



## **Urteil vom 12. Januar 2026**

---

Besetzung

Richterin Selin Elmiger-Necipoglu (Vorsitz),  
Richterin Caroline Bissegger, Richterin Michela Bürki Moreni,  
Gerichtsschreiberin Helena Falk.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente,  
Verfügung der IVSTA vom 25. Mai 2023.

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

A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer), geb. 1964, ist deutscher Staatsbürger und in Deutschland wohnhaft (Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz] gemäss Aktenverzeichnis vom 11. Juli 2023 [nachfolgend: IVSTA-act.] 1). Er ist gelernter Einzelhandelskaufmann (IVSTA-act. 3, 4 und 28). Von 2011 bis 2018 arbeitete er als Vertriebsleiter in der Schweiz und leistete die entsprechenden Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. IVSTA-act. 39 und 48). Danach war der Versicherte, von Januar bis Juli 2019, als Marktleiter Trainee in Deutschland in Vollzeit erwerbstätig (IVSTA-act. 45 und 48). Seinen letzten effektiven Arbeitstag hatte der Versicherte am 31. Mai 2019. Der Arbeitgeber kündigte das Arbeitsverhältnis während der Probezeit per Mitte Juli 2019 (IVSTA-act. 45).

**B.**

**B.a** Mit Eingabe vom 5. Oktober 2022 (Eingang bei der Vorinstanz: 6. Dezember 2022) ersuchte der Versicherte, wegen Rücken- und Hüftbeschwerden infolge einer Prothese im oberen Sprunggelenk sowie zweier Schlaganfälle am 3. und 5. Februar 2022, um Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung (IVSTA-act. 2 und 4).

**B.b** Am 28. März 2023 lehnte die deutsche Rentenversicherung den Antrag des Versicherten auf eine Rente wegen Erwerbsminderung ab (IVSTA-act. 41 und 43). Sie begründete dies damit, dass der Versicherte trotz der vorliegenden Diagnosen (Coxarthrose links, Sprunggelenksarthrose links mit Arthrodesen 2020, Lendenwirbelsäulen [LWS]-Syndrom, Zustand nach ischämischen Attacken) in der Lage sei, täglich mindestens sechs Stunden zu arbeiten. Die Sache ist bzw. war vor dem Sozialgericht (...) hängig (BVGer-act. 9, Beilage). Der Stand des Verfahrens ist nicht bekannt.

**B.c** Dr. B. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin beim Regionalen Ärztlichen Dienst (...) (nachfolgend: RAD), führte am 8. Mai 2023 insbesondere aus, in der bisherigen Tätigkeit als Filialleiter (vorwiegend sitzende Büroarbeit) sei keine «IV-relevante» Arbeitsunfähigkeit begründbar (IVSTA-act. 50).

**B.d** Mit Vorbescheid vom 11. Mai 2023 stellte die Vorinstanz in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen, da keine ausreichende durchschnitt-

liche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres gemäss Art. 28 IVG vorliege (IVSTA-act. 51). Der Versicherte äusserte sich nicht dazu.

**B.e** Am 25. Mai 2023 erliess die Vorinstanz die angekündigte Verfügung (IVSTA-act. 52).

**C.**

**C.a** Gegen die Verfügung vom 25. Mai 2023 erhob der Versicherte am 5. Juni 2024 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer-act. 1). Er bat um eine neue Überprüfung seines Rentenbegehrens, da er bereits zwei Schlaganfälle erlitten habe und zwischenzeitlich eine rheumatische Erkrankung diagnostiziert worden sei.

**C.b** Der am 9. Juni 2023 eingeforderte Kostenvorschuss von Fr. 800.- ging – im Betrag von Fr. 822.29 – rechtzeitig bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 2 und 3).

**C.c** Mit Vernehmlassung vom 4. August 2023 beantragte die Vorinstanz, unter Hinweis auf die Stellungnahme des RAD vom 31. Juli 2023, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen (BVGer-act. 5).

**C.d** Da der Beschwerdeführer keine Replik einreichte, wurde der Schriftwechsel am 29. September 2023 geschlossen (BVGer-act. 8).

**C.e** Mit unaufgefordert eingereichter Eingabe vom 25. Januar 2024 legte die Vorinstanz diverse Unterlagen betreffend das Verfahren der deutschen Rentenversicherung vor Sozialgericht (...) ins Recht (BVGer-act. 9). Der Beschwerdeführer liess sich dazu nicht vernehmen (BVGer-act. 10).

**D.**

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.**

**1.1** Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG; SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [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. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher – nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde – einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

**1.2** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Laut Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG finden die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung Anwendung (Art. 1a-26<sup>bis</sup> und 28-70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

### **2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 25. Mai 2023, mit der die Vorinstanz das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 5. Oktober 2022 ablehnte.

Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

### **3.**

**3.1** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen

Verwaltungsverfügung (hier den 25. Mai 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, bilden demgegenüber im Regelfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung (BGE 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Indes sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.). So sind insbesondere medizinische Berichte, die nach dem Verfügungszeitpunkt datieren, auch dann zu berücksichtigen, wenn und soweit sie sich auf den Zeitpunkt vor Verfügungserlass beziehen bzw. Rückschlüsse darauf zulassen (Urteil des BGer 8C\_295/2021 vom 9. August 2021 E. 3.4 m.H.).

## **3.2**

**3.2.1** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1; 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2; 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329 E. 2.2 f.).

Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach Inkrafttreten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zur Anwendung (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007-1010). Dabei entsteht der Rentenanspruch, sobald der anspruchsbegründende Sachverhalt eingetreten und insbesondere die sechsmonatige Karenzzeit nach der Anmeldung gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG abgelaufen ist. Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (vgl. KSIR, a.a.O., Rz. 9101).

**3.2.2** Vorliegend könnte ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers frühestens sechs Monate nach der Anmeldung vom 5. Oktober 2022, also erst ab dem 1. April 2023, entstehen (vgl. Art. 29 IVG), weshalb sich die Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente nach dem ab dem 1. Januar 2022 gültigen Recht richtet (so auch in Urteil des BVGer C-4982/2022 vom 2. Mai 2024 E. 4.2; vgl. auch BGE 150 V 323 E. 4.4).

**3.3** Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsbürger, wohnt in Deutschland und war, zufolge Erwerbstätigkeit in der Schweiz, in der schweizerischen AHV/IV versichert. Somit besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (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), zu beachten sind. 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; Urteile des BGer 8C\_111/2020 vom 15. Juli 2020 E. 2; 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Urteil des BVGer C-5368/2020 vom 14. Februar 2023 E. 3.2).

#### **4.**

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

**4.2** Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Demnach 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). Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen insbesondere dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder

anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a m.H.; zum Ganzen auch BGE 144 V 427 E. 3.2; vgl. auch Urteil des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 4.2).

**4.3** 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).

**4.4** 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). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen demnach nicht. Vielmehr gilt ein Beweis als erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 144 III 264 E. 5.1; 140 III 610 E. 4.1). Gilt es, zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, haben der Richter und die Richterin jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen für die wahrscheinlichste halten (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; Urteil des BVGer C-7332/2007 vom 6. März 2009 E. 3.3.3).

## **5.**

**5.1** Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist mit 84 Beitragsmonaten zwischen Dezember 2011 bis Dezember 2018 zweifelsohne erfüllt (vgl. Abklärung der Vorinstanz in IVSTA-act. 48). Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer im Sinne des Gesetzes die Invaliditätsvoraussetzungen erfüllt.

**5.2** 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).

**5.3** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG wird eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und Abs. 1<sup>ter</sup> IVG nicht ausgeschöpft sind.

**5.4** Nach Art. 28b IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Abs. 1). Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40-49% erhöht sich der Rentenanspruch linear von einem Anteil von 25% auf einen solchen von 47.5% (Abs. 4). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 4 und 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1; Urteil C-4982/2022 E. 5.4).

**5.5** 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).

## **6.**

**6.1** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 141 V 281 E. 5.2.1; 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6).

**6.2** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt vielmehr der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-3782/2021 vom 8. September 2023 E. 7.2.2; C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

**6.3** Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 112 E. 3b). So ist hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (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.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5).

**6.4** 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. 1.3.4 und 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4 m.H.; 125 V 351 E. 3b/bb). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des BGer 8C\_317/2024 vom 22. Januar 2025 E. 6.2). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteile des BGer 8C\_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3; 8C\_105/2021 vom 8. Juni 2021 E. 3; vgl. auch Urteile des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.3; C-6357/2020 vom 28. September 2022 E. 6.6).

**6.5** Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen. Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten vielmehr mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 9C\_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3.1; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 m.H.).

**6.6** Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern die Ärztinnen und Ärzte des RAD über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 8C\_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2; 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1; 9C\_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2), ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C\_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, 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. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Rechtssprechungsgemäss sind weitere Abklärungen vorzunehmen, selbst wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte bestehen (vgl. BGE 145 V 97 E. 8.5; 142 V 58 E. 5.1 in fine; Urteil des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.4).

## **7.**

Die Parteien bringen zusammenfassend Folgendes vor:

**7.1** Der Beschwerdeführer macht sinngemäss geltend, der medizinische Sachverhalt sei unzureichend abgeklärt bzw. gewürdigt worden (BVGeract. 1). Sein Rentenantrag sei erneut zu überprüfen, da er – im Jahr 2022 – bereits zwei Schlaganfälle erlitten habe, was unberücksichtigt geblieben sei. Zudem sei neu eine rheumatische Erkrankung diagnostiziert worden,

die ebenfalls in die Beurteilung einzubeziehen sei. Eine Erwerbstätigkeit sei ihm zurzeit nicht möglich (vgl. Angaben im Fragebogen für den Versicherten vom 26. Februar 2023, IVSTA-act. 27).

**7.2** Die Vorinstanz begründet ihren leistungsabweisenden Entscheid damit, dass – auch nach Prüfung der neu eingereichten medizinischen Unterlagen – in der angestammten Tätigkeit als Kaufmann bzw. in einer Bürotätigkeit keine für die Invalidität relevante Arbeitsunfähigkeit begründbar sei (BVGer-act. 5; IVSTA-act. 50; angefochtene Verfügung).

## **8.**

Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den medizinischen Akten, die – ausgenommen die Berichte des RAD – allesamt aus Deutschland stammen, im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**8.1** Das Zentrum für Orthopädie (...) berichtete am 2. Februar 2011 von einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 22. Januar 2011 bis zum 1. Februar 2011 wegen eines cranial sequestriertes Bandscheibenvorfalles am Lendenwirbelkörper (LWK) 3/4 rechts (IVSTA-act. 6). Der postoperative Verlauf (nach Sequestrektomie und Nukleotomie in mikrochirurgischer Technik vom 28. Januar 2011) sei komplikationslos gewesen und die Schmerzen seien deutlich regredient.

**8.2** Am 25. Oktober 2019 stellte das C. \_\_\_\_\_-Hospital (...) folgende Diagnosen: Fortgeschrittene OSG- und USG-Arthrose (Arthrose des oberen Sprunggelenkes und des unteren Sprunggelenkes) links sowie Fußwurzelarthrose mit Betonung des Kalkaneokuboidalgelenkes (IVSTA-act. 7). Der Beschwerdeführer könne sich derzeit nicht zu einem operativen Vorgehen (kombinierte OSG-/USG-Arthrodesen) durchringen.

**8.3** Neun Jahre nach dem Eingriff vom 28. Januar 2011 musste sich der Beschwerdeführer dann erneut einer operativen Behandlung unterziehen, und zwar am 25. Februar 2020. Das C. \_\_\_\_\_-Hospital (...) stellte am 2. Juli 2020 die Diagnose eines regelrechten Verlaufs nach Arthrodesen des oberen und unteren Sprunggelenkes, einschliesslich der Chopart-Reihe (IVSTA-act. 11; vgl. auch IVSTA-act. 8-10). Das Hospital gab an, die Arthrodesen seien fest verheilt und der Beschwerdeführer sei nahezu komplett schmerzfrei. Dieser habe sich vom 25. Februar 2020 bis zum 5. März 2020 in stationärer Behandlung befunden; eine Arbeitsunfähigkeit sei danach vom 5. bis zum 12. März 2020 bescheinigt worden (IVSTA-act. 8).

**8.4** Am 4. Februar 2022 beschrieb das C. \_\_\_\_\_-Hospital eine transitorische ischämische Attacke (TIA) im Mediastromgebiet links mit klinisch passagerer Wortfindungsstörung, eine hochgradige Abgangsstenose der Arteria vertebralis rechts sowie einen Vitamin-B12-Mangel (IVSTA-act. 12). Das Hospital berichtete, der Beschwerdeführer sei am 3. Februar 2022 eingetreten und am 4. Februar 2022 in gutem Allgemeinzustand und beschwerdefrei entlassen worden.

**8.5** Der Neurologe und Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_, (...), diagnostizierte am 2. August 2022 einen Zustand nach (Z.n.) TIAs, bei Vasosklerose mit Vertebralisabgangsstenose rechts (IVSTA-act. 14). Es fänden sich keine verbliebenen neurologischen Ausfälle. Der Beschwerdeführer habe die beiden Schlaganfälle nach seinen Angaben im Februar 2022 erlitten.

**8.6** Am 30. August 2022 führte das C. \_\_\_\_\_-Hospital (...) aus, der Beschwerdeführer sei vom 26. August 2022 bis zum 31. August 2022 bei ihnen in stationärer Behandlung gewesen (IVSTA-act. 16). Es bestehe die Diagnose einer Coxalgie bei Hüftgelenksganglion links und als Nebendiagnosen ein Z.n. OSG Arthrodeese links 2018, ein Z.n. LWS-Operation, ein Z.n. nach TIA links, eine Hyperlipidämie und eine Abgangsstenose der Arteria vertebralis rechts. Unter der eingeleiteten analgetischen Medikation zeige sich der Beschwerdeführer beschwerdearm und mobilisiere sich selbstständig ohne Hilfsmittel auf der Stationsebene. Am 31. August 2022 sei er in gutem Allgemeinzustand und selbstständig, ohne Hilfsmittel sowie mobil aus der stationären Behandlung entlassen worden.

**8.7** Das E. \_\_\_\_\_-Hospital (...) gab am 13. September 2022 an, der Beschwerdeführer habe sich vom 7. September 2022 bis zum 15. September 2022 in ihrer stationären Behandlung befunden (IVSTA-act. 18). Es bestehe die Diagnose einer Hüftgelenksarthritits beidseits mit Kapselerweiterung und Flüssigkeitsansammlung im Bereich des Musculus iliopsoas linksseitig. Als weitere Diagnosen lägen ein Zustand nach (Z.n.) OSG Arthrodeese links (2018), ein Z.n. TIA links, eine Hyperlipidämie und eine Abgangsstenose der Arteria vertebralis rechts vor. Dank der Behandlung sei es zu einem erfreulichen Beschwerderückgang gekommen. Eine eigenständige Mobilisation sowie eine gute Beweglichkeit beider Hüftgelenke seien wieder gegeben. Die laborchemischen Entzündungsparameter hätten sich ebenfalls rückläufig gezeigt. Bei Wiederauftreten der Beschwerden werde eine Rheumadiagnostik empfohlen. Der Beschwerdeführer werde in beschwerdegebessertem Zustand entlassen.

**8.8** Dr. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, hielt nach einer HWS-CT nativ der Hüfte links bzw. der Halswirbelsäule (HWS) vom 24. August 2022 und 2. November 2022 folgende Beurteilungen fest (IVSTA-act. 15 und 33):

- Zeichen eines deutlichen Kapsulitis der linken Hüfte sowie Nachweis einer Bursitis iliopectinea mit wiederum Zeichen einer Partialruptur mit Flüssigkeitsauflagerung zwischen Darmbeinschaukel und Musculus iliacus internus
- deutliche Enthesiopathie mit auch begleitenden zystoiden Strukturen im Ursprungsbereich des Musculus rectus femoris rechts; zusätzlich diskrete Flüssigkeitsauflagerung auf dem Muskelbauch als Hinweis auf eine frischere Avulsionsverletzung
- Reizzustand mit peritendinöser Flüssigkeitsauflagerung des Musculus ileopsoas beidseits in Höhe des proximalen Oberschenkels
- diskretes muskuläres Ödem in Symphysennähe in Höhe des Musculus abductor brevis und magnus
- beginnende arthrophtäre Ausziehung des Pfannendacherkers rechts mit subchondraler Geröllzyste
- deutliche Atlantodentalgelenk-Arthrose
- Osteochondrosis intervertebralis cervicalis HWK 4-5 mit hier auch beginnend degenerativem Wirbelgleiten bei ausgeprägter rechtsseitiger Spondylarthrose; beidseitige Unkovertebralarthrose mit Neuroforamenstenose rechts deutlicher als links
- Struma cervicalis mit geringen regressiven Veränderungen; ergänzende Schilddrüsenonografie empfohlen
- initiale Angiosklerose der Arteria carotis communis auf Höhe der Biturkation links.

**8.9** Die Hausärztin Dr. G. \_\_\_\_\_ stellte am 3. November 2022 folgende Diagnosen (IVSTA-act. 22): Ganglion (ICD-10 M67.4), Coxalgie (ICD-10 M25.59), Arthrose (ICD-10 M19.99), Bandscheibenvorfall (ICD-10 M51.2), Stenose der Arteria vertebralis (ICD-10 165.0), TIA (ICD-10 G45.99), Vitamin-B12-Mangel (ICD-10 E53.9).

**8.10** Prof. Dr. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, hielt am 20. Januar 2023 folgende Diagnose fest (BVGer-act. 9, Beilage = IVSTA-act. 35):

- dringender Verdacht auf entzündlich-rheumatische Erkrankung, speziell seronegative rheumatoide Arthritis
- Besserung unter jeweiliger Glukokortikoid-Therapie; im Januar 2023 Start einer Basistherapie mit Leflunomid 20mg täglich.

Der Arzt führte aus, Kortison in höheren Dosen sei mindernd gewesen, auf Dauer jedoch nicht akzeptabel. Daher habe man sich bei befriedigendem Befinden, aber fortbestehenden Entzündungsparametern zum Versuch einer Basistherapie mit Leflunomid entschieden. Ein Wirkeintritt sei innerhalb der ersten Woche zu erwarten. Der Beschwerdeführer sei seit dem 8. Dezember 2022 in seiner Behandlung (vgl. Schreiben vom 4. April 2023 in BVGer-act. 9, Beilage = IVSTA-act. 47).

**8.11** Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Dr. D. \_\_\_\_\_, hielt am 28. März 2023 fest, es bestehe ein Zustand nach TIAs, bei Vasosklerose mit Vertebralisstenose rechts. Klinisch-neurologisch lägen keine verbliebenen Ausfälle vor. Der Doppler sei wie zuvor. ASS 100, Statin und eine strikte Behandlung der Gefässrisikofaktoren seien weiterhin einzunehmen. Eine Verlaufskontrolle sei in einem Jahr empfohlen, bei Bedarf auch eher (BVGer-act. 9, Beilage = IVSTA-act. 46).

**8.12** Der Orthopäde Dr. I. \_\_\_\_\_ bestätigte am 13. April 2023, der Beschwerdeführer befinde sich in seiner regelmässigen ambulanten, orthopädischen Betreuung (BVGer-act. 9, Beilage). Aufgrund der komplexen Gesamtsituation und ausgeprägten Schmerzen sei bei nachgewiesener rheumatischer Grunderkrankung von einer Restleistungsfähigkeit von unter drei Stunden arbeitstäglich auszugehen. Aufgrund dieser Situation sei die Gewährung einer dauerhaften Rente sinnvoll und orthopädisch begründbar.

**8.13** Dr. B. \_\_\_\_\_ vom RAD (...) führte am 8. Mai 2023 aus, gemäss der vorliegenden Informationen sei im Januar 2011 eine Discushernie L3/4 erfolgreich und folgenlos operiert worden (IVSTA-act. 50). 2019 und 2020 seien Beschwerden des linken Fusses im Vordergrund gestanden. Wegen schwerer Arthrosen sei am 25. Februar 2020 eine komplexe Arthrodeese des linken Fusses (OSG, Unterschenkel, talo-navicular und calcaneocuboidal) erfolgt. Der Verlauf sei etwa harzig gewesen, habe aber am 29. Juni 2020 bei beschwerdefreiem Patienten mit konsolidierter Arthrodeese abgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer sei für eine sitzende Tätigkeit max. drei Monate, sonst max. von Februar 2020 bis Juni 2020 arbeitsunfähig gewesen. Am 3. Februar 2022 habe der Patient eine TIA (definitionsgemäss ohne Folgen) erlitten. Im August 2022 hätten offensichtlich Hüftbeschwerden links (radiologisch aber Veränderungen rechts) bestanden. Anhand der Unterlagen sei die Problematik nicht wirklich nachvollziehbar, aber sicher kein Grund für eine längere Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei gelernter Kaufmann. Er habe die meiste Zeit als

Filialleiter gearbeitet. In einer solchen Tätigkeit (vorwiegend sitzende Büroarbeit) sei keine «IV-relevante» Arbeitsunfähigkeit begründbar. Die vom Versicherten angegebene Krankheits-Auszeit 2019 bis 2021 sei nicht nachvollziehbar.

Dr. B.\_\_\_\_\_ führte sodann folgende Diagnosen auf, wobei sie keine Hauptdiagnose nannte:

*Nebendiagnose(n) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und ICD-Code*

- Fussbeschwerden links seit 30 Jahren
  - o Status nach (St.n.) rezidivierenden (rez.) Interventionen
  - o 10/19 Vorschlag Arthrodesse
  - o 25.2.20: komplexe Arthrodesse Fusswurzel links (OSG, USG, talonavicular und calcaneocuboidal)
  - o Behandlungsabschluss 29.6.20 bei Konsolidation und Beschwerdefreiheit

*Nebendiagnosen ohne Arbeitsunfähigkeit*

- St.n. Operation Sequestrierte Diskushernie (DH) mit Kompression L3 rechts 28.11.11
- St.n TIA (Aphasie und Schwäche rechts) 3.2.22
  - o bei hochgradiger Abgangsstenose Arteria (A.) vertebralis rechts
- St.n. Reizzustand Hüfte links 8/22.

**8.14** Im «medizinischen Gutachten» (standardisierte fachärztliche Untersuchung nach dem Formular-Gutachten zur Klärung der Frage einer Arbeitsunfähigkeit) vom 11. Mai 2023 führte Prof. Dr. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 26. Juli 2022 arbeitsunfähig (BVGer-act. 9, Beilage). Aus dessen Sicht hinderten ihn die Schmerzen (Schmerzen in den Gelenken) an einer Erwerbsaufnahme. Der Arzt erhob folgende Hauptdiagnosen (S. 3 f.):

- ICD-10 M13.85 (sonstige näher bezeichnete Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel)
- ICD-10 M13.83 (sonstige näher bezeichnete Arthritis: Unterarm)
- ICD-10 M79.09 (Rheumatismus, nicht näher bezeichnet, nicht näher bezeichnete Lokalisation).

Der Arzt berichtete, es finde eine medikamentöse Therapie mit Acetylsalicylsäure (ASS), Prednisolon und Leflunomid statt. Der Beschwerdeführer sei bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Die weitere Manifestation der Rheumaerkrankung führe zu einer Feststellung der Berufsunfähigkeit ab

dem 10. Mai 2023. Körperlich leichte und wechselbelastende Arbeiten könne der Beschwerdeführer drei Stunden am Tag ausüben, Tätigkeiten im Bereich Aufsichtsführung/Leitung acht Stunden am Tag, Arbeiten am Schreibtisch und Telefonate zwei Stunden am Tag.

**8.15** Dr. B. \_\_\_\_\_ gab am 31. Juli 2023 (BVGer-act. 5, Beilage) – nach Vorlage der Arztberichte von Dr. H. \_\_\_\_\_, Dr. J. \_\_\_\_\_ und Dr. I. \_\_\_\_\_ – an, es sei ein "Gutachten" ohne klinische Befunde vorgelegt worden. Anamnestisch solle eine rheumatische Erkrankung bestehen. Es lägen aber keine entsprechenden Unterlagen vor. Der Beschwerdeführer stehe sodann unter Leflunomid, wobei Dosis, Behandlungsbeginn und Wirkung nicht bekannt seien. Ebenso stehe nicht fest, um welche rheumatische Erkrankung es sich handle. Fibromyalgie werde nicht mit Leflunomid behandelt. Einerseits sei eine Bürotätigkeit zu acht Stunden im Tag möglich, mit auch drei Stunden Anteilen körperlicher Tätigkeit. Andererseits soll eine Berufsunfähigkeit bestehen. Die sei nicht nachvollziehbar. Eine Arbeitsunfähigkeit in einer Bürotätigkeit (vorwiegend sitzend, körperlich leicht) sei nicht zu begründen.

**8.16** Dr. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, stellte am 8. August 2023 insbesondere fest, es bestehe seit dem 1. Oktober 2022 aufgrund einer rheumatoiden Arthritis eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. «Ärztliches Gutachten» für die gesetzliche Rentenversicherung nach Erhebung ausführlicher Anamnese in BVGer-act. 9, Beilage). Der Beschwerdeführer fühle sich angesichts seiner medizinischen Gesamtsituation nicht mehr in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit wettbewerbsfähig nachzugehen. Klinische Hinweise auf Erkrankungen ausserhalb des Fachgebiets gebe es nicht. Es bestünden folgende Diagnosen:

- rezidivierende Lumbalgien bei degenerativer LWS-Erkrankung mit Zustand nach operativer Sanierung eines Bandscheibenvorfalles L3/4 (ICD-10 M54.5)
- akut exazerbierte, noch seronegative rheumatoide Arthritis (ICD-10 M06.99)
- rezidivierende Schulterschmerzen rechts, am ehesten im Rahmen eines akuten arthritischen Geschehens bei seronegativer rheumatoider Arthritis (ICD-10 M13.11)
- rezidivierende Hüftschmerzen beidseits, rechts mehr als links, im Rahmen eines akuten arthritischen Geschehens bei seronegativer rheumatoider Arthritis (ICD-10 M13.15)
- rezidivierende Knieschmerzen rechts bei Verdacht auf Mitreaktion im Sinne eines arthritischen Geschehens bei seronegativer rheumatoider Arthritis (ICD-10 M13.16)

- komplexe Versteifung des linken oberen und unteren Sprunggelenks bei Arthrose (ICD-10 M19.17).

Aufgrund des seit einigen Monaten anhaltenden, massiv exazerbierten entzündlichen Geschehens der neu diagnostizierten rheumatologischen Erkrankung, die die Wirbelsäule und zwei grosse Gelenke betreffe, sei der Versicherte augenblicklich in der Leistungsfähigkeit qualitativ und quantitativ stark eingeschränkt. Die medikamentöse Einstellung erfolge augenblicklich. Sie sei noch nicht erfolgreich. Entzündliche Schübe träten unverändert alle 3-4 Wochen auf. Die Erwerbsfähigkeit sei gefährdet. Alle Therapiemassnahmen seien ausgeschöpft. Eine Massnahme zur medizinischen Rehabilitation zulasten der Rentenversicherung sei dringend empfohlen. Der Patient sei ausgesprochen motiviert, an einem solchen Verfahren teilzunehmen. Die sozialmedizinische Beurteilung dieser Massnahme sollte abgewartet werden. Im besten Fall ergebe sich damit innerhalb der nächsten sechs Monate eine Stabilisierung der Situation. Dem Versicherten sei im Zustand einer medikamentös gut eingestellten Erkrankung eine Tätigkeit mit folgendem Profil zuzumuten: leichte bis mittelschwere Tätigkeit, gelegentlich stehende und gehende bzw. überwiegend sitzende Tätigkeit mit Möglichkeit zum Positionswechsel, gelegentliches Klettern und Steigen auf Leitern und Gerüsten. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe damit vom orthopädischen Aspekt unter den genannten qualitativen Einschränkungen eine Leistungsfähigkeit von sechs Stunden und mehr.

**8.17** Dr. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, führte am 4. September 2023 in der sozialmedizinischen Stellungnahme zum Leistungsvermögen auf (BVGer-act. 9, Beilage), der Beschwerdeführer könne noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten verrichten. In einer dem Leistungsbild entsprechenden Tätigkeit (z.B. keine erhöhten Anforderungen an die Gang- und Standsicherheit, Vermeiden von Hocken und Knien und Tragen von Lasten) könne er sechs Stunden und mehr täglich arbeiten.

## **9.**

**9.1** Für den Anspruch auf eine Invalidenrente ist gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG vorausgesetzt, und zwar kumulativ zu den übrigen Voraussetzungen nach Art. 28 IVG (Urteil des BGer 8C\_618/2021 vom 14. Dezember 2021 E. 4; vgl. MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 28 N 1 und 43 ff.), dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (vgl. E. 5.3 hiavor).

Die Rechtsprechung lässt zur Eröffnung der einjährigen Wartezeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20% genügen (MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 28 N 33 m.H.a. AHI 1998 124; KASPAR GERBER, Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, IVG, 2022, Art. 28 N 148). Die Frage, ab welchem frühesten Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen dauernd zu mindestens 20% eingeschränkt war, ist in erster Linie fachärztlich zu beantworten (GERBER, a.a.O., N 153).

**9.2** Gegenstand der Wartezeit bildet die Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 6 ATSG (MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 28 N 25). Dabei spielt grundsätzlich keine Rolle, wie die Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres verläuft oder wie hoch der Grad bestehender Arbeitsunfähigkeit anfänglich war (sofern er nur die Erheblichkeitsschwelle von jedenfalls 20% erreicht hat; MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 28 N 26). Entscheidend ist allein, dass während eines Jahres durchschnittlich eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% bestand. Die Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit kann nach Monaten vorgenommen werden (BGE 96 V 34).

Entsprechend bildet einzig der bisherige Beruf Bezugspunkt der für die Rentenentstehung relevanten Arbeitsunfähigkeit (Urteil des BGer 9C\_684/2007 vom 27. Dezember 2007 E. 2.3 m.w.H.; GERBER, a.a.O., Art. 28 N 123). Die Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG entspricht folglich nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei Erwerbstätigen der medizinisch festgestellten Einschränkung im bisherigen Beruf (GERBER, a.a.O., N 124). Bei erwerbstätigen Versicherten wird diese Einbusse ohne Rücksicht darauf bestimmt, wie sich die gesundheitliche Beeinträchtigung auf das erzielbare Einkommen auswirkt (GERBER, a.a.O., N 150). Allerdings muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person im bisherigen Beruf an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle; die Leistungseinbusse muss demnach in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein (GERBER, a.a.O., N 151).

Dies ist für sich allein gesehen in aller Regel aber nicht ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes; vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist (GERBER, a.a.O., N 152). Nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend

festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, reichen nicht aus (GERBER, a.a.O., N 154). Um der retrospektiven ärztlichen Attestierung der Arbeitsunfähigkeit zu folgen und auf ein echtzeitliches Arztzeugnis verzichten zu können, müssen die negativen Auswirkungen der Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit vielmehr echtzeitlich dokumentiert und überwiegend wahrscheinlich sein (zum Beweisgrad siehe GERBER, a.a.O., N 228-231).

Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Satz 2 ATSG). Diesbezüglich geht es um die konkreten, schadensmässigen Auswirkungen der Arbeitsunfähigkeit und die Pflicht des Einzelnen, das ihm Zumutbare zur Minderung dieses Schadens, also der Verdiensteinbusse, beizutragen (GERBER, a.a.O., N 133). In der Regel, von welcher aufgrund von Zumutbarkeitsüberlegungen im Einzelfall abgewichen werden kann, ist eine lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, wenn diese mehr als sechs Monate dauert (GERBER, a.a.O., N 134).

**9.3** Die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG wird unterbrochen, wenn der Versicherte an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29<sup>ter</sup> IVV; MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 28 N 35; GERBER, a.a.O., N 157). Ein Unterbruch kann nur dann angenommen werden, wenn während mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsfähigkeit bestand, ohne Rücksicht auf die Entlohnung (EVGE 1968 290). Tritt nach einem wesentlichen Unterbruch wieder eine Arbeitsunfähigkeit (von wenigstens 20%) ein, so beginnt die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG neu zu laufen, ohne Anrechnung der bis zum wesentlichen Unterbruch bereits zurückgelegten Perioden von Arbeitsunfähigkeit (MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 28 N 37 m.H.; GERBER, a.a.O., N 160). Von dieser Regel macht Art. 29<sup>bis</sup> IVV unter den dort umschriebenen, im vorliegenden Fall irrelevanten Voraussetzungen eine Ausnahme.

**9.4** Zur Voraussetzung der bestandenen einjährigen Wartezeit ohne wesentlichen Unterbruch ergibt sich aus den vorliegenden Akten Folgendes:

**9.4.1** Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, er sei seit dem 15. Juli 2019 arbeitsunfähig, ohne dies allerdings näher zu begründen (IVSTA-act. 4, S. 1).

Sein letzter Arbeitgeber gab an, der Beschwerdeführer sei einen Monat krank gewesen (15. Juni 2019 bis 15. Juli 2019), über einen

Gesundheitsschaden sei er, der Arbeitgeber, nicht informiert (IVSTA-act. 45, S. 3 und 5).

**9.4.2** Vorliegend wurde die Anmeldung zum Leistungsbezug am 5. Oktober 2022 eingereicht (IVSTA-act. 2, S. 9). Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG hätte ein Rentenanspruch mithin frühestens ab 1. April 2023 entstehen können.

Bis zur angefochtenen Verfügung vom 25. Mai 2023 hätte während eines Jahres ununterbrochen eine medizinisch ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40% bestehen müssen (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG), wobei diese materielle Anspruchsvoraussetzung nicht an einen Zeitraum gebunden ist. In diesem Zusammenhang spielt es sodann keine Rolle, wann die hiervor beschriebene formellrechtliche Karenzzeit abgelaufen war (vgl. BGE 142 V 547; 138 V 475 E. 3.3.1 f.; Urteil des BGer 8C\_544/2016 vom 28. November 2016 E. 4.1).

**9.4.3** Die vorliegenden medizinischen Akten beschreiben eine vorübergehende, spitalbedingte Arbeitsunfähigkeit von gut zwei Wochen im Jahr 2020 wegen einer Arthrodesse (total 17 Tage; IVSTA-act. 8). Dr. B. \_\_\_\_\_ ging danach von einer Arbeitsunfähigkeit für eine sitzende Tätigkeit von maximal drei Monaten, für übrige Tätigkeiten maximal von Februar 2020 bis Juni 2020 aus. Erst mehr als ein Jahr danach, also nach einer bedeutenden Unterbrechung (vgl. dazu E. 9.3. hiervor) sind kurze Arbeitsunfähigkeiten des Beschwerdeführers ausgewiesen, nämlich im Februar 2022 wegen einer TIA (2 Tage; IVSTA-act. 12), im August 2022 (also wiederum nach einem relevanten Unterbruch) wegen einer Coxalgie (6 Tage; IVSTA-act. 16) und im September 2022 wegen einer beidseitigen Hüftgelenksarthrititis (9 Tage; IVSTA-act. 18).

Bezüglich der Arthrodesse kam es zu einem regelrechten Verlauf und der Beschwerdeführer war danach nahezu beschwerdefrei (IVSTA-act. 9 und 11). Nach den TIAs wurde der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und beschwerdefrei entlassen (IVSTA-act. 12), ohne verbleibende neurologische Ausfälle (IVSTA-act. 14 und 46). Ebenso war der Beschwerdeführer nach der Entlassung betreffend Coxalgie beschwerdearm, und er befand sich in einem guten Allgemeinzustand (IVSTA-act. 16). Nach der Hüftgelenksarthrititis konnte der Beschwerdeführer in beschwerdegebesertem Zustand entlassen werden (IVSTA-act. 18). Es bestehen auch keine Hinweise, dass der Beschwerdeführer je von seiner Hausärztin krankgeschrieben worden wäre. Vielmehr verwies diese im November 2022 auf den Facharzt und gab an, sie habe den Beschwerdeführer nicht

krankgeschrieben und könne auch keine entsprechende Beurteilung abgeben (IVSTA-act. 23). Ferner liegen keine Anhaltspunkte vor, dass der Beschwerdeführer je Krankentaggeld bezogen hätte, was ebenfalls auf eine relevante Arbeitsunfähigkeit hätte hindeuten können.

**9.4.4** In den Akten ist, ohne Begründung, unter dem Titel 'berufliche Tätigkeiten' zwischen Juli 2019 bis April 2021 eine Auszeit wegen gesundheitlicher Probleme (Operation) vermerkt (IVSTA-act. 5). Dies erscheint nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer musste sich im Jahr 2020, aufgrund von Beschwerden am linken Sprunggelenk, einer Arthrodesis unterziehen. In der angestammten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit als Filialleiter (vgl. dazu IVSTA-act. 45, S. 6, wonach der Beschwerdeführer am letzten Arbeitsplatz vorwiegend sitzen, manchmal gehen und selten stehen oder ein leichtes Heben vornehmen musste; mittelschweres oder schweres Heben war nicht notwendig oder IVSTA-act. 39, wonach seine Tätigkeit in der Schweiz aus Filialbesuchen bzw. einer Bürotätigkeit bestand) lässt sich deswegen eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit nicht begründen. Die Angabe von Dr. D.\_\_\_\_\_, wonach dem Beschwerdeführer im Jahr 2018 ein Auto über den Fuss gefahren und er deswegen 'lange krank' gewesen sei (vgl. IVSTA-act. 14), lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten nicht erhärten. Ein Unfall wird weder vom Beschwerdeführer selbst erwähnt, noch finden sich diesbezüglich anderweitig Hinweise in den Unterlagen. Vielmehr soll der Beschwerdeführer gemäss Bericht des C.\_\_\_\_\_-Hospitals (...) vom 25. Oktober 2019 bereits seit 30 Jahren über Beschwerden am linken Sprunggelenk geklagt haben. Im Übrigen fällt auf, dass der Beschwerdeführer gemäss Dr. D.\_\_\_\_\_ nach dem Verlust seiner Arbeitsstelle eine Umschulung zum Fahrlehrer absolviert haben soll, wobei nicht bekannt ist, ob er diese Ausbildung abschloss (IVSTA-act. 14). Dies stünde einer relevanten Arbeitsunfähigkeit ebenfalls entgegen.

**9.4.5** Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass sich aus den in E. 9.4.3 und E. 9.4.4 beschriebenen Unterlagen keine längerdauernde, massgebende Arbeitsunfähigkeit ableiten lässt.

**9.4.6** Eine relevante Arbeitsunfähigkeit wird dem Beschwerdeführer hingegen von Prof. Dr. J.\_\_\_\_\_, Dr. I.\_\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_\_ bescheinigt.

So hielt Dr. I.\_\_\_\_\_ in seinem Kurzbericht vom 13. April 2023 fest, es bestehe eine Restleistungsfähigkeit unter drei Stunden, ohne den Beginn derselben anzugeben (BVGer-act. 9, Beilage).

Prof. Dr. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, führte am 11. Mai 2023 aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 26. Juli 2022 arbeitsunfähig. Eine Berufsunfähigkeit bestehe ab dem 10. Mai 2023 (BVGer-act. 9, Beilage). Zugleich gab der Arzt an, es sei nicht absehbar, seit wann der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig sei (S. 5).

Dr. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, stellte am 8. August 2023 fest, es bestehe wegen einer rheumatoiden Arthritis seit dem 1. Oktober 2022 eine Arbeitsunfähigkeit (BVGer-act. 9, Beilage). Allerdings sei es dem Beschwerdeführer möglich, täglich sechs Stunden und mehr zu arbeiten. Dr. K.\_\_\_\_\_ sah aus orthopädischer Sicht mit Blick auf die rheumatoide Arthritis also keine dauerhafte, relevante Einschränkung.

Im Übrigen gab der Beschwerdeführer selbst an, er sei (erst) seit dem 26. Juli 2022 krankheitsbedingt arbeitsunfähig (IVSTA-act. 27, S. 5).

**9.4.7** Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (25. Mai 2023) erfüllte der Beschwerdeführer, selbst nach den Einschätzungen gemäss E. 9.4.6 hier vor, die materiellen Voraussetzung der ununterbrochenen, einjährigen Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG zur Begründung eines Rentenanspruchs nicht, wie die Vorinstanz zu Recht feststellte. Die Beschwerde ist schon aus diesem Grund abzuweisen.

Vor diesem Hintergrund ist die Aussagekraft der Arztberichte von Dr. J.\_\_\_\_\_, Dr. I.\_\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_\_ nicht näher zu prüfen. Bezüglich sämtlicher dieser Berichte ist allerdings festzuhalten, dass die Arbeitsunfähigkeit und der Beginn derselben nicht begründet wurden und es sich ausserdem nicht nachvollziehen lässt, weshalb dem Beschwerdeführer die bisherige, körperlich leichte Tätigkeit (vgl. dazu IVSTA-act. 45, S. 2) aufgrund der vorliegenden Beschwerden nicht mehr möglich und zumutbar sein sollte. Sodann erfolgte die Einschätzung seitens Dr. K.\_\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_\_ nicht echtzeitlich. Weshalb der Beschwerdeführer gemäss Dr. J.\_\_\_\_\_ seit Juli 2022 arbeitsunfähig aber erst ab Mai 2023 berufsunfähig sein soll, erschliesst sich aus dem entsprechenden Arztbericht nicht. Ebenso wenig ist verständlich, weshalb der Arzt von einer 60-Stunden-Arbeitswoche ausging, obschon der Beschwerdeführer an seiner letzten Arbeitsstelle ein übliches Arbeitspensum von lediglich 40 Stunden pro Woche versehen hatte (IVSTA-act. 4, S. 1 und IVSTA-act. 45, S. 3). Anlässlich der ärztlichen Untersuchung von Prof. Dr. J.\_\_\_\_\_ gab der Beschwerdeführer an, seit dem 19. September 2022 arbeitssuchend zu sein, was ebenfalls gegen eine (namhafte) Arbeitsunfähigkeit spricht.

Im Übrigen ist zu beachten, dass es sich bei den Arztberichten von Prof. Dr. J. \_\_\_\_\_ und Dr. K. \_\_\_\_\_ nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG handelt, da sie nicht in einem dafür entsprechenden Verfahren eingeholt wurden (vgl. dazu E. 6.4 hiavor).

**9.4.8** Schliesslich sticht auch die Rüge des Beschwerdeführers, wonach die Vorinstanz nicht sämtliche medizinische Unterlagen berücksichtigt habe, ins Leere. Der angefochtene Entscheid berücksichtigte sämtliche vorliegenden Arztberichte und sämtliche – im Zeitpunkt der Verfügung – bestehenden, relevanten gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers.

Die Beschwerde ist mithin abzuweisen.

## **10.**

**10.1** Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**10.2** Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1'000.- festzulegen (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Für das vorliegende Verfahren sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.- festzusetzen. Diese sind dem Beschwerdeführer als unterlegene Partei aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss ist in der Höhe von Fr. 800.- zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden und wird dem Beschwerdeführer im Restbetrag zurück erstattet.

**10.3** Die Beschwerdeinstanz kann der obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

*(Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)*

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 800.- festgesetzt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss wird in der Höhe von Fr. 800.- zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet. Der Restbetrag von Fr. 22.29 wird dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft dieses 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.)*

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Selin Elmiger-Necipoglu

Helena Falk

**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: