



Abteilung III
C-4417/2022

Urteil vom 2. Juli 2026

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger,
Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Fiona Schneider.

Parteien

A._____, (Deutschland)
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung der IVSTA vom 2. September 2022.

Sachverhalt:

A.

A. _____ (*nachfolgend*: Versicherter oder Beschwerdeführer), geboren am (...) 1967, ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Zwischen 2008 und 2019 war der Versicherte während 135 Monaten in der Schweiz unter anderem als Bademeister erwerbstätig und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [IVSTA-act.] 37 S. 2). Vom Februar bis August 2020 sowie ab Oktober 2020 wurde der Versicherte zufolge einer Colitis ulcerosa, einer Adhäsiven Kapsulitis des rechten Schultergelenks und eines Partialdefekts der Rotatorenmanschette krankgeschrieben (IVSTA-act. 25, 29, 85).

B.

B.a Am 18. Dezember 2020 stellte der Versicherte im zwischenstaatlichen Verfahren einen Antrag auf eine schweizerische Invaliditätsrente (IVSTA-act. 33 S. 9).

B.b Mit Bescheid vom 2. Februar 2022 sprach die Deutsche Rentenversicherung dem Versicherten eine Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 1. Dezember 2020 bis 30. November 2023 zu (Akten des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer-act.] 11, Beilage 1 zum Formular «Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege»), nachdem sie den ersten Antrag des Versicherten aufgrund fehlender Pflichtbeiträge noch abgelehnt hatte (IVSTA-act. 1, 2).

B.c Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) erachtete in seinem Bericht vom 30. Juni 2022 eine langdauernde und invalidisierende Erkrankung als nicht nachgewiesen (IVSTA-act. 106).

B.d Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IVSTA-act. 108) lehnte die IVSTA das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 2. September 2022 zufolge Fehlens einer ausreichenden durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres und Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit ab (IVSTA-act. 109).

C.

C.a Diese Verfügung focht der Versicherte mit Beschwerde vom 27. September 2022 beim Bundesverwaltungsgericht an und beantragte

sinngemäss, die Verfügung vom 2. September 2022 aufzuheben und eine vollständige Erwerbsminderung rückwirkend ab 2015 zu prüfen (BVGer-act. 1, 11).

C.b Mit Zwischenverfügung vom 5. Oktober 2022 erfolgte die Einforderung eines Kostenvorschusses. Die besagte Verfügung konnte dem Beschwerdeführer jedoch aufgrund eines Adresswechsels nicht zugestellt werden (BVGer-act. 2, 3). Dem Beschwerdeführer wurde hernach mit Zwischenverfügung vom 28. November 2022 eine neue Frist bis 13. Januar 2023 zur Leistung eines Kostenvorschusses von Fr. 800.– eröffnet (BVGer-act. 7).

C.c Am 12. Dezember 2022 stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung, welches mit Zwischenverfügung vom 2. März 2023 gutgeheissen wurde (BVGer-act. 9, 12).

C.d Die Vorinstanz hielt in ihrer Vernehmlassung vom 11. Mai 2023 an der Verfügung vom 2. September 2020 fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 15).

C.e Nachdem der Beschwerdeführer auf eine Replik verzichtet hatte, wurde der Schriftenwechsel am 14. Juli 2023 geschlossen (BVGer-act. 18).

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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). 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; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

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

Verfügung vom 2. September 2022, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat (IVSTA-act. 109). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

3.

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

3.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

4.

4.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach in Kraft treten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit – wie vorliegend – Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zur Anwendung (vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010).

4.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 2. September 2022) eingetretenen

Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

5.

5.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. 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).

5.2 Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet; die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer ist erfüllt (vgl. IVSTA-act. 37, 101).

6.

6.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, er leide seit Beginn seiner Ausbildung zum Augenoptiker immer wieder unter schweren Verläufen einer Colitis ulcerosa. Mittlerweile leide er auch unter vielen Begleiterscheinungen der Erkrankung, wie synovagale Synkopen, welche auch schon zu kurzfristiger Bewusstlosigkeit und einem damit verbundenen Sturz mit Nasenbeinbruch geführt hätten. Seither bestehe die Langzeiteinschränkung, dass er sich nicht länger als unbedingt notwendig in der Sonne aufhalten dürfe. Das Medikament Azathioprin, welches er bis April 2025 wegen der Colitis ulcerosa einnehmen müsse, bewirke eine Reduktion der weissen

Blutkörperchen und erhöhe das Risiko für weissen Hautkrebs sowie die Infektionsgefahr aufgrund der Schwächung des körpereigenen Immunsystems. Durch einen weiteren Sturz sei eine Meniskus-Operation sowie ein Microfracturing am Oberschenkelkopf notwendig geworden. Bis heute sei es nicht gelungen, den Quadriceps wieder ausreichend aufzubauen, was zu muskulären Dysbalancen führe. Bereits seit einer Knieoperation im Jahr 2015 fühle er sich voll erwerbsgemindert (BVGer-act. 11).

6.2 In ihrer Vernehmlassung vom 11. Mai 2023 führte die IVSTA aus, der Antrag einer rückwirkenden Rentenzusprache seit 2015 sei angesichts des Eingangs des Leistungsgesuchs am 18. Dezember 2020 nicht möglich. Ein allfälliger Rentenanspruch entstehe frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Die geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigungen seien bei der Beurteilung durch den ärztlichen Dienst vollumfänglich berücksichtigt worden. Der beurteilende Arzt habe in seiner Stellungnahme festgehalten, dass der Versicherte keine langdauernde und invalidisierende Erkrankung im Sinne der Invalidenversicherung aufweise. Somit liege keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor (BVGer-act. 15).

7.

7.1 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).

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

7.3 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).

8.

8.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. 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.).

8.2 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen

gelangen, bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.).

9.

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

9.1 In ihrem Bericht vom 3. Juni 2013 stellte Dr. med. B._____, Fachärztin für Radiologie, einen Unterrandeinriss des medialen Meniskushinterhornes, wenig Erguss und eine kleine mediale Plice von fraglicher klinischer Relevanz fest (IVSTA-act. 56).

9.2 Dr. med. C._____, Facharzt für Radiologie und diagnostische Neuroradiologie, machte in seinem Bericht vom 20. Oktober 2014 folgende Beurteilung: Wahrscheinlich ossäres Impingement am anterioren Gelenkspalt des linken oberen Sprunggelenks mit Verdacht auf heterotope Ossifikation / fokaler Fibroseknoten der Kapsel in Nachbarschaft zu einer ossären Wulstbildung am Talushals und degenerativer Ausziehung des Tibiagelenksockels, lokal akzentuierte Arthrose im OSG; kein Hinweis auf osteochondrale Läsionen; Reizzustand in der Syndesmose nach ehemaliger Teilruptur des ventralen Syndesmosenbandes, dieses nur unvollständig wiederhergestellt; die Stabilität sollte klinisch geprüft werden; Reizzustand um die fibuläre Ansatzzone des Ligamentum calcaneofibulare bei Zustand nach Aussenbandruptur; begleitend leichter Reizzustand auch in den Peronealsehnen (IVSTA-act. 58).

9.3 In seinem Operationsbericht vom 22. Mai 2015 hielt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie, folgende Diagnose fest: Meniskusriss medial Zirkumferenz, Meniskusriss

Zirkumferenz lateral, Knorpelschäden mediale Femurkondyle/Tibiaplateau und Trochlea, freie Knorpelfragmente, zystische Degeneration am vorderen Kreuzband, Einklemmung Plica mediopatellaris mit Verklebung zu hypertrophem Hoffakörper Knie rechts. Es sei eine Kniearthroskopie durchgeführt worden (IVSTA-act. 65). Am 22. Mai, am 3. und am 16. Juni 2015 bescheinigte Dr. D._____ dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit vom 20. Mai bis 28. Juni 2015 zu 100 % und vom 29. Juni bis 19. Juli 2015 zu 50 % (IVSTA-act. 46, 66).

9.4 Am 10. April 2017 bestätigte Dr. med. E._____, F._____ Rehabilitation und Sportmedizin, eine Behandlung des Versicherten zwischen dem 3. Juni und 30. September 2015 wegen Kniebeschwerden (IVSTA-act. 47).

9.5 In seinem ärztlichen Zeugnis vom 1. Mai 2017 bestätigte Dr. med. G._____, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, dem Versicherten betreffend die chronisch entzündliche Darmerkrankung folgende Daten: Erstdiagnose einer Colitis ulcerosa im Jahr 1983; wohl initial Pancolitis; TX mit Colifoam, über 5a Azathioprin bis 2005 mit kompletter Remission; August 2004 und Oktober 2005: unauffällige Koloskopien; November 2011 erneute, diesmal rektosigmoidal lokalisierte Colitis ulcerosa; unauffälliges Restkolon; Mai 2016 Calprotectin/Sono/Kolo: komplette Remission; Februar 2017 klinisch/anamnestisch Verdacht auf erneuten Schub; Besserung unter topischem Salofalk (IVSTA-act. 49).

9.6 Laut Austrittsbericht vom 28. Dezember 2017 des Universitätsspitals H._____, Klinik für Traumatologie, war der Versicherte wegen einer mehrfragmentären Nasenbeinfraktur, einer Commotio cerebri und einer degenerativen Veränderung des Kiefergelenks rechts vom 27. bis 29. Dezember 2017 in stationärer Behandlung (IVSTA-act. 73). Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit vom 27. Dezember 2017 bis 21. Januar 2018 bestätigt (IVSTA-act. 74).

9.7 Mit ärztlichem Zeugnis vom 26. März 2018 attestierte Dr. G._____ dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 26. Februar bis 14. April 2018 (BVGer-act. 11 Beilage 9).

9.8 Im Operationsbericht vom 30. August 2018 der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie (...) wurde dem Versicherten eine Nasenatmungsbehinderung rechts bei posttraumatischer Schiefnase nach mehrfragmentärer Nasenbeinfraktur am 28. Dezember 2017 (Nasendeviation nach rechts, Fraktur des knöchernen Nasenseptums mit angrenzendem

Hämatom, Fraktur Spina nasalis anterior), eine Commotio cerebri, eine degenerative Veränderungen des Kiefergelenks rechts (kleine Fraktur) und eine Colitis ulcerosa diagnostiziert. Es bestehe die Indikation zur offenen, funktionellen Rhinoseptumplastik (IVSTA-act. 6).

9.9 Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, bestätigte dem Versicherten am 25. Februar 2020 und in weiteren Attesten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 24. Februar bis 31. Juli 2020 (IVSTA-act. 7, 16, 17, 20, 22; BVGer-act. 11 Beilage 10).

9.10 In ihrem Bericht vom 4. März 2020 diagnostizierte Dr. med. J._____, Fachärztin für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, eine Colitis ulcerosa, Erstdiagnose mindestens 1985 mit initial pankolitischem Befall. Weiter äusserte sie den Verdacht auf eine arterielle Hypertonie. Es werde eine 4-fach Lokalthherapie durchgeführt mit Salofalk und Budenofalk Rektalschaum, Scheriproct Suppositorien, Salofalk 1 g Suppositorien. Eine 2010 erfolgte Knochendichtemessung mit unauffälligem Ergebnis werde wiederholt und eine Koloskopie werde geplant. Weiter bestätigte sie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 4. bis 9. sowie vom 16. bis 20. März (IVSTA-act. 9, 11, 12).

9.11 In ihrem nachfolgenden Bericht vom 16. März 2020 stellte Dr. J._____ die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen ödematös-erosiven distalen Kolitis (distales Sigma und Rektum). Eine Therapie mit Azathioprin sei wieder begonnen worden in Dosierung 150 mg (IVSTA-act. 15).

9.12 Am 28. Juli 2020 attestierte Dr. med. K._____, Fachärztin für Innere Medizin, dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 24. Februar bis 25. August 2020 (IVSTA-act. 25).

9.13 In seinem Bericht vom 9. Oktober 2020 stellte Dr. L._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Diagnosen Adhäsive Kapsulitis Stadium 2b rechtes GHG (Vorstellungsgrund und Schmerzquelle), Partialdefekt der Rotatorenmanschette pars Supraspinatus rechts (nicht Vorstellungsgrund und nicht Schmerzquelle), Skapuladyskinesie und Pectoralisverkürzung rechts, Colitis ulcerosa. Die Beweglichkeit der rechten Schulter sei konzentrisch 70 % eingeschränkt. Die Bildgebung habe einen Gelenkerguss rechts mit einer C-C-Abstand rechts von 7 mm zu links 1,7 mm ergeben. Die Rotatorenmanschette sei in ihrer Kontinuität zwar erhalten, zeige aber einen Partialdefekt der Supraspinatussehne rechts von 50 % der Sehnendicke über 15 x 10 mm. Zusätzlich zeigten sich rechts zwar

kleine Kalkdepots von 3 x 2 mm Grösse. Das rechte GHG sei nach ausführlicher Aufstellung, Chancen, Risiken und Alternativen mit 10 ml Carbostesin 0,25 % plus 10 mg Triamcinolon Zusatz infiltriert worden. Daraufhin sei der Schmerz zurückgegangen. Dies sei nur eine Startbehandlung und zur Schmerztherapie keine kausale Therapie, da es keine kausale Therapie gegen dieses autoaggressive immunogene rheumaartige Geschehen gebe (IVSTA-act. 82). Im nachfolgenden Bericht vom 15. Januar 2021 stellte Dr. L._____ dieselben Diagnosen. Der Befund sei zeitgerecht, die Beweglichkeit aber noch schlecht (IVSTA-act. 84).

9.14 Am 12. Oktober 2020 attestierte Dr. K._____ eine Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres (IVSTA-act. 29, 28 S. 2).

9.15 Gemäss sozialmedizinischer gutachterlicher Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit vom 10. November 2020 betrage die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weniger als 3 Stunden täglich, voraussichtlich während über sechs Monaten, aber nicht auf Dauer. Es bestehe wohl auch noch längerfristig keine ausreichende Belastbarkeit für eine berufliche Massnahme (IVSTA-act. 30, 31).

9.16 In ihrem ärztlichen Attest vom 27. April 2021 (IVSTA-act. 85) hielt Dr. K._____ fest, dass der Beschwerdeführer unter einer Colitis ulcerosa, einer Adhäsiven Kapsulitis Stadium 2b des rechten Schultergelenks und einem Partialdefekt der Rotatorenmanschette leide. Seit Diagnostizierung der Colitis ulcerosa im Jahr 1983 seien multiple Behandlungsstrategien erfolgt mit teilweisen Remissionen und immer wieder erneuten Schüben. Die letzte Koloskopie sei am 16. März 2020 erfolgt mit der Diagnosestellung einer leichten bis mittelgradigen ödematös-erosiven distalen Kolitis (Sigma und Rektum). Medikamentös sei der Beschwerdeführer mit Azathioprin eingestellt. Er klage über anhaltende Durchfälle, ab und zu mit Blut. Aus diesem Grund sei er bezüglich seiner Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt. Es bestehe bei ihm weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit.

9.17 Am 7. Februar 2022 attestierte Dr. med. M._____, Facharzt für diagnostische Radiologie, dem Versicherten eine nicht dislozierte Weber-B-Fraktur und eine Teilruptur des vorderen Syndesmosenbandes in den unteren Abschnitten (IVSTA-act. 103).

9.18 RAD-Arzt Dr. N._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 30. Juni 2022 fest, dass sich aus den eingereichten Unterlagen die Diagnosen Colitis ulcerosa (Erstdiagnose 1983) mit/bei:

Frozen shoulder rechts, Status nach lateraler Malleolarfraktur links 2022, Status nach Nasenbeinfraktur 28. Dezember 2017 mit Status nach korrigierender Septumplastik 29. August 2018, Status nach Knie-ASK rechts mit partieller Menishektomie beidseits am 20. Mai 2015 ergeben würden. Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 0 %. Die medizinische Aktenlage sei dürftig. Es seien im Dossier ein Sammelsurium an Berichten und Arztzeugnissen zu finden, die aber keine klaren klinischen Verläufe und objektive Einschätzungen einer langdauernden Arbeitsunfähigkeit aufzeigen würden. Der Versicherte leide unter der chronischen Erkrankung Colitis ulcerosa, die aber entsprechend der vorliegenden Akten als gutartig im Verlauf beschrieben werde mit immer wieder festgestellten Remissionen; daher sei eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit nicht gerechtfertigt. Die restlich aufgeführten Gesundheitsbeeinträchtigungen gemäss Diagnoseliste seien jeweils nur für kurze Zeit für eine Arbeitsunfähigkeit verantwortlich. Eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit sei im Dossier nicht plausibel dargelegt. Somit weise der Versicherte keine langdauernde und invalidisierende Erkrankung im Sinne der IV auf (IVSTA-act. 106).

9.19 In seiner im Rahmen des Beschwerdeverfahrens abgegebene ergänzenden Stellungnahme vom 20. März 2023 führte der RAD aus, die medizinische Dossierlage sei vollständig. Der Versicherte habe im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nur Arztzeugnisse aus den Jahren 2010 bis 2018 beigebracht ohne neue medizinische Erkenntnisse, Untersuchungsberichte oder Diagnosen. Die bisherige RAD-Stellungnahme bleibe daher unverändert (BVGer-act. 19).

10.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht aufgrund einer fehlenden langandauernden und invalidisierenden Erkrankung sowie der Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit abgewiesen hat.

10.1 Vorliegend verzichtete die Vorinstanz auf die Einholung eines externen Gutachtens; sie stützte sich für ihren Entscheid auf die Stellungnahmen des RAD vom 30. Juni 2022 und vom 20. März 2023 (IVSTA-act. 106, BVGer-act. 19).

10.1.1 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem

Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 145 V 97 E. 8.5; 139 V 225 E. 5.2). Die Stellungnahmen des RAD und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

10.1.2 Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3), wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

10.1.3 Zu prüfen ist demnach, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD-Arzt erlaubten, sich ein Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

10.2 Der RAD-Arzt erachtete das Erfordernis einer ausreichenden durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit als nicht erfüllt. Aus den Akten ergibt sich dazu Folgendes:

10.2.1 Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, bestätigte dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zufolge Krankheit vom 24. Februar bis 31. Juli 2020 (IVSTA-act. 7, 16, 17, 20, 22; BVGer-act. 11 Beilage 10). In diesen Zeitraum fällt auch eine Krankschreibung durch Dr. med. J._____, Fachärztin für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, welche am 3. bzw. am 16. März 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 4. bis 9. sowie vom 16. bis 20. März 2020 bestätigte (IVSTA-act. 9, 12).

10.2.2 Dr. med. K._____, Fachärztin für Innere Medizin, attestierte dem Beschwerdeführer am 28. Juli 2020 eine Arbeitsunfähigkeit vom 24. Februar bis 25. August 2020 (IVSTA-act. 25) und am 12. Oktober 2020 eine Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres (IVSTA-act. 29). Im Attest vom 27. April 2021 führte sie zudem aus, dass beim Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit bestehe (IVSTA-act. 85).

10.2.3 Demnach wurde dem Beschwerdeführer von den behandelnden Ärzten eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit vom 24. Februar bis 25. August 2020 und vom 12. Oktober 2020 bis mindestens 27. April 2021 und damit während mehr als acht Monaten innerhalb eines Jahres attestiert. Die Schlussfolgerung des RAD-Arztes, dass keine langdauernde Arbeitsunfähigkeit vorliege, lässt sich angesichts dieser Aktenlage nicht nachvollziehen, zumal aus der RAD-Stellungnahme nicht hervorgeht, aus welchen Gründen nicht auf diese ärztlichen Atteste abzustellen sei.

10.2.4 Im Weiteren äussert sich der RAD-Arzt weder zur Angabe im ärztlichen Attest von Dr. K._____ vom 27. April 2021 (IVSTA-act. 85, vgl. oben E. 9.16), wonach weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, noch zum Hinweis des Beschwerdeführers im Fragebogen für Versicherte, wonach dieser wegen einer Therapie mit Immunsuppressiva bis 2025 arbeitsunfähig sei (IVSTA-act. 92 S. 5). Auch verzichtete der RAD-Arzt darauf, diesbezüglich weitere Abklärungen in die Wege zu leiten. Die Vorinstanz ergänzte das Dossier einzig mit den Akten zu einem späteren, aus Sicht des Beschwerdeführers (IVSTA-act. 104) nicht invaliditätsrelevanten Unfallgeschehen (IVSTA-act. 99, 100, 102 ff.).

10.3 Bezüglich der medizinischen Beurteilung des RAD-Arztes ist Folgendes festzuhalten:

10.3.1 Die medizinischen Stellungnahmen des RAD-Arztes stützen sich auf die in den Akten vorhandenen Berichte der behandelnden Ärzte. Eine

Untersuchung des Beschwerdeführers durch den RAD-Arzt fand nicht statt.

10.3.2 Vorab fällt auf, dass der RAD-Arzt als Facharzt für Allgemeinmedizin nicht über die für eine umfassende Abklärung des vorliegenden medizinischen Sachverhaltes erforderliche Spezialausbildung verfügt. Zwar benötigen RAD-Ärzte nicht zwingend einen spezifischen Facharztstitel, wenn sie lediglich die vorhandenen Akten würdigen, ohne einen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV zu erstellen. Beschränken sie sich jedoch nicht darauf, die ihnen vorliegenden Berichte und Gutachten zu würdigen, sondern nehmen sie eigenständige medizinische Beurteilungen vor, setzt dies eine spezifische fachärztliche Qualifikation voraus (vgl. Urteile des BGer 9C_550/2020 vom 30. November 2020 E. 5.3; 8C_342/2023 vom 7. Dezember 2023 E. 5.7.3 mit Hinweisen). Vorliegend beschränkte sich der RAD-Arzt nicht auf eine Aktenwürdigung. Vielmehr nahm er eine eigenständige medizinische Beurteilung vor, was eine spezifische fachärztliche Qualifikation voraussetzt, zumal seine Beurteilung die Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs bildete.

10.3.3 Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung haben sich die Gutachter an der Umschreibung der Diagnose in den medizinischen Klassifikationssystemen zu orientieren. Überdies haben sie dem diagnoseinhärenten Schweregrad vermehrt Rechnung zu tragen. Weil die Verwaltung und die Gerichte für diese Feststellungen nicht kompetent sind, müssen die Sachverständigen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender sie nachvollziehen können (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und 2.2). Vorliegend fehlen in den RAD-Stellungnahmen sowohl die Bezugnahme auf ein anerkanntes Klassifikationssystem als auch hinreichend konkrete Feststellungen zum diagnoseinhärenten Schweregrad. Die RAD-Stellungnahmen genügen folglich auch in dieser Hinsicht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiswertige Aktenbeurteilung nicht.

10.3.4 Bezüglich der (fachärztlich) diagnostizierten gesundheitlichen Leiden des Beschwerdeführers hält der RAD-Arzt fest, dass die Colitis ulcerosa als gutartig im Verlauf beschrieben werde mit immer wieder festgestellten Remissionen, weshalb sich keine langdauernde Arbeitsunfähigkeit rechtfertige. Die restlichen aufgeführten Gesundheitsbeeinträchtigungen seien jeweils nur für kurze Zeit für eine Arbeitsunfähigkeit verantwortlich

gewesen. Dabei verzichtet der RAD-Arzt jedoch darauf, sich mit den (widersprechenden) Arztberichten detailliert auseinanderzusetzen. Zudem bezeichnet er in seiner ersten Stellungnahme die Aktenlage als dürftig und bemängelt, aus den Akten ergäben sich keine klaren klinischen Verläufe und objektiven Einschätzungen, welche eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit aufzeigen würden (IV-act. 106). In seiner zweiten Stellungnahme bezeichnet er die Aktenlage hingegen als vollständig (BVGer-act. 19). Im Weiteren fehlt es an einer detaillierten Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit. Der Versicherte gab hierzu an, er sei als Angestellter Bäderindustrie für Kasse, Wasserschutz, Sanität, rückwärtigen Dienst und Reinigung in sitzender und stehender Tätigkeit zuständig gewesen (IVSTA-act. 92 S. 3). Gemäss Angaben des letzten Arbeitgebers war der Versicherte für Sicherheit und Ordnung während des Badebetriebes, für Hygiene- und Reinigungsarbeiten sowie für Gartenarbeiten zuständig (IVSTA-act. 98). Aus der RAD-Stellungnahme geht nicht hervor, ob bzw. inwiefern sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auf seine angestammte, als mittelschwer zu qualifizierende Tätigkeit auswirken.

10.3.5 Unter diesen Umständen erscheint die Schlussfolgerung des RAD-Arztes, dass beim Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsfähigkeit vorliege, nicht plausibel begründet. Dabei ist zu beachten, dass mit der Colitis ulcerosa eine Schuberkrankung diagnostiziert wurde. Die unvollständige medizinische Dokumentation lässt keine Beurteilung zu, ob von einem leichten oder schweren Langzeitverlauf auszugehen ist. Unklar bleibt auch, in welchen Abständen und in welcher Intensität die Schübe auftreten bzw. ob mit einer korrekt durchgeführten Therapie die Schubfrequenz verbessert werden kann. Entsprechend lässt sich nicht beurteilen, ob während eines aktiven Schubs die Arbeitsfähigkeit im konkreten Fall gegeben oder teilweise bzw. vollständig aufgehoben ist. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs kann die Frequenz des Stuhlgangs bzw. die Häufigkeit der Entleerungen in akuten Phasen relevant sein (vgl. Urteil des BGer 9C_188/2007 vom 25. Juni 2007 E. 3.2.1 f.). Nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie durch Krankheitsschübe verursacht werden, können zudem einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (vgl. Urteil des BGer 9C_42/2022 vom 12. Juli 2022 E. 4.5). In Nachachtung der Untersuchungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG wäre die Vorinstanz daher verpflichtet gewesen, weitergehende Abklärungen zur gesundheitlichen und erwerblichen Situation des Beschwerdeführers zumindest ab Eintreten der Arbeitsunfähigkeit am 24. Februar 2020 und über den 27. April 2021 hinaus durchzuführen.

10.4 Nach dem Gesagten erweisen sich die (medizinischen) Akten in mehrfacher Hinsicht als unvollständig. Insbesondere fehlen umfassende Abklärungen zur gesundheitlichen Situation bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung und allfälliger Auswirkungen der gesundheitlichen Beschwerden auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die auf einem unvollständig abgeklärten (medizinischen) Sachverhalt beruhenden Stellungnahmen des RAD-Arztes vermögen den beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.

11.

11.1 Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4).

11.1.1 Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten sowie weiterer sachverhaltsrelevanter Angaben wie Freizeitaktivitäten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Gastroenterologie und Orthopädie erforderlich. Genauer abzuklären ist zudem die Situation bezüglich der geltend gemachten synovagalen Synkopen. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

11.1.2 Die interdisziplinäre Begutachtung hat grundsätzlich in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m ATSV [SR

830.11]; vgl. auch Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

12.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der massgebliche Sachverhalt unvollständig abgeklärt worden ist. Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Dabei ist die Vorinstanz anzuweisen, den Beschwerdeführer in der Schweiz zumindest durch Fachärzte in den Disziplinen Gastroenterologie und Orthopädie begutachten zu lassen. Zu untersuchen ist zudem die Situation bezüglich der geltend gemachten synovagalen Synkopen. Der Beizug weiterer Fachärzte ist in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter zu stellen.

13.

13.1 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). Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind demnach keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Damit entfaltet die Guttheissung des Gesuchs um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung mit Zwischenverfügung vom 2. März 2023 (BVGer-act. 12) keine Wirkung. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

13.2 Dem nicht anwaltlich vertretenen obsiegenden Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG *e contrario*).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 2. September 2022 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

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

Fiona Schneider

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: