



Abteilung III
C-3070/2024

Urteil vom 12. September 2025

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richter Beat Weber,
Richterin Viktoria Helfenstein,
Gerichtsschreiberin Tania Sutter.

Parteien

A._____, (Deutschland),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung der IVSTA vom 25. April 2024.

Sachverhalt:**A.**

A.a Der am (...) 1967 geborene, aktuell in Deutschland wohnhafte, deutsche Staatsangehörige A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) war von Dezember 2007 bis April 2012 sowie von Februar bis August 2014 in der Schweiz als Automechaniker und Serviceberater bei verschiedenen Autofirmen erwerbstätig und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der IVSTA [IVSTA-act.] 25, 137, 279 S. 22). Am 15. August 2014 erlitt er einen Schlaganfall (IVSTA-act. 102). Danach war der Versicherte in der Zeit von Juli 2015 bis Januar 2018 wiederum als Serviceberater bei drei verschiedenen Autohäusern in Deutschland angestellt, jeweils in einem Vollzeitpensum (IVSTA-act. 36, 159, 279 S. 50). Sein letzter Arbeitgeber kündigte ihm, weil er die Anforderungen an den Beruf nicht erfüllt habe (IVSTA-act. 36 S. 2).

A.b Am 13. April 2018 stellte der Versicherte im zwischenstaatlichen Verfahren einen Antrag auf eine schweizerische Invaliditätsrente (IVSTA-act. 16 S. 6).

A.c Gemäss Rentenbescheid vom 28. Dezember 2020 der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde dem Versicherten rückwirkend ab 1. April 2018 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zugesprochen (IVSTA-act. 29).

A.d Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (vgl. IVSTA-act. 290 ff.) lehnte die IVSTA das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 25. April 2024 ab (IVSTA-act. 348).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 25. April 2024 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 14. Mai 2024 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Neu festsetzung des Rentenanspruchs unter Berücksichtigung eines Grundbetrages. Ferner beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Akten des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer-act.] 1).

B.b Nach diversen Abklärungen betreffend das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung wurde das Gesuch mit Zwischenverfügung vom 29. August 2024 gutgeheissen (vgl. BVGer-act. 2–8).

B.c Die Vorinstanz beantragte mit Vernehmlassung vom 21. Oktober 2024 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 11).

B.d Der Beschwerdeführer beantragte mit Replik vom 18. November 2024 die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Ausrichtung einer Invalidenrente und eventualiter die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung (BVGer-act. 14).

B.e Mit unaufgeforderter Eingabe vom 12. Dezember 2024 beantragte der Beschwerdeführer die Zusprache einer Rente in Höhe von Fr. 2'450.– nebst 5 % Zins seit 13. April 2018 (BVGer-act. 19).

B.f Auf entsprechendes Ersuchen des Beschwerdeführers hin stellte das Bundesverwaltungsgericht mit Schreiben vom 24. Januar 2025 dem behandelnden Neurologen Dr. med. B. _____ die Aktenstücke mit psychiatrischem Bezug zu (vgl. BVGer-act. 16 f., 20, 22, 24).

B.g Mit Schreiben vom 24. Januar 2025 wurden dem Beschwerdeführer das Verzeichnis der vorinstanzlichen Akten, die vom 1. März 2024 bis zur Beschwerdeerhebung aufgelaufenen Akten (soweit sie keinen psychiatrischen Bezug aufwiesen) sowie eine Kopie des Schreibens an Dr. med. B. _____ vom 24. Januar 2025 zugestellt (BVGer-act. 23).

B.h Die Vorinstanz hielt mit Duplik vom 29. Januar 2025 an ihren Anträgen auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung fest (BVGer-act. 25).

B.i Mit Instruktionsverfügung vom 31. Januar 2025 wurde der Schriftenwechsel per 10. Februar 2025 vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen abgeschlossen (BVGer-act. 26).

B.j Mit unaufgeforderter Eingabe vom 5. März 2025 reichte der Beschwerdeführer Unterlagen vom 24. und 26. Februar 2025 betreffend die rückwirkende Bewilligung eines Pflegegrades ab 5. Januar 2025 durch eine Pflegekasse in Deutschland ein (BVGer-act. 28). Diese Eingabe wurde mit Instruktionsverfügung vom 12. März 2025 der Vorinstanz zugestellt (BVGer-act. 29).

B.k Mit unaufgeforderter Eingabe vom 17. Mai 2025 wiederholte der Beschwerdeführer seine Rechtsbegehren auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung, eventualiter Rückweisung der Sache an die Vorinstanz sowie Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (BVGer-act. 30).

B.l Mit Schreiben vom 21. Mai 2025 wurde der Beschwerdeführer unter anderem darauf hingewiesen, dass sein Gesuch betreffend unentgeltliche Prozessführung mit Zwischenverfügung vom 29. August 2024 bereits gutgeheissen worden sei und die Beschwerden vor dem Bundesverwaltungsgericht grundsätzlich in der Reihenfolge ihres Eingangs behandelt würden (BVGer-act. 31).

B.m Der Beschwerdeführer wiederholte mit unaufgefordert eingereicherter Stellungnahme vom 4. Juni 2025 abermals seine Rechtsbegehren und forderte das Bundesverwaltungsgericht zur unverzüglichen Wiederaufnahme des Verfahrens und Berücksichtigung sämtlicher relevanten Eingaben, insbesondere jene vom 5. März 2025, auf (BVGer-act. 32).

B.n Mit Instruktionsverfügung vom 13. Juni 2025 ging ein Doppel der Stellungnahme vom 4. Juni 2025 zur Kenntnis an die Vorinstanz. Ferner wurde darauf hingewiesen, dass es den Verfahrensbeteiligten jeweils freistehe, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang sie zu unaufgefordert eingereichten Eingaben eine Stellungnahme abgeben möchten. Des Weiteren prüfe das Bundesverwaltungsgericht bei der Aktenauswertung die Eingaben auf relevante Informationen rechtlicher oder tatsächlicher Natur, wobei für die Beurteilung grundsätzlich die konkreten Verhältnisse massgebend seien, wie sie im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorgelegen hätten (BVGer-act. 33).

B.o Mit unaufgefordert eingereicherter Stellungnahme vom 17. Juni 2025 ersuchte der Beschwerdeführer um ernsthafte Prüfung und Würdigung seiner Eingaben (BVGer-act. 34). Diese Eingabe ging mit Instruktionsverfügung vom 9. Juli 2025 zur Kenntnis an die Vorinstanz (BVGer-act. 35).

B.p Der Beschwerdeführer reichte mit Eingabe vom 16. Juli 2025 (vorab per Fax; Eingang per Post: 21. Juli 2025) eine «Untätigkeitsbeschwerde» beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer-act. 36, 38). Mit Briefen vom 29. Juli 2025 wurde einerseits die Eingabe mit der Bitte um Prüfung an das Bundesgericht weitergeleitet und andererseits der Beschwerdeführer darüber orientiert (IVSTA-act. 40 f.). Das Bundesgericht teilte mit Brief vom 31. Juli 2025 mit, dass es in der Eingabe vom 16. Juli 2025 keine

Rechtsverzögerungsbeschwerde zu erkennen vermöge, es dem Versicherten aber freistehe, diesbezüglich direkt das Bundesgericht anzurufen, und retournierte die Eingabe an das Bundesverwaltungsgericht (IVSTA-act. 42).

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 einzutreten.

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 25. April 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.

3.

3.1 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). Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist.

3.2 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 13. April 2018 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 hier primär 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.

3.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 25. April 2024) 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).

4.

Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (vgl. IVSTA-act. 2, 25), sodass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Es bleibt zu prüfen, ob er invalid im Sinne des Gesetzes ist.

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) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die

Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

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 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 andererseits 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).

5.6 Geht es um psychische Erkrankungen, sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich 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).

6.

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

6.1 Gemäss Bericht vom 10. September 2014 wurde der Beschwerdeführer vom 15.–21. August 2014 in der Klinik für Neurologie des Kreiskrankenhauses (...) aufgrund einer transienten Thrombose der Arteria basilaris mit Infarkt der posterioren inferioren Kleinhirnarterie (PICA) links stationär behandelt. Der Befund bei Entlassung auf eigenen Wunsch wurde wie folgt beschrieben: Patient wach, orientiert, keine Feinmotorikstörung, Bein-Halteversuch (BHV) und Arm-Halteversuch (AHV) gleich gehalten, NIH 0 (Schlaganfall-Skala), Schwindel beim Aufstehen und Gehen, aktuell rollatormobil (IVSTA-act. 102).

6.2 Am 10. März 2016 wurde eine Computertomographie (CT) des Schädels des Beschwerdeführers durchgeführt. Dabei wurde links zerebellär ein Parenchymdefekt nach Basilaristhrombose festgestellt. Aktuell fanden sich keine Hinweise auf einen Gefässverschluss, eine Hämorrhagie oder eine zusätzliche/frische Ischämie (IVSTA-act. 4).

6.3 Gemäss nervenärztlichem Bericht vom 12. April 2016 von Dr. C. _____ habe er den Beschwerdeführer wegen seit drei Wochen rezidivierend auftretendem Schwarzwerden vor Augen untersucht. Im neurologischen Befund wurde Folgendes festgestellt: ungerichtete Ataxie im Blindgang, sonst keine Ausfälle, erhöhter Blutdruck. Abschliessend führte Dr. C. _____ aus, die jetzige Symptomatik spreche nicht für eine primäre zerebrale Ursache, vielmehr würden die Beschwerden zu Kreislaufregulationsstörungen passen. Es wurde eine Kontrolle der deutlich erhöhten Blutdruckwerte empfohlen (IVSTA-act. 5).

6.4 Am 8. August 2017 wurde eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Neurocraniums vorgenommen. In der linken Kleinhirnhemisphäre wurde eine Enzephalomalazie mit umgebender Gliose festgestellt, passend zu einer alten Ischämie im Stromgebiet vor allem der Arteria inferior posterior cerebelli (PICA) aber auch der Arteria superior cerebelli, jeweils links. Ansonsten fand sich eine regelrechte Darstellung des Gehirns, insbesondere keine frische Ischämie, keine Raumforderung und keine intracraniale oder intracerebrale Blutung (IVSTA-act. 6).

6.5 Gemäss Bericht vom 10. August 2017 von Dr. med. D._____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, ergebe sich kein Anhalt für eine kardiale Erkrankung. Der Beschwerdeführer sei beschwerdefrei bis 200 Watt belastbar, dabei keine Ischämiereaktion im Elektrokardiogramm. Auch echokardiographisch finde sich kein pathologischer Befund (IVSTA-act. 7 und 8 S. 2).

6.6 Am 14. November 2017 führte Dr. med. D._____ eine Duplexsonographie der Halsgefässe durch. In der Beurteilung hielt er Folgendes fest: keine Verengung der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien beidseits, gering verbreiteter Intima-Media-Komplex im Bulbus carotis beidseits, keine Plaquebildung beidseits, kein Hinweis auf Steal-Phänomen (IVSTA-act. 8 S. 1).

6.7 Im Bericht vom 10. September 2018 stellte E._____, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Der Beschwerdeführer befinde sich seit 9. März 2018 vierwöchentlich in ihrer ambulanten Behandlung. Er sei seit 20. Dezember 2017 aufgrund dieser Diagnose arbeitsunfähig. Die Psychopathologie wurde wie folgt umschrieben: Stimmung gedrückt, erhaltene Schwingungsbreite, geordnet, freundlich zugewandt, Hilfe suchend, Insuffizienz-, Überforderungs- und Versagensängste, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und Schwindelgefühl. Antidepressive oder schlafanstossende Medikation seien als nicht hilfreich erlebt worden. Eine psychosomatische Rehabilitation sei genehmigt worden. Die soziale Integrationsfähigkeit sei leicht eingeschränkt (IVSTA-act. 9).

6.8 Gemäss Schreiben der behandelnden Psychiaterin E._____ vom 9. November 2018 habe die Medikation keine Erleichterung gebracht, weshalb sie im Mai ausgeschlichen worden sei. Die empfohlene psychosomatische Rehabilitation sei vom 16.–19. Oktober 2018 im Rehasentrum (...) durchgeführt worden. Nach vier Tagen sei der Beschwerdeführer nach Hause geschickt worden mit der Begründung, er gehöre in eine neurologische Rehabilitation (IVSTA-act. 299).

6.9 In der sozialmedizinischen Fallbeurteilung vom 19. Dezember 2018 des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung F._____ kam Dr. med. G._____ aufgrund einer Aktenbeurteilung zum Schluss, dass die Ausführungen des Rehasentrums und der Psychiaterin medizinisch nachvollziehbar und die attestierte Arbeitsunfähigkeit plausibel seien. Die weitere neuropsychologische Diagnostik sowie neurologisch-

psychiatrische Weiterbetreuung bleibe abzuwarten. Zur Beurteilung der Dauer/Prognose der Arbeitsunfähigkeit bedürfe es weiterer Unterlagen (IVSTA-act. 61).

6.10 In der sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme vom 7. Mai 2019 kam Dr. H. _____ (Facharztstitel nicht bekannt) der Bundesagentur für Arbeit zum Schluss, dass von einem aufgehobenen Leistungsvermögen für die letzte Tätigkeit auszugehen sei, jedoch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten von mehr als 6 Stunden täglich ausgeübt werden könnten. Die Störungen seien einer Behandlung zugänglich, die begleitend zur beruflichen Wiedereingliederung durchgeführt werden könnte (IVSTA-act. 259).

6.11 In der sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme vom 11. Juni 2019 führte Dr. H. _____ folgende Diagnosen an: Zustand nach Basilaristhrombose mit PICA Infarkt 8/2014 mit anhaltendem Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (ICD-10 I69.3), psychosomatischer Symptomenkomplex (ICD-10 F45.9), arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90), Hyperlipidämie (ICD-10 E78.5), chronischer Nikotinabusus (ICD-10 F17.2). Dr. H. _____ führte sodann aus, vom 16.–19. Oktober 2018 sei eine medizinische Rehabilitationsmassnahme durchgeführt und mit ärztlichem Einverständnis abgebrochen worden. Weiter hält er fest, es liege ein neurologischer Symptomenkomplex vor mit Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, leichter Gangataxie und subjektiv erheblich eingeschränkter Alltagsbelastbarkeit nach PICA Infarkt 2014. Es bestehe eine psychische Minderbelastbarkeit mit Einschränkung von Affektivität und Stressresistenz, Versagens- und Überforderungsängsten; die vorliegende Testpsychologie weise auf schonungsorientiertes Verhaltens- und Erlebensmuster hin und es seien Störungen der Krankheitsverarbeitung anzunehmen. Im Oktober 2018 sei der Beschwerdeführer mit ärztlichem Einverständnis vorzeitig und mit weitgehend remittierter depressiver Symptomatik arbeitsunfähig mit prognostisch vollschichtigem Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten aus der stationären Einrichtung entlassen worden. Höhergradige psychosoziale Funktionsstörungen seien nicht beschrieben worden und nach Einschätzung der Rehaklinik könne die letzte Tätigkeit weiter ausgeübt werden. Die behandelnde Fachärztin habe eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Monaten attestiert und eine Psychotherapie empfohlen, die vom Beschwerdeführer aufgrund organischem Krankheitsverständnis bisher nicht umgesetzt worden sei. Nach Umzug aus privaten Gründen sei durch den neuen Hausarzt aktuell eine neurologische Diagnostik eingeleitet worden. Unter Berücksichtigung des Verlaufs und der aktuellen Funktionsstörungen revidierte Dr. H. _____ seine Einschätzung vom 7. Mai

2019 dahingehend, dass nach derzeitigem Kenntnisstand auch die Leistungsfähigkeit für eine zumutbare Verweistätigkeit unter geringen Anforderungen nicht mit hinreichender Sicherheit angenommen werden könne (IVSTA-act. 260 S. 6 f.). Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführer täglich weniger als 3 Stunden leistungsfähig. Dies voraussichtlich über 6 Monate, aber nicht auf Dauer (IVSTA-act. 260 S. 2).

6.12 Gemäss radiologischem Bericht vom 14. Juni 2019 fand gleichentags eine MR-Untersuchung des Neurocraniums und eine MR-Angiographie der Hirngefässe statt. Gegenüber der Voruntersuchung vom 8. August 2017 ergaben sich keine neu aufgetretenen Infarkthinweise (IVSTA-act. 302).

6.13 Anlässlich der am 13. September 2019 durchgeführten transösophagealen Echokardiographie wurde ein altersentsprechender Normalbefund erhoben (IVSTA-act. 107).

6.14 Am 8. Oktober 2019 wurde eine Kernspintomographie des Thorax/Herz durchgeführt. Dabei wurden normale Befunde erhoben (IVSTA-act. 108).

6.15 Der Beschwerdeführer befand sich vom 20. Mai 2020 bis 2. Juni 2020 in ambulanter psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung in der Einrichtung I. _____ GmbH. Im Entlassungsbericht vom 2. Juni 2020 wurden folgende Diagnosen angeführt: Folgen eines Hirninfarktes, Basilaristhrombose mit PICA-Infarkt 8/2014 mit anhaltendem Schwindel (ICD-10 I69.3), Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), essentielle Hypertonie (ICD-10 I10.90), Hyperlipidämie (ICD-10 E78.5), Abhängigkeitssyndrom durch Gebrauch von Tabak (ICD-10 F17.2; IVSTA-act. 11 S. 1). Laut Anamnese habe der Beschwerdeführer im Jahr 2015 wieder Vollzeit in einem Autohaus in Deutschland gearbeitet. Es habe sehr viel Stress am Arbeitsplatz gegeben, den er seit dem Schlaganfall nicht mehr gut vertragen habe. Er habe damals einen Grad der Behinderung (GdB) von 70 gehabt und habe dort zwei Jahre gearbeitet. Ihm sei dann gekündigt worden, worauf er das Arbeitsgericht eingeschaltet und den Prozess gewonnen habe. Allerdings seien die zugesprochenen Zahlungen an das Arbeitsamt weitergeleitet worden, welches sein Arbeitslosengeld bezahlt habe. Ab Juli 2017 habe er in einem anderen Autohaus gearbeitet, wo ihm während der Probezeit gekündigt worden sei. Seither sei er nicht mehr berufstätig gewesen. Seine Ehefrau sei frühberentet und habe Pflegegrad 1 bei bekannter arterieller Verschlusskrankung. Sie werde mit starken Schmerzmitteln behandelt und könne sich nur mit einem Rollator bewegen. Aufgrund der

Frühberentung seiner Ehefrau und der eigenen Arbeitslosigkeit bestehe eine erhebliche finanzielle Enge. Mit Hilfe seiner Tochter unterstütze er seine Ehefrau (IVSTA-act. 11 S. 5 f.). Der letzte Arbeitsplatz wird wie folgt umschrieben: Der Beschwerdeführer habe im Autohaus den Kundenverkehr bewältigt, Fahrzeugreparaturen eingeteilt, Mitarbeiter für Werkstattleistungen vorgesehen, terminiert, Garantie- und Reklamationsbearbeitung durchgeführt, Leasingrücknahme gemacht sowie das Bestellwesen, die Lagerlogistik und die Unfallschadensbearbeitung durchgeführt (IVSTA-act. 11 S. 6) Zum Punkt Abschlussbefund und Rehabilitationsergebnis wurde festgehalten, der 2014 erlittene Schlaganfall habe die körperliche und berufliche Belastungsfähigkeit des Beschwerdeführers deutlich gemindert. Familiär belastend wirke sich die zunehmende Pflegebedürftigkeit (mittlerweile Pflegestufe 2) und die Wesensänderung der Ehefrau aus. Der Beschwerdeführer sei auf somatische Aspekte fokussiert und es bestehe eine Tendenz zum Einzelkämpfertum. Ausserfamiliären Unterstützungsmöglichkeiten bei der Pflege der Ehefrau sei er ablehnend gegenüberstanden. Der Beschwerdeführer habe bereits von einer möglichen neuen beruflichen Perspektive vollständig Abstand genommen und sich in der Pflege seiner erkrankten Ehefrau beschäftigt. Insofern sei bereits zu Reha-Beginn kein deutlicher Leidensdruck spürbar gewesen (IVSTA-act. 11 S. 9 f.). Im Rahmen der sozialmedizinischen Epikrise wurde ausgeführt, hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kundenberater in einem Autohaus handle es sich aus psychiatrischer Sicht um eine leidensgerechte Tätigkeit, die vorwiegend im Sitzen durchgeführt und von den beschriebenen Gleichgewichtsstörungen nicht wesentlich beeinträchtigt werde. Aus psychiatrischer Sicht bestehe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein Leistungsvermögen für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten von täglich 6 Stunden und mehr in Tagschicht, zeitweise im Stehen, zeitweise im Gehen und überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit zum Haltungswechsel. Aufgrund der Folgen des Hirninfarkts 2014 ergäben sich Funktionseinschränkungen durch die Schwindelsymptomatik hinsichtlich schweren und mittelschweren Hebe- und Tragebelastungen und Tätigkeiten, die Schwindelfreiheit erfordern. Im Rahmen der Funktionseinschränkungen durch die Diagnose Anpassungsstörung ergäben sich Einschränkungen hinsichtlich der Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit. Aufgrund einer Unvereinbarkeit der Krankheitskonzepte habe der Beschwerdeführer unabgesprochen, wie bei der ersten Rehabilitation in (...), die Massnahme abgebrochen, weshalb eine externe sozialmedizinische Beurteilung des Beschwerdeführers empfohlen wurde (IVSTA-act. 11 S. 2; vgl. auch Stellungnahme der leitenden Ärztin vom 23. Juni 2020 [IVSTA-act. 12]).

6.16 Gemäss Entlassbrief vom 5. Februar 2021 hielt sich der Beschwerdeführer infolge Raumforderung in der rechten Lunge vom 3.–5. Februar 2021 stationär in den Kreiskliniken J. _____ auf. Es wurde eine Punktion im rechten Lungensegment 6 vorgenommen. Die radiologische Verlaufskontrolle ergab keine Anzeichen für einen Pneumo- oder Hämatothorax (IVSTA-act. 67).

6.17 Im Bericht vom 22. Februar 2021 des Zentrums M. _____ wurde die Diagnose einer Oligoarthritis (ICD-10 M08.4) genannt. Bei der klinischen Oligoarthritis und den gering erhöhten antinukleären Antikörpern (ANA) sei die Fortsetzung der niedrig dosierten Prednisolontherapie empfohlen worden (IVSTA-act. 109).

6.18 Im allgemeinmedizinischen Befundbericht der allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxis Q. _____ zuhanden der Deutschen Rentenversicherung vom 10. Dezember 2021 wurden folgende Diagnosen genannt: Apoplex (ICD-10 I64), depressive Episode mittelgradig (ICD-10 F32.0), Gleichgewichtsstörung/Schwindel (ICD-10 H83.0), Basilaristhrombose mit zerebellärem Defekt (ICD-10 I82.9), arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.0), Gangunsicherheit subjektiv (ICD-10 R26.8), Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0), Lungenemphysem (ICD-10 J43.9) sowie Oligoarthritis (ICD-10 M08.40). Seit dem Apoplex im August 2014 bestünden persistierende Kopfschmerzen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und Seheinschränkung. Daraus resultierten reduzierte Belastbarkeit, eingeschränkte Lebensqualität und Sturzgefahr durch Gleichgewichtsstörung (IVSTA-act. 47).

6.19 Laut Entlassbrief vom 24. Februar 2022 wurde der Beschwerdeführer aufgrund einer perforierten Appendizitis mit Peritonitis und Dünndarmileus vom 19.–25. Februar 2022 stationär in den Kreiskliniken J. _____ behandelt. Am 25. Februar 2022 liess er sich gegen ärztlichen Rat vorzeitig entlassen (IVSTA-act. 73). Gleichentags stellte er sich mit Schmerzen und Völlegefühl erneut in der Notaufnahme vor und wurde stationär behandelt. Am 3. März 2022 konnte der Beschwerdeführer in gebessertem Allgemeinzustand entlassen werden (IVSTA-act. 74).

6.20 Gemäss Befundbericht des Neurologen Dr. med. K. _____ vom 5. Mai 2022 hat er den Beschwerdeführer seit dem 15. Januar 2020 behandelt. Der letzte Kontakt sei am 26. Oktober 2020 erfolgt. Als Diagnosen wurden eine subjektive Gangunsicherheit (ICD-10 R26.8) und arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.91) genannt. Die klinische Untersuchung am

15. Januar 2020 habe einen unauffälligen Befund ergeben. Bei der Untersuchung am 26. Oktober 2020 wurde nebenbefundlich eine Parese am kleinen Finger links nach Mehrfachfraktur festgestellt. Ferner sei der blinde Seiltänzerengang unsicher gewesen. Zum damaligen Zeitpunkt hätten sich auf neurologischem Fachgebiet keine alltagsrelevanten neurologischen Ausfälle gefunden (IVSTA-act. 93).

6.21 Gemäss radiologischem Bericht vom 25. Mai 2022 fand am 24. Mai 2022 eine MR-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) statt. Die Beurteilbarkeit war wegen erheblicher Bewegungsunruhe des Patienten eingeschränkt. Es wurde ein degeneratives HWS-Syndrom der Wirbelkörper C3–C7 festgestellt (IVSTA-act. 186).

6.22 Gemäss radiologischem Bericht vom 21. Juli 2022 fanden am 20. Juli 2022 eine MR-Untersuchung des Neurocraniums sowie eine MR-Angiographie der Hirngefässe statt. Dabei wurden eine minimale vaskuläre Enzephalopathie sowie eine Hypoplasie des Zerebellums links festgestellt. Ferner fanden sich keine Tumorhinweise, keine intrazerebrale Blutung und kein Infarktnachweis (IVSTA-act. 112).

6.23 Der Neurologe Dr. med. B._____ nannte am 27. Juli 2022 die Diagnose Zustand nach Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien. Er empfahl dringend die Fortführung der Sekundärprophylaxe sowie Ultraschall- und MRT-Kontrollen (IVSTA-act. 95).

6.24 Gemäss Bericht vom 22. September 2022 wurde am 24. August 2022 eine abdominelle Sonographie durchgeführt. Abgesehen von einer deutlichen Steatosis hepatis habe sich ein unauffälliger Befund der untersuchten Organe gezeigt (IVSTA-act. 325).

6.25 Anlässlich der Sprechstunde vom 7. November 2022 dokumentierte Dr. med. L._____, Fachärztin für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, in ihrem Bericht vom 17. November 2022 eine Verstärkung der Schwindelsymptomatik seit etwa einem halben Jahr. Im Videokopfpulstest habe sich eine diskrete Störung des rechten lateralen Bogengangs von ca. 25 % gefunden (IVSTA-act. 189).

6.26 Der Neurologe Dr. med. B._____ hielt in seinem Bericht vom 14. November 2022 fest, die Gesamtheit der Befunde anlässlich der Untersuchung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt und der MRT der HWS würden die kombinierte Schwindelsymptomatik erklären (IVSTA-act. 190).

6.27 Laut Bericht vom 1. Februar 2023 des Zentrums M._____ wurde bei initialer Degeneration der HWS die konservative Therapie eingeleitet (IVSTA-act. 192).

6.28 Gemäss radiologischem Bericht vom 20. Februar 2023 wurde gleichentags eine MR-Untersuchung des linken Kniegelenks durchgeführt. In der Beurteilung wurde Folgendes festgehalten: Auf der Basis der mukoiden Degeneration eine komplexe Rissbildung des Innenmeniskushinterhorns und der Pars intermedia mit horizontalen und radiären Komponenten; kräftige einklemmungsfähige Plica mediopatellaris; geringer Reizerguss; schmale Baker-Zyste in loco typico (IVSTA-act. 194).

6.29 Im Bericht des Zentrums M._____ vom 21. März 2023 werden folgende Diagnosen genannt: Mediale Gonarthrose links (ICD-10 M17.1), Genu varum (ICD-10 M21.16), Innenmeniskushinterhornriss links (ICD-10 M23.32), Baker-Zyste links (ICD-10 M71.2), Plica mediopatellaris II. (ICD-10 M67.86). Bei negativen Meniskuszeichen und leichter medialer Gonarthrose seien Schuheinlagen rezeptiert worden (IVSTA-act. 197).

6.30 Gemäss Bericht vom 27. März 2023 wurden am 23. März 2023 eine Ösophagogastroduodenoskopie, eine Ileokoloskopie sowie eine Proktoskopie durchgeführt und teilweise Gewebeproben entnommen (IVSTA-act. 198).

6.31 Gemäss Bericht vom 30. März 2023 des Neurologen Dr. med. B._____ klage der Beschwerdeführer in letzter Zeit über zunehmende Kopfschmerzen. Ein Ultraschall der hirnersorgenden Gefässe habe eine deutliche atherosklerotische Veränderung ergeben, keine Stenosen, keine Verschlüsse, transkranial un auffällig (IVSTA-act. 161).

6.32 Zur Verlaufskontrolle wurde gemäss radiologischem Bericht vom 31. März 2023 am 30. März 2023 eine MR-Untersuchung des Neurocraniums sowie eine MR-Angiographie der Hirngefässe durchgeführt. Im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 20. Juli 2022 sei keine signifikante Befundänderung eingetreten (IVSTA-act. 199).

6.33 Der Neurologe Dr. med. B._____ hielt nach Durchsicht der Bildgebung in seinem Bericht vom 21. April 2023 fest, die Befunde würden die geschilderten Beschwerden komplett erklären (IVSTA-act. 203).

6.34 In den Ambulanzbriefen vom 25. Mai 2023 und 30. Juni 2023 der Klinik für Sportorthopädie, arthroskopische Chirurgie und Schulterchirurgie

(...) wurde die Diagnose Genu varum Kniegelenk links von 8° genannt. Da der Einfluss der rheumatoiden Arthritis unklar sei, wurde eine konservative Therapie mit Varusentlastungsschienen sowie die Vornahme weiterer Abklärungen empfohlen (vgl. IVSTA-act. 279 S. 94–97).

6.35 Gemäss radiologischen Bericht vom 21. Juli 2023 wurde gleichentags eine CT-Untersuchung des gesamten Abdomens durchgeführt. Dabei wurden im Wesentlichen folgende Befunde erhoben: kein Nachweis eines akuten oder chronischen entzündlichen Prozesses intraabdominell, kein Hinweis auf ein Malignom, kein Aszites, keine aktive Blutung im Magen, kein Nachweis pathologischer Lymphknotenkonglomerate, reizlose Bauchwand- und Leistenhernie, altersentsprechende degenerative Skelettveränderungen (IVSTA-act. 279 S. 81 f.).

6.36 Gemäss Bericht des Neurologen Dr. med. B._____ vom 21. Juli 2023 seien Gleichgewicht, Visus und Kopfschmerzen anlässlich der Verlaufskontrolle unverändert gewesen. Es wurde die Fortführung der Medikation empfohlen (IVSTA-act. 245).

6.37 Im Bericht vom 14. August 2023 des Zentrums M._____ wurde erneut die Diagnose einer Oligoarthritis (ICD-10 M08.4) genannt. Bei der vorbestehenden Kollagenose zeige sich unter der niedrigen Prednisolontherapie eine Remission der Entzündungswerte und der bestehenden Schmerzen vor allem in den Händen. Nebenfundlich zeige sich eine Gonarthrose und eine Innenmeniskusschädigung, es sei eine Umstellungsosteotomie geplant (IVSTA-act. 279 S. 90).

6.38 Der Arzt N._____ hielt in seinem Bericht vom 5. September 2023 fest, unter Prednisolon-Gabe zeige sich derzeit keine Aktivität der vordiagnostizierten Oligoarthritis (IVSTA-act. 279 S. 93).

6.39 Im hautärztlichen Bericht vom 28. September 2023 nannte Dr. med. O._____ die Diagnosen Rosaceaartige Dermatose (ICD-10 L718) und Oligoarthritis (ICD-10 M08.49). Die Diagnose Psoriasis vulgaris (ICD-10 L40.9) wurde ausgeschlossen. Dem Beschwerdeführer wurde eine Salbenmischung zur Lokalthherapie verordnet (IVSTA-act. 279 S. 83).

6.40 Aus dem Bericht vom 16. Oktober 2023 des Arztes N._____ geht hervor, dass die Prednisolon-Dosis aufgrund zunehmender Schmerzen erhöht worden sei (IVSTA-act. 279 S. 91).

6.41 Da die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der bisher vorhandenen medizinischen Akten nicht abschliessend beurteilt werden konnte, veranlasste die Vorinstanz eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz (vgl. IVSTA-act. 120, 127, 211). Die Begutachtung erfolgte vom 24.–26. Oktober 2023 in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Otorhinolaryngologie sowie Kardiologie. Das Gutachten datiert vom 20. November 2023 (IVSTA-act. 279). Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung wurde festgehalten, die geklagten Beschwerden könnten nur aus otorhinolaryngologischer Sicht nachvollzogen werden. Die Schwankschwindelsymptomatik schränke die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit 2014 sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit im Umfang von 20 % ein. Weder aus orthopädischer, aus neurologischer, aus kardiologischer, aus allgemeininternistischer noch aus psychiatrischer Sicht könne eine weitere Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Es wurden folgende Diagnosen gestellt (IVSTA-act. 279 S. 8 ff.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Schwankschwindelsymptomatik (ICD-10 H82)
 - Unauffällige periphere vestibuläre Funktion
 - Zeichen einer zentral vestibulären Funktionsstörung
 - Status nach embolischem Kleinhirnschlag links vom 15.08.2014 (ICD-10 I63.4)
 - residuell bildgebend grosser Substanzdefekt im linken Cerebellum (MRI 30.03.2023)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronische Kniebeschwerden links (ICD-10 M23.32)
 - Radiologisch Komplexläsion des medialen Meniskushinterhorns und fehlende Zeichen höhergradiger chondraler Alteration (MRI 20.02.2023 und Röntgen 06.03.2023)
- Chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
- Intermittierende Kopfschmerzen, nicht sicher klassifizierbar (ICD-10 G44.8)
 - Differentialdiagnose Migräne mit (Sehstörungen und Schwindel) oder ohne Aura (ICD-10 G43.1 resp. G43.0)
- Koronarsklerose (ICD-10 I25.10)
 - kardiovaskuläre Risikofaktoren
 - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10)

- Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2)
- Mediane Bauchwandhernie (ICD-10 K43.9)
 - bei Zustand nach Appendektomie bei Appendizitis perforata 02/2022 und Zustand nach Dünndarmdekompression bei Dünndarmileus 02/2022
 - anamnestisch Hernienoperation mit Netzeinlage geplant
- Lungenemphysem gemäss Unterlagen (ICD-10 J43.9)
 - Status nach Nikotinabusus bis 12/2021
- Rosacea-artige Dermatose (ICD-10 L71.9)
 - anamnestisch aktuell in fachärztlicher dermatologischer Abklärung
- Leichtgradige Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.3)
- Tinnitus beidseits (ICD-10 H93.1)
 - kompensiert

6.42 In der medizinisch-juristischen Beurteilung der Vorinstanz vom 29. Januar 2024 kam diese zum Schluss, dass dem polydisziplinären Gutachten vom 20. November 2023 voller Beweiswert zukomme und der Beschwerdeführer seit dem 15. August 2014 zu 20 % arbeitsunfähig sei sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit, unter Vermeidung sturzgefährdender Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit häufigen Rotationsbewegungen des Kopfes und des Rumpfes (IVSTA-act. 289).

6.43 Gemäss Bericht des Neurologen Dr. med. B. _____ vom 2. Februar 2024 sei der Visus unverändert schlecht, ebenso der Kopfschmerz. Ferner liege eine deutliche Problematik zwischen neurologischer und rheumatologischer Medikation vor (IVSTA-act. 308).

6.44 Gemäss Entlassbrief vom 1. März 2024 wurde der Beschwerdeführer aufgrund einer grossen Narbenhernie der Bauchdecke vom 29. Februar 2024 bis 8. März 2024 in den Kreiskliniken J. _____ stationär behandelt. Bei Entlassung wurde die körperliche Schonung für mindestens vier Wochen, insbesondere Vermeidung von Lasten von mehr als 5 kg, angeordnet (IVSTA-act. 331).

6.45 In der medizinischen Stellungnahme vom 17. April 2024 hielt der IV-Arzt Dr. P. _____ fest, aus den neu eingereichten Berichten würden sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Der Eingriff im Zusammenhang mit der Bauchhernie rechtfertige eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von höchstens drei Monaten (IVSTA-act. 339).

6.46 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer zahlreiche medizinische Unterlagen ein, die weitgehend bereits aktenkundig waren (vgl. Beilagen zu BVGer-act. 1 und 14). In den Vorakten noch nicht vorhanden waren lediglich die nachfolgend im Wesentlichen zusammengefassten Berichte:

6.46.1 Im Bericht vom 26. Oktober 2020 führte Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie, die Diagnosen subjektive Gangunsicherheit (ICD-10 R26.8) und arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.91) an. In der ausführlichen neurologischen Untersuchung habe sich kein Hinweis auf eine eindeutige neurovestibuläre Störung ergeben. Duplexsonographisch würden Normalbefunde vorliegen. Auf neurologischem Sachgebiet liege zum jetzigen Zeitpunkt kein eindeutiges Defizit vor.

6.46.2 Gemäss Bericht vom 13. Juni 2024 des Neurologen Dr. med. B. _____ habe ein Ultraschall der hirnversorgenden Gefässe deutliche arteriosklerotische Veränderungen, jedoch keine Stenosen, keine Verschlüsse gezeigt. Es wurde die Fortführung der Medikation empfohlen.

6.46.3 Gemäss Bericht vom 23. September 2024 des Neurologen Dr. med. B. _____ würden Schwindel, Kopfschmerzen und Wortfindungsstörungen zunehmen. Er bat um weitere Abklärungen (MRT, Schlaflabor) und anschliessende Wiedervorstellung.

7.

7.1 Die Vorinstanz geht insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 20. November 2023 davon aus, dass der Beschwerdeführer ab dem 15. August 2014 in der angestammten Tätigkeit im Umfang von 20 % arbeitsunfähig sei. Tätigkeiten, bei denen ein Sturzrisiko bestehe oder die häufig Drehbewegungen des Kopfes und des Körpers erfordern würden, könnten nicht ausgeführt werden. Unter Berücksichtigung dieser funktionellen Einschränkungen sei eine Tätigkeit zu 80 %, mithin in rentenausschliessender Weise zumutbar. Die Vorinstanz hat entsprechend das Leistungsgesuch mit der angefochtenen Verfügung vom 25. April 2024 abgewiesen und beantragt die Abweisung der Beschwerde.

7.2 Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, infolge des Schlaganfalls am 15. August 2014 sei rund 60 % des Kleinhirns abgestorben. Es seien folgende Beeinträchtigungen geblieben: Gangunsicherheit, Sehstörungen, Sprachstörungen, Schluckstörungen, Gefühlsstörungen, Gehbehinderung, Wahrnehmungsstörungen, Müdigkeit, Veränderungen

der Emotionen, Apraxie, Depression, Dreh- und Gangschwindel sowie sehr starke Kopfschmerzen den ganzen Tag über. In Deutschland beziehe er deswegen eine Rente wegen voller Erwerbsminderung. Im Weiteren bringt der Beschwerdeführer vor, das Gutachten vom 20. November 2023 sei widersprüchlich. Insbesondere seien die psychiatrische Problematik, die Gleichgewichtsstörung und die Kopfschmerzproblematik nicht ausreichend berücksichtigt worden.

8.

Umstritten und zu überprüfen ist die vorinstanzliche Feststellung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und die Einschätzung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Ausgangspunkt dieser Prüfung bildet das polydisziplinäre Gutachten vom 20. November 2023.

8.1 Das polydisziplinäre Gutachten wurde durch entsprechend qualifizierte Fachärzte erstellt. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden abgegeben, was sich einerseits aus der chronologischen Auflistung und Zusammenfassung der Vorakten (vgl. IVSTA-act. 279 S. 13–18) und andererseits aus den ausführlichen Anamneseerhebungen der Gutachter ergibt (IVSTA-act. 279 S. 20–22, S. 27–30, 37–39, S. 48–51, S. 61–63, S. 68–69). Dabei ist hervorzuheben, dass die Gutachter den Beschwerdeführer zunächst spontan und anschliessend vertieft in Bezug auf ihr jeweiliges Fachgebiet befragt haben. Entsprechend wurden sämtliche von ihm angegebenen Beschwerden berücksichtigt. Im Weiteren wurden in den Teilgutachten die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet. Im Rahmen der Beurteilung setzten sich die Gutachter zudem mit den Vorakten auseinander (vgl. IVSTA-act. 279 S. 22–25, S. 31–35, S. 40–47, S. 51–60, S. 63–66, S. 69–74). Schliesslich enthält das Gutachten auch eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung). Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre Gutachten vom 20. November 2023 die formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise. Zu prüfen bleibt, ob es auch in materieller Hinsicht den Beweisanforderungen genügt.

8.2 Der psychiatrische Gutachter konnte unter Berücksichtigung der ihm vorliegenden ärztlichen Unterlagen keine eigenständige primärpsychische Störung aus dem Kapitel ICD-10 F diagnostizieren. Womöglich habe der Beschwerdeführer in der Zeit nach 2014/15 unter der finanziellen Not und mit Existenzängsten und nochmals nach dem Scheitern von drei Ansätzen, erneut Arbeitstätigkeit auszuüben, 2018 eine depressive Symptomatik

erlitten, die deskriptiv auch Krankheitswert erreicht habe. Allerdings könne aus der psychiatrischen Betrachtung heraus eher eine gewisse Symptomatik einer organisch bedingten Veränderung der Persönlichkeit angenommen werden als die einer depressiven Episode (ICD-10 F32). Der Beschwerdeführer habe dieser Einschätzung zugestimmt, wesentlich seien seine Beeinträchtigungen im Hinblick auf mögliche Arbeitstätigkeiten somatisch bedingt. Er selbst halte sich nicht für psychisch-psychiatrisch erkrankt. In psychiatrischer Hinsicht wurden folglich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Eine leichte organisch bedingte Veränderung der Persönlichkeit erlange keinen eigenständigen Krankheitswert. Die Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum nach Auslaufen des letzten Arbeitsvertrages (3. Januar 2018) sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt und betrage 100 % (IVSTA-act. 279 S. 32 ff.). In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem oder der medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. Urteil des BGer 8C_8/2019 vom 23. April 2019 E. 5.2.1 m.H.). Das psychiatrische Teilgutachten liefert anhand der erhobenen psychiatrischen Untersuchungsbefunde den erforderlichen Einblick in den psychischen Zustand des Beschwerdeführers und äussert sich zu den psychiatrischen Vorakten, namentlich dem Bericht der im Jahr 2018 behandelnden Psychiaterin E._____ und dem Entlassungsbericht der I._____ GmbH betreffend die psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung im 2020 (vgl. vorstehende E. 6.7 und 6.15). Die in diagnostischer Hinsicht abweichende Beurteilung wurde im Teilgutachten nachvollziehbar begründet. Zudem fällt auf, dass die von der Psychiaterin E._____ verordnete psychiatrische Medikation bereits nach rund zwei Monaten im Mai 2018 wieder ausgeschlichen wurde (vgl. vorstehende E. 6.7 f.). Des Weiteren war im Rahmen der abgebrochenen medizinischen Rehabilitationsmassnahme im Oktober 2018 von einer weitgehend remittierten depressiven Symptomatik die Rede (vgl. vorstehende E. 6.11). Ferner wurde im Entlassungsbericht der I._____ GmbH vom 2. Juni 2020 festgehalten, dass es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kundenberater in einem Autohaus um eine aus psychiatrischer Sicht leidensgerechte Tätigkeit handle (vgl. vorstehende E. 6.15). Schliesslich vermag auch die im Bericht der Gemeinschaftspraxis Q._____ vom 10. Dezember 2021 angeführte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode keine Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu erwecken, zumal im genannten Bericht keinerlei Befunde angeführt werden, die auf eine Depression schliessen

lassen (vgl. vorstehende E. 6.18). Insgesamt erscheint die Einschätzung des psychia-trischen Teilgutachters somit als schlüssig und nachvollziehbar.

8.3 Aus allgemeininternistischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Der Teilgutachter hielt fest, retrospektiv fänden sich keine Hinweise für eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit aufgrund einer allgemeininternistischen Diagnose. Die Bauchwandhernie werde nach Angaben des Beschwerdeführers in nächster Zeit operiert werden, die unklare Dermatose befinde sich in dermatologischer Abklärung und die übrigen allgemeininternistischen Diagnosen würden behandelt. Aus rein allgemeininternistischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IVSTA-act. 279 S. 23 f.). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und steht im Einklang mit den vorhandenen medizinischen Berichten und Untersuchungsergebnissen. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die anlässlich der Begutachtung angekündigte Operation einer Bauchwandhernie im März 2024 stattgefunden hat und keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit verursacht hat (vgl. vorstehende E. 6.44 f.).

8.4 Der orthopädische Teilgutachter führte aus, der Beschwerdeführer habe generalisierte Beschwerden unter anderem sämtlicher Abschnitte des Bewegungsapparates beklagt, wobei im Vordergrund klar linksseitige, grossflächig im Bereich der Patella gedeutete Kniebeschwerden samt Ausstrahlung in Kniekehle und distalen Unterschenkel stünden (IVSTA-act. 279 S. 42). Zusammenfassend stellte er fest, dass sich die völlig diffus beklagten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und laborchemischen Befunde keinesfalls klar begründen liessen. Die sehr auffallende und inkonsistente anamnestische und klinische Präsentation lasse vielmehr an eine im Wesentlichen nicht somatische Beschwerdeursache denken. Die Tatsache, dass das anamnestisch am Untersuchungstag eingenommene Paracetamol im Serum nicht nachgewiesen worden sei, lasse gewisse Zweifel an den Angaben des Beschwerdeführers aufkommen. Der Teilgutachter verweist zudem auf ein Mail des Beschwerdeführers, das am 29. Oktober 2023 der Gutachterstelle zugegangen sei (IVSTA-act. 279 S. 43). Dort schrieb der Beschwerdeführer unter anderem, «dass körperlich keine Einschränkungen bestehen nur [g]eistig. Nur der Kopf ist betroffen» (IVSTA-act. 246 S. 2). Laut orthopädischem Teilgutachter könne diese Aussage aufgrund der aktuellen Untersuchung bezüglich des Bewegungsapparates nachvollzogen werden (IVSTA-act. 279 S. 44). Sodann hat der Teilgutachter aus orthopädischer Sicht ausführlich Stellung zu den

Vorakten genommen. Dabei bestätigte er das Vorliegen eines linksseitigen Genu varum (Fehlstellung des Knies, «O-Beinstellung») sowie einer Schädigung des Innenmeniskus. Jedoch zeigte sich der orthopädische Teilgutachter mit Blick auf die aktuell anamnestische und klinische Präsentation bezüglich des bevorstehenden operativen (valgisierenden) Eingriffs erstaunt, zumal die valgisierende Knieorthese zu keiner Besserung geführt habe. Unklar bleibe sodann, weshalb eine Gonarthrose bestehen solle und worauf sich die nicht näher bezeichnete Oligoarthritits beziehe. Schliesslich ergäben sich weder aus den Vorakten noch aus der aktuellen Untersuchung objektive Hinweise für eine entzündliche Aktivität im Bereich des Bewegungsapparates (vgl. IVSTA-act. 279 S. 44 f., 47). Im Ergebnis wurden aus orthopädischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Für die zuletzt ausgeübte, anamnestisch körperlich sehr leichte Tätigkeit bestehe zeitlich und leistungsmässig eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, dies sowohl aktuell als auch in der Vergangenheit (IVSTA-act. 279 S. 45 f.). Die orthopädische Einschätzung setzt sich in nachvollziehbarer Weise mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander und erweist sich als schlüssig. Dabei ist ergänzend hervorzuheben, dass die behandelnden Ärzte zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischen Gründen attestiert haben.

8.5 Der neurologische Teilgutachter hielt zusammengefasst fest, es bestehe ein Status nach Kleinhirninnsult links vom 15. August 2014 mit bildgebend residuell einem grossen Substanzdefekt. Als mögliches klinisches Residuum sei eine gewisse Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen möglich, zum Untersuchungszeitpunkt aufgrund der geltend gemachten Kniebeschwerden jedoch nicht zuverlässig zu testen, abgestützt auf die Aktenlage aber wahrscheinlich nicht von grosser Relevanz. Insbesondere sei keine links betonte Ataxie-Problematik feststellbar (IVSTA-act. 279 S. 56). Dabei verweist der neurologische Teilgutachter auf den Bericht des Neurologen Dr. med. K. _____ vom 5. Mai 2022, wonach die klinische Untersuchung einen unauffälligen Befund ergeben habe und keine alltagsrelevanten neurologischen Ausfälle gefunden wurden (vgl. vorstehende E. 6.20). Im Weiteren führte der neurologische Teilgutachter aus, der vom Beschwerdeführer beklagte Schwindel könne somit aus neurologischer Sicht nicht (mehr) zwanglos nachvollzogen werden. Dass eine gewisse Unsicherheit in Situationen mit höheren Anforderungen ans Gleichgewichtssystem persistiere, sei plausibel. Unter nicht erschwerten Bedingungen sei aber keine Alltagsrelevanz abzuleiten. Sodann gebe der Beschwerdeführer die Kopfschmerzen als seit dem Tag des Schlaganfalls manifest an, erstmals aktenmässig dokumentiert seien sie aber erst sieben

Jahre später. Ein direkter Zusammenhang mit dem Schlaganfall sei nicht (mehr) ersichtlich. Zum Teil bestehe eine Lageabhängigkeit, was an eine Hypoliquorrhoe-Problematik denken liesse, allerdings gebe es dann – gemäss Kopfwehtagebuch des Beschwerdeführers – auch wieder Phasen ohne Kopfweh, was gegen diese Diagnose spreche. Differentialdiagnose sei eine Migräne, der Beschwerdeführer beschreibe intermittierende Schmerzen von zum Teil starker Intensität, ohne vegetative Begleitzeichen, aber mit einer Überempfindlichkeit auf äussere Reize. Diese Diagnose erscheine aber in der gesamten Aktenlage nie, offenbar seien auch – trotz anhaltender neurologischer Betreuung – nie entsprechende Therapieversuche durchgeführt worden, weder zum Beispiel zur Attackenbehandlung mit Triptanen noch im Sinne einer Basistherapie. Das im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen manifeste Schwarzwerden vor einem oder vor beiden Augen könne aus neurologischer Sicht ebenfalls nicht zwanglos zugeordnet werden; Differentialdiagnose seien visuelle Auren, der Beschwerdeführer beschreibe aber keine «Positiv-Symptome», wie sie in diesem Zusammenhang dann typisch wären. Bezüglich der Reizbarkeit respektive der beschriebenen «Depressionen» und der «Wesensveränderung» sei auf das psychiatrische Teilgutachten zu verweisen. Aus neurologischer Sicht sei allerdings festzuhalten, dass bei einem infratentoriellen Insult wie ihn der Beschwerdeführer erlitten habe, keine neurokognitiven Folgeerscheinungen zu erwarten seien, auch keine Wortfindungsstörungen. Schliesslich sei es für den neurologischen Teilgutachter schleierhaft gewesen, weshalb dem Beschwerdeführer in Deutschland eine 100 %-ige Invalidenrente ab 1. April 2018 zugesprochen worden sei. Namentlich sei die Schlussfolgerung von Dr. H._____ vom 11. Juli 2019 (vgl. vorstehende E. 6.11), dessen Facharztstitel nicht bekannt sei, aus neurologischer Sicht nicht nachvollziehbar (IVSTA-act. 279 S. 56 f.). Dies leuchtet umso mehr ein, als Dr. H._____ in seiner vorangehenden Stellungnahme vom 7. Mai 2019 noch zu einer gegenteiligen Beurteilung gekommen war (vgl. vorstehende E. 6.10). Inwiefern sich der Verlauf und die aktuellen Funktionsstörungen in dieser kurzen Zeit verändert haben sollen, hat Dr. H._____ weder dargelegt noch ist solches anhand der Akten nachvollziehbar. Im Ergebnis stellte der neurologische Teilgutachter keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Serviceleiter/-berater sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Wie lange der Beschwerdeführer nach dem Schlaganfall arbeitsunfähig gewesen sei, könne der neurologische Teilgutachter nicht angeben, weil die Situation viel zu wenig dokumentiert sei. Es könne aber davon ausgegangen werden, dass diese Zeit maximal ein Jahr betragen habe (IVSTA-act. 279 S. 57 ff.). Im neurologischen Teilgutachten wurde der Verlauf seit

dem Schlaganfall im August 2014 anhand der Vorakten und der erhobenen Befunde eingehend dargestellt und die abschliessende Beurteilung einleuchtend begründet.

8.6 Aus kardiologischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Soweit aus der Anamnese eruierbar, bestehe eine Koronarsklerose, aber keine stenosierende koronare Herzkrankheit (KHK). Das Echokardiogramm im 2017 sei unauffällig gewesen und in der Ergometrie habe der Beschwerdeführer sehr gute 200 Watt geleistet. Aktuell sei er kardiopulmonal kompensiert. Das Elektrokardiogramm und das Echokardiogramm seien unauffällig gewesen bzw. hätten normale Befunde gezeigt. Der Beschwerdeführer habe keine kardialen Beschwerden und sei aus kardiologischer Sicht immer zu 100 % arbeitsfähig gewesen (IVSTA-act. 279 S. 64 f.). Diese Einschätzung ist schlüssig und steht im Einklang mit den vorhandenen medizinischen Berichten und den aktuellen sowie früheren Untersuchungsergebnissen.

8.7 Der otorhinolaryngologische Teilgutachter hielt zusammenfassend fest, seitens der otoneurologischen Beschwerdesymptomatik leide der Beschwerdeführer im Anschluss an einen linksseitigen Kleinhirnfarkt unter einer Gangunsicherheit mit Schwankschwindelsymptomatik sowie intermittierender Drehschwindelsymptomatik, wobei diese Drehschwindelsymptomatik vor allem bei Kopfkliniation, Kopfreklination, Stress und Lärmexposition auftrete. Ein Gleichgewichtstraining habe subjektiv keine Verbesserung der Beschwerdesymptomatik gezeigt. Im Rahmen der aktuellen otoneurologischen Befunde könne die angegebene otoneurologische Beschwerdesymptomatik anhand von pathologischen Befunden objektiviert werden. Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte der otorhinolaryngologische Teilgutachter Schwankschwindelsymptomatik (ICD-10 H82). Infolgedessen seien sturzgefährdende Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit häufigen Rotationsbewegungen für den Beschwerdeführer nicht mehr geeignet. Zusätzlich müsse von einem etwas langsameren Arbeitstempo ausgegangen werden. Bezogen auf die letzte Tätigkeit im Autoverkauf mit Kundenkontakt sei von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % auszugehen. Seitens der otoneurologischen Beschwerdesymptomatik bestehe diese Einschränkung seit 2014 im Anschluss an den Kleinhirnfarkt links (IVSTA-act. 279 S. 71 ff.).

8.8 Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass die geklagten Beschwerden nur aus otorhinolaryngologischer Sicht nachvollziehbar seien. Aufgrund der

Schwankschwindelsymptomatik sei dem Beschwerdeführer sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % zu attestieren. Sturzgefährdende Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit häufigen Rotationsbewegungen seien nicht mehr geeignet (IVSTA-act. 279 S. 8 und 10).

8.9 Nach dem Gesagten ist diese gutachterliche Einschätzung nachvollziehbar und schlüssig dargelegt. Auch aus den Vorakten ergeben sich keine Anhaltspunkte für weitere langandauernde Arbeitsunfähigkeiten. Nach dem Schlaganfall im August 2014 verliess der Beschwerdeführer das Krankenhaus eine Woche später – wenn auch erst rollatormobil – auf eigenen Wunsch. Eine allfällige Weiterbehandlung/Therapie ist nicht dokumentiert. Die späteren radiologischen und neurologischen Untersuchungen ab 2016 zeigten jeweils ein stabiles Bild ohne alltagsrelevante neurologische Ausfälle. Im Juli 2015 trat der Beschwerdeführer eine neue Vollzeitstelle in seiner angestammten Tätigkeit als Serviceberater in einem Autohaus an (IVSTA-act. 159). Den Akten ist zu entnehmen, dass dieses Arbeitsverhältnis im Rahmen einer arbeitsgerichtlichen Streitigkeit Ende August 2016 aufgelöst wurde (vgl. IVSTA-act. 152 S. 3 f.). Danach war der Beschwerdeführer bei zwei anderen Autohäusern angestellt. Aus dem vom letzten Arbeitgeber ausgefüllten Fragebogen vom 8. Juni 2021 und dem Arbeitsvertrag ergibt sich, dass das Arbeitsverhältnis noch während der Probezeit und vor Eintritt des Gesundheitsschadens von Seiten des Arbeitgebers gekündigt wurde, weil der Beschwerdeführer die Anforderungen an den Beruf nicht erfüllt habe (IVSTA-act. 36 S. 1–4, 12). In der Folge meldete sich der Beschwerdeführer krank und es wurde ab 4. Januar 2018 ein Krankentaggeld in Deutschland (IVSTA-act. 20 S. 1) und ab 1. April 2018 eine deutsche Erwerbsminderungsrente ausgerichtet (IVSTA-act. 29). Dass die sozialmedizinische Stellungnahme vom 11. Juni 2019 von Dr. H._____, die offenbar als Grundlage für die Zusprache der deutschen Erwerbsminderungsrente gedient hat, nicht nachvollziehbar ist, wurde bereits im neurologischen Teilgutachten dargelegt (vgl. vorstehende E. 8.5). Diese ärztliche Stellungnahme erfüllt weder die Anforderungen an einen beweiswertigen Arztbericht (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; vorstehende E. 5.4) noch vermag sie Zweifel an der interdisziplinären gutachterlichen Einschätzung vom 20. November 2023 zu erwecken. Sodann hat der psychiatrische Teilgutachter die im 2018 durch die damals behandelnde Psychiaterin E._____ angeführte Diagnose einer mittelgradigen Depression in nachvollziehbarer Weise relativiert und seine abweichende Diagnosestellung einer organisch bedingten Veränderung der Persönlichkeit ohne eigenständigen Krankheitswert begründet. Des Weiteren

fällt auf, dass der Beschwerdeführer angebotene Therapien wiederholt abgebrochen hat, was darauf hindeutet, dass kein besonders grosser Leidensdruck vorhanden ist. So erfolgte die Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Schlaganfall im August 2014 auf eigenen Wunsch, die erste Rehabilitationsmassnahme im Oktober 2018 wurde bereits nach drei Tagen abgebrochen und die zweite Rehabilitationsmassnahme im Mai/Juni 2020 brach der Beschwerdeführer nach zwei Wochen überraschend ab. Auch die im März 2018 begonnene Behandlung bei der Psychiaterin E._____ wurde nach mehreren Monaten nicht mehr weitergeführt. Die durch sie eingeleitete medikamentöse Therapie wurde nach rund zwei Monaten wieder beendet, weil sie nicht hilfreich erlebt worden sei. Aus den übrigen allgemeininternistischen, orthopädischen und kardiologischen Diagnosen resultieren aufgrund der Akten keine langandauernden Leistungseinschränkungen. Hinzu kommt, dass es sich bei der angestammten Tätigkeit als Serviceberater in der Autobranche um eine körperlich leichte Tätigkeit handelt. Schliesslich bleibt anzumerken, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren wie namentlich erhaltene Kündigungen, arbeitsgerichtliche Streitigkeiten, Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit der Ehefrau und finanziell enge Verhältnisse, rechtsprechungsgemäss als invaliditätsfremde Faktoren auszuklammern sind, zumal sie zu keinem verselbständigten Gesundheitsschaden geführt bzw. den Wirkungsgrad der Folgen des vorliegend ausgewiesen Gesundheitsschadens nicht verschlimmert haben (vgl. BGE141 V 281 E. 3.4.2.1 und 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des BGer 9C_311/2021 vom 23. September 2021 E. 4.2).

8.10 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keiner der vorliegenden medizinischen Berichte Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu erwecken vermag. Demzufolge ist die gutachterliche Einschätzung nicht zu beanstanden, wonach der Beschwerdeführer nach dem Schlaganfall zunächst während höchstens einem Jahr arbeitsunfähig war und seine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit seither nur noch zu 20 % eingeschränkt ist.

8.11 Soweit der Beschwerdeführer aufgrund der nach Verfügungsdatum datierenden medizinischen Berichte (vgl. vorstehende E. 6.46.2 f.) davon ausgehen sollte, eine seit dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. April 2024 eingetretene namhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft machen zu können, steht es ihm frei, sich erneut mit einem Leistungsbegehren an die Invalidenversicherung zu wenden.

9.

9.1 Für die Bemessung der Invalidität erübrigt sich im vorliegenden Fall eine ziffernmässig möglichst genaue Ermittlung der (hypothetischen) Vergleichseinkommen. Denn dem Beschwerdeführer ist die angestammte Tätigkeit weiterhin zu 80 % zumutbar, sodass seine medizinisch-theoretisch geschätzte Arbeitsunfähigkeit dem Invaliditätsgrad entspricht (vgl. Urteil des BGer 9C_267/2018 vom 29. Juni 2018 E. 4.2). Folglich resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20 %.

9.2 Angesichts der nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung relativ hohen Hürden für die Annahme einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen (Urteil des BGer 8C_535/2021 vom 25. November 2020 E. 5.6 m.H.) ist die dem Beschwerdeführer verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch verwertbar. So war der Beschwerdeführer in dem für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit massgebenden Zeitpunkt (der Fertigstellung des interdisziplinären Gutachtens am 20. November 2023) knapp 56 Jahre alt (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.4). Bis zum Erreichen des ordentlichen Pensionsalters verbleibt ihm somit noch eine Aktivitätsdauer von rund neun Jahren. Hinzu kommt, dass es dem Beschwerdeführer trotz seiner gesundheitlichen Einschränkung immer noch möglich und zumutbar ist, im Umfang von 80 % in seiner angestammten Tätigkeit als Serviceberater in der Autobranche zu arbeiten.

10.

Die Beschwerde ist aufgrund des Dargelegten abzuweisen.

11.

11.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 29. August 2024 stattgegeben wurde.

11.2 Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

- 1.**
Die Beschwerde wird abgewiesen.
- 2.**
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
- 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:

Die Gerichtsschreiberin:

David Weiss

Tania Sutter

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: