oder den Haushalt zu führen. Vor Verfügungserlass habe es die Vorinstanz unterlassen, den Gesundheitszustand abzuklären (Beschwerdeakten [BVGer-act.] 1).

**B.b** Da die Beschwerdefrist für die am 25. November 2022 zugestellte vorinstanzliche Verfügung vom 21. November 2022 (unter Berücksichtigung des Fristenstillstands gemäss Art. 22a VwVG) am 10. Januar 2023 abgelaufen war, die verspätete Eingabe des Beschwerdeführers vom 17. Januar 2023 jedoch Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen (bipolare Störung) enthielt, behandelte das Gericht diese sinngemäss als Fristwiederherstellungsgesuch. Auf Aufforderung hin mit Instruktionsverfügung vom 6. Februar 2023 reichte der Beschwerdeführer am 20. Februar 2023 neben Briefen von Bekannten auch eine fachärztliche Bescheinigung des behandelnden Psychiaters vom 16. Februar 2023 ein. Damit gelang ihm der Nachweis, dass er aus gesundheitlichen Gründen unverschuldet am rechtzeitigen Handeln verhindert war, weshalb das Bundesverwaltungsgericht das Fristwiederherstellungsgesuch vom 17. Januar 2023 mit Zwischenverfügung vom 24. Februar 2023 guthiess (BVGer-act. 1 und 3 ff.).

**B.c** Der mit Zwischenverfügung vom 24. Februar 2023 eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– ging rechtzeitig bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 5 f.).

**B.d** In der Vernehmlassung vom 11. April 2023 schloss die Vorinstanz auf Abweisung der Beschwerde sowie Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Sie begründete dies im Wesentlichen damit, dass seit dem 2. Februar 2021 (Ende der stationären/teilstationären Behandlung) leichtere, dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeiten wieder zu 50 % zumutbar seien (BVGer-act. 8).

**B.e** Mit Replik vom 8. Mai 2023 legte der Beschwerdeführer eine fachärztliche Bescheinigung vom 26. April 2023 ins Recht und führte aus, die Einschätzung des medizinischen Diensts der Invalidenversicherung sei nicht nachvollziehbar und widerspreche der medizinischen Beurteilung der deutschen Rentenversicherung, welche eine Rente wegen vollständiger Erwerbsunfähigkeit zahle (BVGer-act. 11).

**B.f** Am 8. Juni 2023 reichte die Vorinstanz unter Beilage einer Stellungnahme ihres medizinischen Diensts vom 6. Juni 2023 ihre Duplik zu den Akten, in der sie die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung beantragte (BVGer-act. 13).

**B.g** Mit Instruktionsverfügung vom 12. Juni 2023 wurde der Schriftwechsel, unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen, abgeschlossen (BVGer-act. 14).

**B.h** In einer unaufgeforderten Eingabe führte der Beschwerdeführer am 3. Juli 2023 aus, die Vorinstanz nehme keine Stellung zu den durch ihn vorgelegten medizinischen Berichten und stütze sich lediglich auf eine Ferndiagnose. Er behalte sich sodann vor, ein Gutachten bei einem Psychiater in der Schweiz in Auftrag zu geben (BVGer-act. 16).

**B.i** Mit Zwischenverfügung vom 21. Januar 2026 gewährte das Bundesverwaltungsgericht dem Beschwerdeführer die Gelegenheit, sich zur Möglichkeit einer reformatio in peius (Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung an die Vorinstanz zur umfassenden Abklärung) zu äussern und die Beschwerde gegebenenfalls zurückzuziehen (BVGer-act. 23). Die Verfügung wurde am 20. Februar 2026 der Vertreterin eröffnet. Mit elektronischer an die Vorinstanz gerichteter und von dieser am 24. Februar 2026 an das Bundesverwaltungsgericht weitergeleiteter Eingabe hielt der Beschwerdeführer am 22. Februar 2026 sinngemäss an der Beschwerde fest (BVGer-act. 26 ff.).

**B.j** Am 28. April 2026 informierte Rechtsanwältin Faller die Vorinstanz darüber, dass sie das Amtsgericht E. \_\_\_\_\_ zur Betreuerin des Beschwerdeführers bestellt hat. Die entsprechende Eingabe leitete die Vorinstanz zusammen mit dem Betreuerausweis am 30. April 2026 an das Bundesverwaltungsgericht weiter (BVGer-act. 30).

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

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

### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der 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]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), einzutreten.

**2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung vom 21. November 2022, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine halbe Invalidenrente ab Juli 2021 zugesprochen hat. Mit der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente wird ein Rechtsverhältnis im anfechtungs- und streitgegenständlichen Sinne geregelt. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben (BGE 125 V 413 E. 2; vgl. auch Urteil des BGer 8C\_133/2022 vom 7. September 2022 E. 5.2, wonach Streitgegenstand die Invalidenrente als solche bildet, nicht deren einzelne Faktoren [wie Invaliditätsgrad, Rentenberechnung oder Rentenbeginn]). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist dementsprechend im konkreten Fall der Anspruch des Beschwerdeführers insgesamt auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

**3.**

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

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

**3.3** Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 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; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im

Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

#### **4.**

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

**4.2** Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 28. Januar 2021 erfolgten Anmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor 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 (SR 831.201) und des ATSG (SR 830.1) in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar. Sie werden – soweit nicht anders vermerkt – im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert und angewendet.

**4.3** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 21. November 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 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; Urteil des

BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). 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** 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).

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

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

**5.4** 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. Urteile des BGer 9C\_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

**5.5** Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C\_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potenziellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder

ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

## **6.**

**6.1** Mit Beschwerde vom 17. Januar 2023 und Replik vom 8. Mai 2023 bringt der Beschwerdeführer sinngemäss vor, die Vorinstanz habe den Gesundheitszustand unvollständig abgeklärt. In Deutschland erhalte er eine Rente wegen voller Erwerbsminderung. Medizinische Berichte seines behandelnden Psychiaters, Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, bestätigten zudem, dass sich sein Gesundheitszustand erheblich verschlechtert habe; er sei zu 100 % arbeitsunfähig. Insgesamt sei nicht nachvollziehbar, weshalb er in Deutschland eine ganze Rente erhalte und die Vorinstanz lediglich eine halbe Rente zugesprochen habe (BVGer-act. 1 und 11).

**6.2** Dagegen wendet die Vorinstanz vernehmlassungsweise ein, der medizinische Dienst habe die gesundheitlichen Beschwerden vollständig und schlüssig beurteilt. Aus somatischer Sicht bestehe mit der Ausnahme einer Adipositas keine Gesundheitsstörung. In psychiatrischer Sicht bestehe eine Gesundheitsbeeinträchtigung, die ab dem 13. Januar 2020 (Beginn der letzten stationären/teilstationären Behandlung) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % verursache. Seit Abschluss dieser Behandlung am 2. Februar 2021 (Ende der letzten stationären/teilstationären Behandlung) seien leichtere, dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeiten wieder zu 50 % zumutbar. Zudem habe der Beschwerdeführer die Mitwirkung an einer neuen medizinischen Untersuchung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund abgelehnt. Mit Duplik vom 8. Juni 2023 reichte sie sodann die zwischenzeitlich eingeholte Stellungnahme des medizinischen Diensts vom 6. Juni 2023 ein und beantragte, es sei die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 21. November 2022 zu bestätigen (BVGer-act. 8 und 13).

## 7.

Mit Verfügung vom 21. November 2022 bejahte die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ordentliche Invalidenrente (halbe Rente) ab dem 1. Juli 2021 bei einem Invaliditätsgrad von 58 %. Nachfolgend ist diese Rente auf ihre medizinischen Grundlagen zu prüfen (IVSTA-act. 108). Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**7.1** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie, stellte in seinem Bericht vom 13. Mai 2005 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, F33.3) sowie einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2). Zum Befund führte er aus, der Beschwerdeführer sei allseits orientiert und ohne anamnestische Auffälligkeiten. Der Affekt sei herabgestimmt. Es seien weder inhaltliche noch formale Denkstörungen aufgetreten; auch Antrieb und Psychomotorik seien unauffällig (IVSTA-act. 59).

**7.2** Laut Austrittsbericht der H.\_\_\_\_\_-Klinik vom 21. Mai 2007 befand sich der Beschwerdeführer vom 20. März 2007 bis zum 11. Mai 2007 in stationärer Behandlung aufgrund einer bipolaren Störung II (ICD-10 F31.80) mit schwerer depressiver Episode (ICD-10 F31.4). Zuzufolge unzureichender Stimmungsaufhellung und weiterhin bestehender Zukunfts- und Versagensängste sei eine ambulante Behandlung angezeigt und eine Fortsetzung der antidepressiven und phasenprophylaktischen Medikation erforderlich (IVSTA-act. 69).

**7.3** Vom 21. Mai 2007 bis zum 14. August 2007 befand sich der Beschwerdeführer mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode bei bipolarer affektiver Störung (ICD-10: F31.4, 31.8) gemäss Austrittsbericht der Psychiatrischen Tagesklinik I.\_\_\_\_\_, vom 20. August 2007 in teilstationärer Behandlung. Unter dem Titel psychischer Befund ist festgehalten, er sei ein gepflegter, etwas verschmitzt und nervös wirkender Mann. Er zeige wenig lebhaftes Mimik und habe im Gespräch stimmungs-labil, ängstlich und unsicher gewirkt. Das formale Denken sei kohärent, jedoch haftend. Das inhaltliche Denken sei sehr auf die Erkrankung und die negative Selbstwertung bezogen. Der Antrieb sei vermindert. Er wirke absprachefähig und könne sich glaubhaft von Suizidgedanken oder -impulsen distanzieren. Die Entlassung in die ambulante Weiterbehandlung sei bei gebessertem

Gesamtzustand erfolgt. Insgesamt sei von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit auszugehen (IVSTA-act. 66).

**7.4** Dem Austrittsbericht des Universitätsspitals J.\_\_\_\_\_, Intensivmedizin, vom 18. Oktober 2013 ist eine Hospitalisation vom 12. bis 13. Oktober 2013 aufgrund einer Intoxikation mit Quetiapin und Oxazepam in erstmaliger suizidaler Absicht zu entnehmen. Weiter sind die Diagnosen bipolare Depression (mit schwerer depressiver Episode) und leichte Leberwerterhöhung festgehalten. Die im weiteren Verlauf erfolgte psychiatrische Beurteilung habe eine anhaltende Suizidalität bei schwerer Depression gezeigt, wodurch eine psychiatrische Weiterbetreuung in einer geschlossenen Abteilung indiziert sei (IVSTA-act. 60).

**7.5** Zufolge des Berichts des Zentrums für K.\_\_\_\_\_ vom 22. Mai 2014 befand sich der Beschwerdeführer aufgrund einer bipolaren affektiven Störung (gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome [F31.4]) vom 14. Oktober 2013 bis zum 2. Mai 2014 in stationärer Behandlung. Anlass für die Aufnahme sei der Suizidversuch mit Quetiapin und Oxazepam am 12. Oktober 2013 gewesen. Dres. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, und Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sowie die psychologische Psychotherapeutin N.\_\_\_\_\_ beschreiben den psychischen Untersuchungsbefund wie folgt: Der Patient sei wach, bewusstseinsklar sowie zu Zeit, Ort, Person und Situation orientiert, jedoch kognitiv verlangsamt. Emotional wirke er noch erschrocken und von den Ereignissen überflutet, wobei ihm ein ausreichender Abstand fehle. Das Denken sei zwar formal und inhaltlich geordnet, aber verlangsamt und von Grübeln sowie Gedankenkreisen geprägt; psychotische Ich-Störungen lägen nicht vor. Insgesamt zeige sich ein schwer depressives Bild mit Gefühlen von Erschöpfung und Überforderung sowie weiterhin bestehenden Suizidgedanken, zu denen der Patient keinen ausreichenden Abstand habe. Der Behandlungsverlauf sei gekennzeichnet durch wiederkehrende Stimmungseinbrüche mit Suizidgedanken. Er habe unter anhaltender Schwere, Energielosigkeit, Unruhe und Taubheitsgefühlen am ganzen Körper gelitten. Dies sei verbunden gewesen mit immer wieder auftretender Mutlosigkeit wegen der ausbleibenden Besserung seines Befindens. Die Entlassung sei bei nicht zufriedenstellendem Behandlungsergebnis erfolgt. Nach wie vor bestünden Ängstlichkeit, Leeregefühle, Nervosität und eine reduzierte körperliche Energie (IVSTA-act. 64).

**7.6** Im Bericht des Universitätsklinikums O.\_\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Februar 2021 führten der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ und die Assistenzärztin Q.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer habe sich vom 13. Januar 2020 bis zum 16. Juli 2020 in teilstationärer und vom 17. Juli 2020 bis zum 2. Februar 2021 in stationärer Behandlung befunden. Als Diagnosen stellten sie eine bipolare Störung (ggw. schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome [ICD-10: F31.4]) und eine Tinea unguium (ICD-10: B35.1; Nagelpilzerkrankung). Die stationäre Aufnahme sei bei seit August 2019 bestehendem schweren depressiven Bild ohne Besserung der Symptomatik im ambulanten Setting erfolgt. Bei der Entlassung, welche in affektiv stabilisiertem Zustand zur ambulanten Weiterbehandlung erfolgt sei, habe sich eine hypomane Nachschwankung gezeigt. Anamnestisch bestehe seit August 2019 ein schweres depressives Bild ohne Besserung der Symptomatik. Er berichte über permanente Kraft- und Energielosigkeit sowie Konzentrationsschwierigkeiten, erschöpfe schnell, habe zunehmend diffuse Ängste, verspüre eine Unruhe und leide über den gesamten Tag an starkem Grübeln und Suizidgedanken. Die erste depressive Phase sei 1989 aufgetreten, ein Suizidversuch habe 2013 stattgefunden und es seien 2007 ein teilstationärer und 2013 ein 7-monatiger stationärer Aufenthalt erfolgt. Unter dem Titel psychopathologischer Aufnahmebefund ist festgehalten, er sei bewussteinklar und allseits orientiert. Subjektiv bestünden deutliche Störungen der Auffassung, der Aufmerksamkeit und der Konzentration, wohingegen die Gedächtnisfunktionen ungestört seien. Der Gedankengang zeige sich geordnet und kohärent, jedoch verlangsamt und von einer starken Grübelneigung geprägt. Es fänden sich keine Hinweise auf Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen sowie Zwangsgedanken oder -handlungen. Des Weiteren sei die Affektlage deutlich gedrückt und nicht schwingungsfähig. Der Antrieb sei reduziert und gehemmt, verbunden mit Interessenlosigkeit und Anhedonie, wobei keine circadianen Schwankungen vorlägen. Es bestehe kein Hinweis auf eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung; zwar seien chronische Suizidgedanken vorhanden, jedoch ohne Impulse oder konkrete Pläne, und der Patient sei absprachefähig, wenngleich ein Suizidversuch in der Vorgeschichte vermerkt sei. Die Substanzanamnese sei unauffällig, jedoch bestünden starke Ein- und Durchschlafstörungen ohne Hinweis auf Para- oder Hypersomnie (IVSTA-act. 5).

**7.7** In der medizinischen Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Diensts (nachfolgend: RAD) hielt der Allgemeinmediziner Dr. med. R.\_\_\_\_\_ am 30. November 2021 die Diagnose bipolare Störung (gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, F31.4)

fest. Er erachte sodann eine berufliche Tätigkeit für den Versicherten im bisherigen Rahmen als nicht mehr zumutbar. Der Gesundheitszustand sei aber nicht aus somatischen Gründen eingeschränkt, weshalb eine psychiatrische Beurteilung empfehlenswert sei (IVSTA-act. 44).

**7.8** In der von Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, medizinischer Dienst der IVSTA, verfassten Stellungnahme vom 2. März 2022 ist festgehalten, trotz beinahe das ganze Erwachsenenleben bestehender chronischer bipolarer Störung habe der Beschwerdeführer sein Leben lang gearbeitet. Der derzeitige Gesundheitszustand sei unklar, da der letzte Bericht mehr als ein Jahr alt sei. Vor einer weiteren Beurteilung sei deshalb ein ausführlicher psychiatrischer Bericht einzuholen (IVSTA-act. 52).

**7.9** Am 25. April 2022 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_\_ über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 21. April 2022. Als Diagnosen sind eine bipolare Störung und eine rezidivierende schwere depressive Episode aufgeführt. Es habe eine adäquate psychische Verfassung vorgelegen und er berichte über ausreichend Schlaf. Ferner hätten sich weder maniforme Entgrenzungen noch höhergradige depressive Zeichen gezeigt. Schliesslich nehme er keine Medikamente und Kontrolluntersuchungen seien in längeren Abständen vorgesehen (IVSTA-act. 83).

**7.10** Der Stellungnahme des Dr. med. S.\_\_\_\_\_ (medizinischer Dienst der IVSTA) vom 12. August 2022 ist zu entnehmen, dass im Verlauf lediglich im April 2022 ein unauffälliger Status dokumentiert sei. Als Hauptdiagnose stellte er eine bipolare affektive Störung II (ggw. teilremittiert [F31.7]), als Nebendiagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zudem eine Adipositas. Der Versicherte habe trotz wiederkehrender Krankheitsepisoden sein Leben lang gearbeitet, jedoch sei die angestammte Tätigkeit als Musiker aufgrund der hohen emotionalen Belastung und wechselnden Arbeitszeiten seit dem 13. Januar 2020 nicht mehr leidensgerecht. Hingegen sei eine körperlich leichte bis mittelschwere Verweistätigkeit mit geringen Anforderungen an Stress, Flexibilität und emotionale Belastbarkeit aus psychiatrischer Sicht zumutbar. Diese Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % bestehe seit dem 2. Februar 2021, während davor auch für angepasste Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (IVSTA-act. 94).

**7.11** In der fachärztlichen Bescheinigung vom 10. Januar 2023 führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei aufgrund der schweren

Erkrankung mit schwerster depressiver Phase nicht in der Lage gewesen, die Einspruchsfrist adäquat wahrzunehmen. Der Gesamtzustand habe sich zudem derart verschlechtert, dass er entgegen der vorinstanzlichen Einschätzung nicht zu 50 %, sondern zu 100 % erwerbsunfähig sei (BVGer-act. 1 Beilage).

**7.12** Am 16. Februar 2023 verfasste Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine weitere fachärztliche Bescheinigung und bestätigte psychiatrische Behandlungen des Beschwerdeführers am 28. November 2022, 6., 12. und 19. Dezember 2022 sowie 9. und 30. Januar 2023. Dieser habe sich, so der Psychiater weiter, in einer schweren depressiven Verfassung befunden. Seine kognitiven Fähigkeiten seien deutlich eingeschränkt gewesen, was sich in einer verminderten Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit gezeigt habe. Zudem habe er unter depressivem Gedankenkreisen sowie Schlafstörungen gelitten, die mit allgemeiner Unruhe und starker Anspannung einhergegangen seien. Sodann sei eine hochdosierte antidepressive und beruhigende medikamentöse Therapie indiziert gewesen (BVGer-act. 4 Beilage).

**7.13** In einem weiteren Bericht vom 26. April 2023 führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer befinde sich in kontinuierlicher psychiatrischer Behandlung und es liege weiterhin eine hochgradige Veränderung der Arbeitsfähigkeit vor, die zu einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % führe (BVGer-act. 11 Beilage).

**7.14** Während des Beschwerdeverfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht holte die Vorinstanz eine weitere Stellungnahme des medizinischen Diensts ein. Der Psychiater Dr. med. S. \_\_\_\_\_ beurteilte die im Beschwerdeverfahren eingereichten fachärztlichen Bescheinigungen von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2023, 16. Februar 2023 sowie 26. April 2023 und führte in seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2023 aus, aufgrund der knappen Befunde des behandelnden Arztes bleibe offen, ob es sich um eine schwere depressive Episode gehandelt habe. Es sei davon auszugehen, dass sich Betroffene von einer bipolaren Störung zwischen den Erkrankungsphasen in der Regel so weit erholten, dass eine angepasste Tätigkeit möglich sei, was auch für den Beschwerdeführer gelte. Zwar werde seine angestammte Tätigkeit aufgrund der spezifischen Anforderungen mittlerweile als nicht mehr leidensgerecht beurteilt, doch sei medizinisch nicht begründbar, weshalb er in rezidivfreien Intervallen keine quantitativ und qualitativ deutlich weniger anspruchsvolle Tätigkeit ausüben könne. Jedenfalls enthielten die eingereichten Berichte keine neuen

Informationen, die der bisherigen medizinischen Beurteilung widersprechen (BVGer-act. 13 Beilage).

## **8.**

Die Vorinstanz geht gestützt auf die dargelegte Aktenlage und die Einschätzungen des medizinischen Diensts im Wesentlichen davon aus, dass der Beschwerdeführer unter einer Gesundheitsbeeinträchtigung leide, die ab dem 13. Januar 2020 (Beginn der teilstationären Behandlung) eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit von 100 % verursache. Ab dem 2. Februar 2021 (Ende der teilstationären Behandlung) seien leichtere, dem Gesundheitszustand besser angepasste Tätigkeiten wieder zu 50 % möglich. Die Arbeitszeit sei auf halbtags begrenzt, wobei die Tätigkeiten weder Stress, Schnelligkeit noch Ausdauer erfordern und kein hohes Mass an Umgang mit Emotionen mit sich bringen dürften. Im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs am 1. Juli 2021 bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 58 % Anspruch auf eine halbe ordentliche Invalidenrente (BVGer-act. 1 Beilage).

**8.1** Diese Schlussfolgerung stützte die Vorinstanz auf die Ausführungen des medizinischen Dienstes (IVSTA-act. 44, 52, 94; BVGer-act. 13 Beilage).

**8.2** 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 Beweiswürdigung 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 145 V 97 E. 8.5; 139 V 225 E. 5.2). 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).

**8.3** 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 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).

**8.4** Grundsätzlich sind bei sämtlichen psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktionaler Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

**8.5** Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn

die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGer 8C\_288/2024 vom 29. Oktober 2024 E. 8.2). Des Weiteren kann aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Andererseits bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Dies alles zeigt, dass es hinsichtlich Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik bedarf (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1; Urteile des BGer 9C\_721/2018 vom 12. März 2019 E. 3.2; 9C\_443/2023 vom 28. Februar 2025 [in BGE 151 V 194 nicht publizierte] E. 4).

## 9.

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass der rechtserhebliche Sachverhalt unrichtig bzw. unvollständig festgestellt wurde. Ob diese Rüge zutrifft, ist nachfolgend zu prüfen.

**9.1** Hinsichtlich der psychiatrischen Situation steht die durch den RAD bzw. den medizinischen Dienst als Hauptdiagnose aufgeführte und seit mehreren Jahren bekannte bipolare affektive Störung II (F31.7) im Vordergrund (IVSTA-act. 44 und 94). In seiner allgemeinärztlichen Beurteilung vom 30. November 2021 bezog sich der RAD auf den Austrittsbericht des Universitätsklinikums O. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2021, woraus die Diagnosen bipolare Störung (ggw. schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome; ICD-10: F 31.4) und eine Tinea unguium (ICD-10: B35.1) hervorgingen (IVSTA-act. 5 und 44), und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit ab August 2019. Eine berufliche Tätigkeit im bisherigen Rahmen erachtete er als nicht mehr zumutbar; möglich seien aber einzelne kleine Tätigkeiten. Bei höherer Belastung sei die Gefahr für ein Rezidiv zu hoch. Zumal es sich um eine psychiatrische

Diagnose handle, empfahl er, eine Einschätzung des entsprechenden Fachbereichs einzuholen. Der daraufhin ergangenen psychiatrischen Einschätzung des Dr. med. S.\_\_\_\_\_ vom 2. März 2022 ist – wiederum im Wesentlichen gestützt auf den Bericht des Universitätsklinikums O.\_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2021 – zu entnehmen, dass der Versicherte beinahe sein ganzes Erwachsenenleben unter einer chronischen bipolaren Störung leide. Er habe parallel zu den wiederkehrenden Krankheitsepisoden aber sein Leben lang gearbeitet, zumeist in mehreren Anstellungs- resp. Auftragsverhältnissen gleichzeitig. Der letzte medizinische Bericht sei über ein Jahr alt, wodurch der aktuelle Gesundheitszustand und allfällige Funktionseinschränkungen unbekannt seien. Somit sei es angezeigt, zunächst einen unabhängigen ausführlichen psychiatrischen Bericht über die Verbindungsstelle einzuholen und im Anschluss die medizinische Situation neu zu beurteilen (IVSTA-act. 52). Nachdem der Beschwerdeführer erneut medizinische Unterlagen einreichte, verfasste Dr. med. S.\_\_\_\_\_ am 12. August 2022 eine weitere medizinische Stellungnahme (IVSTA-act. 94). Diese stützt sich im Wesentlichen auf den ärztlichen Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2005 (IVSTA-act. 59), den Entlassungsbericht der H.\_\_\_\_\_ -Klinik vom 21. Mai 2007 (IVSTA-act. 69), den Entlassungsbericht der Psychiatrischen Tagesklinik I.\_\_\_\_\_ vom 20. August 2007 (IVSTA-act. 66), den Austrittsbericht des Universitätsspitals J.\_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2013 (IVSTA-act. 60), den Entlassungsbericht des K.\_\_\_\_\_ Emmendingen vom 22. Mai 2014 (IVSTA-act. 64) sowie den ärztlichen Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 25. April 2022 (IVSTA-act. 83). Dr. med. S.\_\_\_\_\_ führt unter Hauptdiagnose eine bipolare affektive Störung II, ggf. teilremittierend (F31.7) auf und als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Adipositas. In der bisherigen Tätigkeit bestehe weiter eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 13. Januar 2020. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 13. Januar 2020 und von 50 % ab dem 2. Februar 2021. Die zumutbare Arbeitszeit sei halbtags und zu vermeiden seien Nacharbeit, häufig wechselnde Arbeitszeiten, Arbeit, die Stress erzeuge, Schnelligkeit oder Ausdauer erfordere, und der Umgang mit Emotionen. Weiter ist ausgeführt, die beinahe das ganze Erwachsenenleben bestehende bipolare Störung habe zu stationärer Behandlungsbedürftigkeit unter anderem nach einem Suizidversuch im Jahr 2013 geführt. Ab 2019 habe sich eine schwere depressive Episode entwickelt und er habe erst Anfang 2021 aus der stationären Behandlung entlassen werden können. Aus dem weiteren Verlauf ergebe sich lediglich im April 2022 ein unauffälliger Status. Die angestammte Tätigkeit als angestellter und freiberuflicher Musiker gehe mit einem hohen Mass an emotional-affektiver Belastung sowie häufig

wechselnden Arbeitszeiten einher und sei angesichts der psychischen Vulnerabilität nicht leidensgerecht. Eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei bei – ausser einer Adipositas – fehlenden somatischen Erkrankungen aus psychiatrischer Sicht möglich und zumutbar (IVSTA-act. 94). Schliesslich äusserte sich der medizinische Dienst am 6. Juni 2023 zu durch den Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahren vorgelegten fachärztlichen Bescheinigungen vom 10. Januar, 16. Februar und 26. April 2023 (BVGer-act. 1, 4 und 11, jeweils Beilage). In seiner medizinischen Beurteilung führte er aus, anhand der eingereichten Dokumente sei eine erneute depressive Phase im Rahmen der bipolaren Störung ab Ende November 2022 nachvollziehbar. Zusätzlich zu den typischen Symptomen habe sich ein sozialer Rückzug gezeigt. Der Versicherte sei mit seinem Haushalt und anderen Anforderungen überfordert und auf die Unterstützung seiner Eltern angewiesen. Der behandelnde Nervenarzt gehe deshalb von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus. Nach Ansicht des medizinischen Dienstes der IVSTA sei offen, ob dabei von einer schweren Episode auszugehen sei und wie lange sie gedauert habe. Jedenfalls enthielten die eingereichten Dokumente keine neuen Informationen. Eine depressive Phase sei im Rahmen der Grunderkrankung zu erwarten und werde mit hoher Wahrscheinlichkeit auch künftig auftreten. Von einer bipolaren Störung Betroffene erholten sich zwischen den Phasen zumeist vollständig oder soweit, dass eine angepasste Tätigkeit möglich werde. Die angestammte Berufstätigkeit sei nicht mehr leidensgerecht. Es sei aber medizinisch nicht begründbar, weshalb er nicht in Intervallen ohne Rezidiv eine quantitativ und qualitativ deutlich weniger anspruchsvolle Tätigkeit immer ausüben könne (BVGer-act. 13 Beilage).

**9.2** Angesichts der zu Recht unbestrittenen psychiatrischen Diagnose (bipolare affektiven Störung II [F31.7]), hätte ein umfassendes strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt werden müssen (vgl. BGE 145 V 215; 143 V 409; vgl. auch E. 8.4 hiervor). Ausschlussgründe, die dies hätten erübrigen können, sind keine ersichtlich und werden von der Vorinstanz auch nicht vorgebracht (vgl. E. 8.5 hiervor). Soweit aus den Akten ersichtlich, fehlt die Prüfung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens im Lichte der massgeblichen Indikatoren vollständig. Die übrigen medizinischen Ausführungen des RAD und des medizinischen Dienstes vermögen die Anforderungen daran klar nicht zu erfüllen (IVSTA-act. 44, 52 und 94; BVGer-act. 13 Beilage).

Soweit aktenkundig, wurde ferner durch die Deutsche Rentenversicherung Bund am 9. Mai 2022 die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens

veranlasst (IVSTA-act. 85). Dieses Gutachten wurde durch die Vorinstanz zwar angefordert, soweit ersichtlich aber nie in die Akten aufgenommen. Deshalb konnte es auch nicht als Grundlage für den vorinstanzlichen Entscheid dienen bzw. gar zu einem Verzicht auf das strukturierte Beweisverfahren führen (vgl. E. 8.5 hiervor). Weshalb die Vorinstanz ihren Entscheid – soweit nachvollziehbar – auf durch den Beschwerdeführer eingereichte medizinische Berichte aus den Jahren 2007, 2013, 2014 und 2021 und trotz Empfehlung des medizinischen Diensts ohne Einholung weiterer Akten bzw. ohne weitere eigene medizinische Abklärungen (z.B. psychiatrisches Gutachten) stützte, erschliesst sich nicht (IVSTA-act. 52 und 60 ff.) und stellt schon für sich allein einen Grund zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung wegen unvollständiger Sachverhaltsabklärung dar.

**9.3** Hinzu tritt, dass divergierende Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit vorliegen. Der medizinische Dienst ging in seiner Beurteilung vom 12. August 2022 aus psychiatrischer Sicht von einer vollständigen (100 %) Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab dem 13. Januar 2020 und einer Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 100 % ab dem 13. Januar 2020 und von 50 % ab dem 2. Februar 2021 aus (IVSTA-act. 94). Demgegenüber führte der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in seiner fachärztlichen Bescheinigung vom 26. April 2023 aus, es sei nicht nachvollziehbar, dass der Versicherte ab der stationären Entlassung am 2. Februar 2021 zumindest teilremittent sei und somit lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorliege. Vielmehr bestehe beim Betroffenen weiterhin eine hochgradige Veränderung der Arbeitsfähigkeit, die eine Erwerbsunfähigkeit von 100 % bedinge. Eine eigenständige berufliche Tätigkeit sei während des gesamten Zeitraums nicht mehr möglich (BVGer-act. 11 Beilage).

**9.4** Hinsichtlich der durch den medizinischen Dienst diagnostizierten Adipositas ist was folgt festzuhalten (IVSTA-act. 94 S. 2). Die Adipositas ist unter dem Titel «Nebendiagnose(n) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» aufgeführt. Wieso aber diese Einordnung durch den Psychiater S.\_\_\_\_\_ erfolgte und keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen sollen, lässt sich zufolge fehlender Begründung nicht nachvollziehen (vgl. BGE 151 V 66 E. 5.9 ff.). Somit ist der medizinische Sachverhalt auch aus somatischer Sicht ungenügend abgeklärt.

**9.5** Im Zusammenhang mit den medizinischen Abklärungen in Deutschland ergibt sich sodann das Folgende (vgl. E. 9.2 hiervor): Zwar führte die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung aus, der Versicherte habe die Mitwirkung

an einer neuen medizinischen Untersuchung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund abgelehnt und stattdessen weitere medizinische Berichte eingereicht (BVGer-act. 8; vgl. E. 6.2 hiervor). Daraus etwas zu ihren Gunsten ableiten kann sie aber nicht.

**9.5.1** Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, haben sich die versicherten Personen diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebung einstellen und Nichteintreten beschliessen; er muss vorher schriftlich mahnen, auf die Rechtsfolgen hinweisen und es ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG).

**9.5.2** Vorliegend wurde der Beschwerdeführer durch die Vorinstanz mit Schreiben vom 4. März 2022 lediglich darauf aufmerksam gemacht, dass zur Prüfung des Leistungsgesuchs weitere ärztliche Unterlagen bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angefordert wurden (IVSTA-act. 54). Eine konkrete, von ihm verlangte Handlung ist nicht ersichtlich und es wurde ihm keine Bedenkzeit eingeräumt. Die von der IVSTA monierte Untersuchung betrifft sodann nicht das hier zu beurteilende vorinstanzliche Verfahren, sondern die Mitwirkung an der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (IVSTA-act. 85). Da vorliegend die Vorinstanz weder das vorgesehene Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt hat noch die mutmasslich abgelehnte Mitwirkung das vorliegend zu beurteilende Verfahren betrifft, können daraus keine Konsequenzen zulasten des Beschwerdeführers abgeleitet werden.

**9.6** Somit bestehen zusammengefasst mehr als nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Berichte des RAD und denjenigen des medizinischen Dienstes und es kann nicht darauf abgestellt werden. Nebst den unterschiedlichen Einschätzungen zur Arbeits(un)fähigkeit fehlen insbesondere rechtsgenügende Ausführungen zur Prüfung der systematisierten Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Die von einer medizinischen Fachperson, namentlich einem Psychiater oder einer Psychiaterin, vorzunehmende Prüfung der Standardindikatoren ist vorliegend offensichtlich nicht erfolgt. Auch im Hinblick auf die diagnostizierte Adipositas erweist sich der

Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, zumal weitere Ausführungen in Bezug auf den Verlauf und allfällige darauf zurückzuführende Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit fehlen (vgl. E. 9.2 ff. hiervor).

## **10.**

Die angefochtene Verfügung vom 21. November 2022 ist 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. 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).

**10.1** Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, eine bidisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin (erstere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Dabei wird ebenso zu prüfen sein, ob und gegebenenfalls wie die diagnostizierte Adipositas (IVSTA-act. 94) sich auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt (vgl. BGE 151 V 66 E. 5.9; Urteile des BVGer C-6712/2023 vom 3. Dezember 2025 E. 11.1 und C-5749/2022 vom 26. März 2026 E. 9.6). Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden und es sich bei der Adipositas um eine chronische – in den meisten Fällen multifaktorielle – Krankheit handelt (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).

**10.2** Die bidisziplinäre Begutachtung hat grundsätzlich in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m 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 nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72<sup>bis</sup> 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 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 ab dem 1. Juli 2021 vorliegt (Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Beschwerde ist deshalb in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

#### **12.**

Im Übrigen bleibt darauf hinzuweisen, dass im konkreten Fall die Rückweisung an die Vorinstanz die Gefahr einer Schlechterstellung (sog. *reformatio in peius*) beinhaltet, da die mit Verfügung vom 21. November 2022 durch die Vorinstanz gesprochene ordentliche Invalidenrente (halbe Rente) in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Dem Beschwerdeführer wurde daher vorgängig am 21. Januar 2026 das rechtliche Gehör gewährt. Dieser hielt trotz einer möglichen *reformatio in peius* sinngemäss an seiner Beschwerde fest (BVGer-act. 23 ff.).

#### **13.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**13.1** 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, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C\_104/2024 vom

22. Oktober 2024 E. 7.1). 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).

**13.2** Dem nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer – der keine verhältnismässig hohe Kosten geltend gemacht hat bzw. solche auch nicht ersichtlich sind – ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

(Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite)

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 21. November 2022 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 in der Höhe von Fr. 800.– wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung 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:

Vito Valenti

Samuel Wyrsh

**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 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: