



Urteil vom 12. November 2025

Besetzung

Richter Philipp Egli (Vorsitz),
Richter David Weiss, Richterin Selin Elmiger-Necipoglu,
Gerichtsschreiberin Martina Filippo.

Parteien

A. _____, Ungarn,
vertreten durch lic. iur. Nicolai Fullin, Advokat,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 9. November 2022.

Sachverhalt:**A.**

A._____ (Beschwerdeführer), geboren am (...) 1955, ist Schweizer Staatsangehöriger, verheiratet und Vater zweier Kinder (geb. 1998 und geb. 2000; Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [IVSTA-act.] 3 S. 8). Er lebte bei Erlass der angefochtenen Verfügung in Frankreich (IVSTA-act. 461, 469). Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) der Ausgleichskasse B._____ (Stand: 9. Juni 2006) entrichtete der Beschwerdeführer in den Jahren 1995 bis 2005 in der Schweiz Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; IVSTA-act. 9).

B.

B.a Am 15. Mai 2006 meldete sich der Beschwerdeführer aufgrund diverser Gelenksbeschwerden vorwiegend im Nacken und Rücken sowie einer chronischen Hauterkrankung (Psoriasis) bei der IV-Stelle des Kantons B._____ (IV-Stelle) erstmals zum Leistungsbezug an (IVSTA-act. 3). Als zuletzt ausgeübte Tätigkeit gab der Beschwerdeführer auf der IV-Anmeldung Manager/Betriebsleiter und Broker/Makler/Verwaltungsrat in der C._____ AG an, deren Verwaltungsratspräsident (mit Einzelunterschrift) der Beschwerdeführer seit der Eintragung ins Handelsregister am 22. April 2003 bis Ende 2006 war (IVSTA-act. 3; vgl. Auszüge aus den Handelsregistern der Kantone B._____ und D._____ [<https://bl.chregister.ch> und <https://zg.chregister.ch>, abgerufen am 12. November 2025]).

B.b Da die eingereichten medizinischen Unterlagen als Entscheidungsgrundlage nicht ausreichten (IVSTA-act. 52, 66, 70, 84, 89, 96, 101), ordnete die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten an (IVSTA-act. 111). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht B._____ mit Urteil vom 29. August 2013 ab (IVSTA-act. 122). Zu dem von der IV-Stelle angeordneten Begutachtungstermin am 17. März 2015 erschien der Beschwerdeführer nicht (IVSTA-act. 124, 126, 151, 158, 164, 190).

B.c Am 31. März 2015 übermittelte die IV-Stelle das gesamte Dossier der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Vorinstanz oder IVSTA; IVSTA-act. 174-178, 190, 192), da der Beschwerdeführer zwischenzeitlich ins Ausland umgezogen war (vgl. IVSTA-act. 38). Die Vorinstanz hielt in Absprache mit ihrem ärztlichen Dienst an der Notwendigkeit einer polydisziplinären Begutachtung fest (vgl. IVSTA-act. 193, 196, 199, 217, 218). Nachdem der Beschwerdeführer nach Durchführung des Mahn- und

Bedenkzeitverfahrens (IVSTA-act. 245) nicht zum Untersuchungstermin erschienen war, verweigerte die Vorinstanz mit Verfügung vom 14. April 2016 jegliche Leistungen der Invalidenversicherung (IVSTA-act. 251).

B.d Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer am 17. Mai 2016 Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht (IVSTA-act. 259). Dieses wies die Beschwerde mit Urteil C-3073/2016 vom 17. Januar 2019 ab, soweit es darauf eintrat.

C.

C.a Mit Neuanmeldung vom 25. August 2016 (= Replik im Verfahren C-3073/2016; IVSTA-act. 277, 284) und Mitteilung vom 17. April 2019 erklärte sich der Beschwerdeführer grundsätzlich bereit, sich vom Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) in (...) begutachten zu lassen (IVSTA-act. 286).

C.b Am 24. Juni 2019 erteilte die Vorinstanz dem ZMB den Auftrag zur Begutachtung des Beschwerdeführers in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie, Kardiologie, Dermatologie und Psychiatrie (IVSTA-act. 296, vgl. auch 297). Die Begutachtung war ursprünglich in der Woche vom 15. Juni 2020 vorgesehen (IVSTA-act. 321), musste aber aufgrund der Covid19-Massnahmen mehrfach verschoben werden (IVSTA-act. 337, 341, 399, 422).

C.c Nach erneutem Aufgebot vom 18. Januar 2022 (IVSTA-act. 426) fand die Begutachtung schliesslich in der Woche vom 21. März 2022 beim ZMB in (...) statt (IVSTA-act. 444). Die Sachverständigen kamen im Gutachten vom 22. Juni 2022 zum Schluss, es lägen einerseits somatische Befunde und somatisch erklärbare Beschwerden vor, andererseits könne aber durch diese somatischen Befunde vor allem das neurologische Bild, bestehend formal aus einer Monoplegie des rechten Armes in Kombination mit einer Paraplegie der Beine, nicht erklärt werden. Aus psychiatrischer Sicht seien gewisse Anteile im Rahmen einer undifferenzierten Somatisierungsstörung erklärbar. Es würden sich aber auch bewusstseinsnahe Anteile zeigen, etwa dass sich der Beschwerdeführer einer detaillierten Untersuchung entzogen habe und weiterhin entziehe. Es sei auch davon auszugehen, dass ein sekundärer Krankheitsgewinn bestehe (IVSTA-act. 444 S. 9 f.). Die Sachverständigen attestierten dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 8.5 Stunden pro Tag bei einer Rendement-Reduktion von 30 % in der Tätigkeit als Anlageberater (IVSTA-act. 444 S. 13).

C.d Nach Rücksprache mit dem ärztlichen Dienst (IVSTA-act. 449) stellte die Vorinstanz mit Vorbescheid vom 26. August 2022 die Ablehnung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IVSTA-act. 450). Es bestehe eine Gesundheitsbeeinträchtigung, die ab dem 6. November 2014 eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 30 % verursache. Die notwendigen Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der Invalidenversicherung seien nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer erhob am 29. September 2022 Einwand gegen den Vorbescheid (IVSTA-act. 455). Am 9. November 2022 verfügte die Vorinstanz die Ablehnung des Leistungsgesuchs des Beschwerdeführers und bestätigte die seit 6. November 2014 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 30 % (IVSTA-act. 469).

D.

Der Beschwerdeführer erreichte am (...) 2020 das ordentliche Rentenalter. Am 10. Februar 2020 meldete er sich zum Bezug einer AHV-Altersrente an, die er seit dem 1. März 2020 erhält (IVSTA-act. 319, vgl. auch BVGer-act. 3 Beilage 1; Urteil des BVGer C-4891/2021 vom 23. August 2022 Bst. B.d).

E.

E.a Mit Eingabe vom 12. Dezember 2022 erhob der Beschwerdeführer, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. November 2022 und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen zu leisten. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zum Verlauf und zur aktuellen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zu tätigen. Zudem beantragte der Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung durch Advokat Nicolai Fullin (BVGer-act. 1).

Der Beschwerdeführer machte im Wesentlichen die Unvollständigkeit des Gutachtens geltend, da nicht alle geklagten Beschwerden berücksichtigt und die Vorakten nur ungenügend gewürdigt worden seien. Die Schlussfolgerungen – insbesondere der Verlauf der attestierten Arbeitsfähigkeit – seien nicht oder nur ungenügend begründet (BVGer-act. 1).

E.b Am 24. Januar 2023 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung durch Advokat Nicolai Fullin gut (BVGer-act. 5).

E.c Mit Vernehmlassung vom 10. Februar 2023 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 7). Eine Verletzung der Abklärungspflicht liege nicht vor.

E.d Mit Replik vom 5. Mai 2023 und Duplik vom 7. Juni 2023 hielten die Verfahrensbeteiligten an ihren Anträgen fest (BVGer-act. 13, 15). In der Folge schloss der Instruktionsrichter am 12. Juni 2023 den Schriftenwechsel (BVGer-act. 16).

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 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 VwVG [SR 172.021]; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher – nachdem dem Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 24. Januar 2023 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde – einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 9. November 2022, mit welcher die Vorinstanz den Antrag des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abgelehnt hat (IVSTA-act. 469).

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 9. November 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 Verfügungsverfügung sein (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.).

3.2 Nach den allgemeinen Grundsätzen des – materiellen – intertemporalen Rechts sind bei einer Rechtsänderung in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 150 V 323 E. 4.1). Da vorliegend ein Rentenanspruch zu prüfen ist, der spätestens mit dem Entstehen des Anspruchs auf eine Altersrente per März 2020 erloschen ist (Art. 30 IVG; vgl. Bst. D. vorstehend), gelangen die im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» erst per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im IVG und in der IVV (SR 831.201) nicht zur Anwendung (AS 2021 705).

3.3 Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsangehöriger und hatte bei Erlass der angefochtenen Verfügung seinen Wohnsitz in Frankreich (IVSTA-act. 469, vgl. auch IVSTA-act. 324). 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). Unter Vorbehalt der gemeinschafts- bzw. abkommensrechtlichen Vorgaben – welche vorliegend nicht relevant sind – richtet sich auch das Verfahren nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 141 V 246 E. 2.2; BGE 137 V 282 E. 3.3; BGE 130 V 51 ff.).

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

4.2.1 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). 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). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Auskunfts- und Mitwirkungspflichten der leistungsansprechenden Personen (vgl. Art. 28 und Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2; 122 V 158 E. 1a). Soweit ärztliche und fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, haben sich die versicherten Personen diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG).

4.2.2 Eine unentschuld bare Verletzung der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten der leistungsansprechenden Personen kann nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren einen Entscheid aufgrund der Akten oder Nichteintreten zur Folge haben (Art. 43 Abs. 3 ATSG). Voraussetzung der Sanktion ist, dass die Mitwirkung, die verlangt wurde, rechtmässig war, und dass die Verletzung in unentschuldbarer Weise erfolgte. Anders verhält es sich, wenn die Verletzung der Mitwirkungspflicht auf entschuld baren Gründen beruht, etwa weil sie der versicherten Person nicht zugerechnet werden kann, da sie krankheitshalber oder aus anderen Gründen nicht in der Lage war, ihren Pflichten nachzukommen (vgl. Urteil des BGer 9C_994/2009 vom 22. März 2010 E. 5.2; vgl. Urteile des BVGer C-5454/2016 vom 8. Juni 2017 E. 4.2; C-4166/2014 vom 1. Oktober 2015 E. 3.6 mit Hinweis auf Urteil des BGer 9C_28/2010 vom 12. März 2010).

4.2.3 Per 1. Januar 2008 hat der Gesetzgeber in der Invalidenversicherung mit Art. 7b IVG eine besondere Sanktionsregelung eingeführt (AS 2007 5129): Gemäss Art. 7b Abs. 1 IVG können die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht

nachgekommen ist. Art. 7b Abs. 2 IVG enthält vier abschliessend aufgezählte Tatbestände, die, wenn erfüllt, die IV-Stelle berechtigen, die Leistungen in Abweichung von Art. 21 Abs. 4 ATSG unverzüglich und ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren zu kürzen oder zu verweigern. Es sind dies die Verletzungen der Auskunfts-, Melde- und Anmeldepflicht sowie die unrechtmässige Leistungserwirkung mitsamt dem Versuch dazu.

Die Rechtsprechung hat den Anwendungsbereich von Art. 7b Abs. 2 IVG auf Fälle qualifizierter Pflichtverletzung beschränkt, z.B. strafrechtlich relevante Betrugshandlung oder wenigstens bewusste Verfälschung medizinischer Untersuchungsergebnisse, etwa durch Vortäuschen eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes mit dem Ziel, Versicherungsleistungen zu erschleichen (Urteil des BGer 8C_743/2018 vom 27. Mai 2019 E. 5.2.2 m.w.H.). Eine qualifizierte Pflichtverletzung kann nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis auch vorliegen, wenn die versicherte Person trotz mehrmaliger Ermahnungen über einen längeren Zeitraum immer wieder gegen ihre Mitwirkungspflicht verstossen hat und durch ihr anhaltend unkooperatives Verhalten erkennen lässt, dass sie auch künftig nicht bereit sein wird, an für sie zumutbaren Massnahmen mitzuwirken (Art. 7b Abs. 2 Bst. d IVG; vgl. Urteil des BGer 9C_533/2020 vom 4. März 2021 E. 4.2.2; Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 5009). Ausserhalb qualifizierter Pflichtverletzungen ist selbst bei unentschuldbarer Verletzung der Mitwirkungspflicht zunächst das Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen (Urteil des BVGer C-5028/2020 vom 16. September 2024 E. 10.3 m.w.H.).

4.2.4 Die Regelungen von Art. 43 Abs. 3 ATSG und Art. 7b Abs. 1 IVG sind grundsätzlich nebeneinander anwendbar (Urteile des BGer 9C_744/2011 vom 30. November 2011 E. 5.1; 9C_370/2013 vom 22. November 2013 E. 3, je mit Hinweisen).

4.3 Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 148 V 397 E. 3.3; 146 V 51 E. 5.1).

4.4 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle (oder des Sozialversicherungsgerichts) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen

gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil des BGer 9C_527/2024 vom 18. März 2025 E. 4.3; Urteil des BVGer C-6975/2024 vom 5. Mai 2025 E. 3.5).

4.5 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).

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). Vorliegend ist die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt (vgl. IK-Auszug in IVSTA-act. 9).

5.2 Ferner ist gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG für den Anspruch auf eine Invalidenrente vorausgesetzt, dass der Beschwerdeführer seine Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann (Bst. a), dass er während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (Bst. b) und dass er nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) ist (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

5.3 Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann 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. Lebensjahres folgt. Er erlischt mit der

Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung oder mit dem Tod des Berechtigten (Art. 30 IVG).

5.4 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).

5.5

5.5.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Bei diesem Einkommensvergleich hat die Bestimmung sowohl des Validen- wie auch des Invalideneinkommens nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung so konkret wie möglich zu geschehen. Auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte darf nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 150 V 410 E. 9.5.1 m.w.H.).

5.5.2 Entsprechend diesen Grundsätzen ist für die Ermittlung des Valideneinkommens primär entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (BGE 135 V 58 E. 3.1; 131 V 51 E. 5.1.2). Dabei wird in der Regel am zuletzt vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1).

5.6

5.6.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können bzw. bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit 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 (BGE 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).

5.6.2 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.).

5.6.3 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). 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 (Urteil des BGer 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).

5.6.4 Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärztinnen und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen oder 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 zur Patientin oder 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 die allgemein praktizierende Hausärztin wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 m.H.). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärztinnen und 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.; 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).

5.6.5 Von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte 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; 135 V 465 E. 4.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten medizinischen Sachverständigen andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärztinnen und

Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_302/2024 vom 20. Dezember 2024 E. 8.3.4 mit Hinweis auf nicht publ. E. 6.2 des Urteil BGE 142 V 342, veröffentlicht in SVR 2016 IV Nr. 41 S. 131; SVR 2023 IV Nr. 17 S. 57, 8C_150/2022 E. 12.3; Urteil 8C_174/2023 vom 5. Oktober 2023 E. 5.3.1). Die medizinischen Sachverständigen haben sich im Rahmen ihrer eigenen Beurteilung mit den wesentlichen Vorakten zu befassen, soweit die betreffenden Stellungnahmen – abhängig von ihrem Entstehungskontext – hinreichend substantiiert und nicht unter einem anderen Aspekt offenkundig vernachlässigbar sind. Dass und inwiefern die Sachverständigen die Vorakten bei der Untersuchung in ihre Überlegungen einbeziehen, muss im Text des Gutachtens zum Ausdruck kommen. Die Ausführungen müssen umso ausführlicher ausfallen, je grösser allfällige Divergenzen sind und je unmittelbarer sie für die zu klärenden Belange bedeutsam sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.4).

5.6.6 Gemäss BGE 141 V 281 E. 2.2.1 liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, *soweit* die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (Urteil des BGer 8C_491/2023 vom 25. März 2024 E. 4.3.1 m.w.H.). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287; Urteil des BGer 8C_52/2019 vom 30. April 2019 E. 2.2). Ob ein Ausschlussgrund vorliegt, bedarf einer sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des BGer 9C_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1). Eine Aggravation zeichnet sich aus durch eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden, indem tatsächlich vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels (im hier interessierenden Kontext die Zusprechung einer Rente) verstärkt werden (Urteil des BVGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2). Die Feststellung von Aggravation ist grundsätzlich Sache der psychiatrischen Fachärztin respektive des psychiatrischen Facharztes (Urteil des BGer 8C_193/2024 vom 6. August 2024 E. 6.2.2 m.w.H.).

6.

6.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ergibt sich aus den medizinischen Akten im Wesentlichen was folgt:

6.1.1 Mit Untersuchungen vom 29. November und 3. Dezember 2004 stellte Dr. med. E._____, Spezialarzt für Neurologie (...), beim Beschwerdeführer neben der seit 1986 bestehenden Psoriasis vulgaris ein deutliches Cervikalsyndrom mit Sensibilitätsstörungen in den oberen Extremitäten sowie im Bereich beider Fussrücken mit unklarer Ätiologie fest (IVSTA-act. 346). Zudem liegen Röntgenbilder der Halswirbelsäule, erstellt am 23. Juni 2004, und der Lendenwirbelsäule, erstellt am 1. Oktober 2004, vor (IVSTA-act. 387, 388).

6.1.2 Am 27. Mai 2005 wurde im Auftrag der F._____, Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft, ein rheumatologisches Gutachten durch Dr. med. G._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie (...), erstellt (IVSTA-act. 69 S. 5 ff.). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein chronisches cervikal und lumbal akzentuiertes vertebrogenes Schmerzsyndrom, psoriasis-assoziierte Spondylarthropathie mit entzündlich-achsenskelettären und intermittierenden linksseitigen gonarthritischen Veränderungen sowie beginnende Arthrose im oberen rechten Sprunggelenk. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Meralgia paraesthetica am rechten Oberschenkel gestellt. Aus der Schmerzanamnese konnte nicht definitiv entschieden werden, ob es sich um ein chronisch-entzündliches Krankheitsbild des Bewegungsapparates (Psoriasis-Arthropathie) handelte oder um rein degenerative Veränderungen. Mittelschwere und schwere Arbeiten seien bleibend zu 0 % zumutbar, in einer leidensangepassten leichten Tätigkeit erscheine eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit zumutbar, dies in der jetzigen Tätigkeit als Manager. Dr. med. G._____ hielt die Durchführung eines psychiatrischen Gutachtens für indiziert.

6.1.3 Mit Untersuchungsbericht vom 9. September 2005 wurde von Dr. H._____, Chiropraktorin (...), erstmals der Verdacht auf Morbus Forestier aufgrund der Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers und des Magnetresonanztomographiebefundes aus dem Jahr 2004 geäußert (IVSTA-act. 347; siehe auch IVSTA-act. 12 S. 43).

6.1.4 Dr. med. I._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie (...), diagnostizierte am 11. November 2005 ein chronisches Schmerzsyndrom mit cervico-thorakal betontem Panvertebralsyndrom, Oligoarthralgien im Bereich der Fingergelenke und des rechten Knies, beidseitige Coxarthrose sowie die seit 1986 bestehende Psoriasis vulgaris (IVSTA-act. 47 S. 11). Er fand jedoch keine Hinweise auf eine diesen Beschwerden

zugrundeliegende entzündliche Erkrankung und empfahl einen stationären Rehabilitationsaufenthalt sowie weitere radiologische Aufnahmen.

6.1.5 Mit Bericht vom 8. August 2006 diagnostizierte Dr. med. J. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie (...), Morbus Forestier, Polyarthralgien, Polymyalgien und Arthrose und schrieb den Beschwerdeführer ab 22. April 2005 bis auf weiteres arbeitsunfähig (IVSTA-act. 6).

6.1.6 Weiter liegt ein bidisziplinäres Gutachten des Spitals K. _____ für die L. _____ Rechtsschutz-Versicherungs-AG, vom 3. Dezember 2007 bei den Akten (IVSTA-act. 69 S. 21 ff.), wobei eine zusätzlich vorgesehene neurologische Begutachtung aufgrund des Nichterscheinsens des Beschwerdeführers nicht durchgeführt werden konnte. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit attestierte Prof. Dr. med. M. _____, Facharzt für Rheumatologie (...), eine Psoriasis vulgaris mit peripherem Gelenksbefall, ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom und eine Arthrose des oberen Sprunggelenks. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte er anamnestisch eine Penicillin-, Pollen- und Hausstauballergie fest. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Manager (leichte Tätigkeit, die häufige Positionswechsel erlaube) zu 50 % arbeitsfähig. Mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien bleibend zu 0 % zumutbar. Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie (...), hielt in seinem Teilgutachten fest, es liege mit knapp überwiegender Wahrscheinlichkeit eine undifferenzierte Somatisierungsstörung vor. Aus psychischer Sicht liege die zu attestierende Minderung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit deutlich unter 50 %. Die Gutachter hielten fest, dass diese Minderung nicht additiv zur somatisch attestierten Minderung um 50 % verrechnet werden könne.

6.1.7 Dr. med. O. _____, Facharzt für Neurologie (Deutschland), berichtete am 14. Januar 2009 über eine Polyarthrose bei Psoriasis mit generalisiertem chronischem Gelenkschmerz, ein Karpaltunnelsyndrom rechts, eine symmetrische sensible Polyneuropathie und ein chronisches, überwiegendes cervikogenes Kopfschmerzsyndrom (IVSTA-act. 65 S. 11). Auch rapportierte er am 21. Februar 2009 ein komplexes Beschwerdebild, überlagert durch eine psychiatrische Problematik und schlug eine Operation des Karpaltunnelsyndrom rechts vor. Ausser dem Karpaltunnelsyndrom bestehe neurologisch kein richtungsweisender Befund. In der Magnetresonanztomographie der HWS würden sich degenerative Veränderungen, jedoch keine cervicale Myelopathie darstellen (IVSTA-act. 65 S. 8).

6.1.8 Dr. med. P._____, Facharzt für Orthopädie (Deutschland), erkannte am 26. Januar 2009 zwar ein komplexes, seit Jahren bestehendes Krankheitsbild, fand aber kein ausreichendes organisches Korrelat. Der Morbus Forestier könne auch als Symptom einer anderen Grunderkrankung und als Komorbidität auftreten. Er schlug deshalb eine rheumatologische und neurologische Schmerztherapie gegebenenfalls unter stationären Bedingungen vor (IVSTA-act. 65 S. 13).

6.1.9 Am 4. Februar 2009 berichtete Dr. med. Q._____, Facharzt für Radiologie und Neuroradiologie (Deutschland), eine ausgeprägte degenerative Veränderung der Halswirbelsäule, jedoch keine spinale Enge und auch keine Myelopathie sowie keine entzündlichen oder destruktiven Veränderungen in der oberen Halswirbelsäule (IVSTA-act. 350).

6.1.10 Dr. med. R._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Deutschland), hielt am 15. Februar 2009 eine reaktive depressive Entwicklung bei chronischem Schmerzsyndrom bei Psoriasisarthritis, Morbus Forestier und Arthrosen fest (IVSTA-act. 65 S. 11 f.).

6.1.11 Gemäss ärztlichem Bericht E213 vom 9. Mai 2009 zuhanden der IV-Stelle, ausgefertigt durch Prof. Dr. S._____, Allgemeinpraktiker (Deutschland) und damaliger Hausarzt des Beschwerdeführers, sei der Beschwerdeführer auf Dauer vollständig arbeitsunfähig (IVSTA-act. 65, S. 1 ff.).

6.1.12 In der sozialmedizinischen Beurteilung der Bundesagentur für Arbeit hielt Dr. med. T._____, Arzt der Agentur für Arbeit (Deutschland), am 7. Oktober 2010 fest, dass derart schwere Leistungseinschränkungen beim Beschwerdeführer vorliegen würden, dass ihm dauerhaft keine Tätigkeiten unter arbeitsmarktlichen Bedingungen mehr zugemutet werden könnten (IVSTA-act. 356).

6.1.13 Dr. med. U._____, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin (Deutschland), diagnostizierte am 9. Februar 2012 ein chronisches Schmerzsyndrom, Immobilisationssyndrom, chronisches degeneratives Cervikalsyndrom mit Cephalgie, Morbus Forestier, Polyneuropathie, Polyarthralgie, Psoriasis vulgaris und eine rezidivierende segmentale Funktionsstörung der Wirbelsäule (IVSTA-act. 358).

6.1.14 Dr. med. V._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (Deutschland), attestierte in seiner ärztlichen Bescheinigung vom 26. Februar 2014 die Transportunfähigkeit des Beschwerdeführers (IVSTA-

act. 127 S. 3 f.). Er begründete diese mit der schweren Form einer Psoriasisarthropatie mit Befall der Wirbelsäule und der grossen Körpergelenke, wobei eine weitgehende ossäre Destruktion der HWS im Vordergrund stehe.

6.1.15 Dr. med. W._____, Fachärztin für Dermatologie, Venerologie und Allergologie (Deutschland), berichtete am 26. Juni 2014, dass der Beschwerdeführer an einer Maximalvariante einer Psoriasis vulgaris mit Psoriasisarthritis leide. Wegen schwerer degenerativer Spondylitiden im Bereich der Wirbelsäule und den resultierenden Nervenausfällen sei er seit 2010 an den Rollstuhl gefesselt. Die starken Erkrankungsschübe gingen mit einer Erythrodermie einher. Es läge ein komplexes Bild einer oder mehrerer Autoimmunerkrankungen vor, die sich an verschiedenen Organen, am Bewegungsapparat und massiv an der Haut manifestierten (IVSTA-act. 132 S. 30 f.).

6.1.16 Am 13. August 2014 wurden Röntgenaufnahmen der Hals-, der Brust- und der Lendenwirbelsäule des Beschwerdeführers sowie eine Beckenübersicht und Röntgenbilder der Kniegelenke durch Dr. med. X._____, Facharzt für diagnostische Radiologie (Deutschland), erstellt (IVSTA-act. 136 S.4). Gemäss Stellungnahme von Dr. med. V._____, vom 22. August 2014 würden die Röntgenaufnahmen die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden und die beobachteten Funktionseinschränkungen erklären (IVSTA-act. 136 S. 3).

6.1.17 Am 30. Oktober 2014 begutachtete Dr. med. V._____ den Beschwerdeführer und erstellte am 6. November 2014 ein Privatgutachten zuhanden der IV-Stelle. Er attestierte dem Beschwerdeführer seit Ende 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab Mitte 2005 eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IVSTA-act. 146; vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-3073/2016 vom 17. Januar 2019 E. 5.2.4.1 und E. 5.3.4.2, wonach das Privatgutachten in mehrfacher Hinsicht nicht die Anforderungen an den Beweiswert erfüllt).

6.1.18 Die RAD-Ärztin pract. med. Y._____ ging am 9. September 2014 mit Dr. med. W._____ einig, dass eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes stattgefunden habe, was eine intensive Behandlung und Hautpflege bei Psoriasis notwendig mache, jedoch weder eine relevante und dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes noch eine Reise- und Transportunfähigkeit begründe (IVSTA-act. 133). Auch stimmte der RAD den Befundbeschreibungen von Dr. V._____ und

Dr. X._____ zu, erkannte aber keine neurologischen Funktionsstörungen durch auffällige Formveränderungen etwa im Bereich des Spinalkanals oder der Neuroforamina (IVSTA-act. 138-140).

6.1.19 Am 25. Juni 2015 ging ein Schreiben von Dr. med. Z._____, Facharzt für Allgemeinmedizin (Deutschland) und neuer Hausarzt des Beschwerdeführers, an die Deutsche Rentenversicherung. Im Schreiben verwies er bezüglich Erkrankungen auf einen (nicht bei den Akten liegenden) Arztbrief von Dr. med. V._____ vom 28. Februar 2014 an die Deutsche Rentenversicherung und hielt fest, die depressive Symptomatik des Beschwerdeführers sei stark ausgeprägt, teilweise auch verursacht durch die nicht genehmigte Rente (IVSTA-act. 204).

6.1.20 Am 23. Februar 2016 bescheinigte Dr. med. V._____ erneut die Transportunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund einer schweren Form der Psoriasisarthropathie mit Befall der Wirbelsäule (IVSTA-act. 236).

6.1.21 Dem Entlassbericht von Dr. med. Aa._____, Facharzt für Innere Medizin (Deutschland), vom 18. November 2016, sowie dem Endbericht der Ärztelaborgemeinschaft (...) vom 5. Dezember 2016 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 19. November 2016 eine hypertensive Entgleisung mit Epistaxis erlitten hat (IVSTA-act. 372, 373).

6.2 Für den Zeitraum ab 2017 sind keine weiteren Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte aktenkundig. Ausgenommen ist ein ärztliches Attest von Dr. med. Bb._____, Internist und Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, vom 30. Juli 2019, in dem er sich – nach mehrmaliger Aufforderung der Vorinstanz, die aktuellen medizinischen Unterlagen seit dem 23. Februar 2016 zuzustellen (IVSTA-act. 299, 303, 306, 309; siehe auch IVSTA-act. 308) – zur Transport(un)fähigkeit des Beschwerdeführers äusserte (IVSTA-act. 374).

6.3

6.3.1

Mit interdisziplinärem MEDAS Gutachten vom 22. Juni 2022 (Disziplinen: Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Dermatologie, Kardiologie und Psychiatrie) stellten die Sachverständigen des ZMB gestützt auf die Untersuchungen in der Woche vom 21. März 2022 folgende Diagnosen (IVSTA-act. 444 S. 11 f.):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Undifferenzierte Somatisierungsstörung
- Residuelles schweres Karpaltunnelsyndrom rechts (dominant)
 - Status nach Karpalkanalspaltung vor Jahren
- Psoriasisarthritis mit
 - axialem Befall. z.T. ankylosierend v.a. an der HWS, und leicht destruierendem peripherem Gelenkbefall
- Chronische Lumbovertebralsyndrom bei
 - degenerativen Veränderungen gemäss Akten v.a. L5/S1
- Radiologische Hinweise für diffuse idiopathische skelettale Hyperostose an HWS und Beckenring)

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Mässiggradiges bis mittelschweres Karpaltunnelsyndrom links
- Distal-symmetrische sensomotorische Polyneuropathie an den Beinen unklarer Ursache
- Posttraumatische OSG-Arthrose rechts nach anamnestisch konservativ behandelte Fraktur als 21-Jähriger
- Eingeschränkte Hüftgelenksbeweglichkeit
 - am ehesten Folge von radiologisch nachgewiesener Prädisposition für femoroacetabuläres Impingement-Syndrom beidseits
- Primäre leichte Fingerpoly- und Rhizarthrosen
- Unklarer Röntgenbefund im rechten Femur (EO 23.03.22)
- Verdacht auf arterielle Hypertonie
- Verdacht auf obstruktives Schlafapnoesyndrom
 - Epworth Sleepiness Scale vom 22.03.2022: 13/24 Punkte
- Übergewicht (BMI 27,6)

In der Gesamtbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, dass eindeutig somatische Befunde und damit auch somatisch erklärbare Beschwerden vorliegen würden, konkret die Psoriasisarthritis mit versteifendem axialen und auch vorhandenem peripheren Gelenkbefall mit leichten bis höchstens mässiggradigen postentzündlichen Veränderungen, andererseits auch degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule sowie Hinweise für eine diffuse idiopathische Skeletthyperostose, des Weiteren ein schwerer Residualzustand eines Karpaltunnelsyndroms auf der dominanten rechten Seite und eine distal-symmetrisch sensomotorische Polyneuropathie an beiden Beinen. Durch die somatischen Befunde könne aber vor allem das neurologische Bild einer Monoplegie des rechten Armes in Kombination mit einer Paraplegie der Beine nicht erklärt werden (IVSTA-act. 444 S. 9).

Aus psychiatrischer Sicht seien gewisse Anteile im Rahmen einer undifferenzierten Somatisierungsstörung erklärbar und es zeigten sich bewusstseinsnahe Anteile: Der Beschwerdeführer entziehe sich einer detaillierten Untersuchung und blockiere alte Vorbefunde. Es sei auffallend, dass trotz der Schwere des präsentierten Bildes die zur Verfügung stehende medizinische Aktenlage äusserst dürftig sei. So existiere beispielsweise trotz schwerer Triplegie kein neurologischer Untersuchungsbericht. Es sei davon auszugehen, dass ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn bestehe, denn seine Ehefrau betreue ihn rundum (IVSTA-act. 444 S. 9 f.). Die undifferenzierte Somatisierungsstörung bewirke, dass der Beschwerdeführer vermehrt unter den prinzipiell somatisch erklärbaren Beschwerden (Schmerzen im Nacken, Funktionseinschränkung rechte Hand und beide Beine) leide, er benötige somit vermehrt Pausen und sei als Folge der Schmerzen weniger belastbar. Das Durchhaltevermögen sei eingeschränkt (IVSTA-act. 444 S. 12).

6.3.2 Im Teilgutachten der Inneren Medizin attestierte Dr. med. Cc._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, einen bereits seit längerem bekannten erhöhten Blutdruck, der wegen diverser Medikamentenunverträglichkeiten aber nicht behandelt werde. Bei Bedarf nehme der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben einen ACE-Hemmer oder einen Kalziumantagonisten. Bei der Untersuchung seien die Blutdruckwerte deutlich zu hoch gewesen. Nächtliche Schnarchgeräusche sowie eine pathologisch erhöhte Tagesschläfrigkeit wiesen auf ein Schlafapnoesyndrom hin mit möglichen negativen Auswirkungen auf den Blutdruck. Aus rein internistischer Sicht, ohne Berücksichtigung der Leiden im Bereich des Bewegungsapparates, bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 444 S. 6 f., S. 29 ff.).

6.3.3 Im rheumatologischen Teilgutachten bestätigte Dr. med. Dd._____, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, die Diagnose einer Psoriasisarthritis mit vorwiegender Manifestation an der Wirbelsäule und entsprechender Einsteifung. Ein peripherer Befall bestehe nicht, ausser leicht an den Hand- und Ellenbogengelenken. Veränderungen an den Halswirbeln sowie die deutlichen Sehnenansatzverkalkungen sprächen für einen wie bereits früher in den Akten erwähnten Morbus Forestier. An den Händen würden sich leichte Arthrosen zeigen. Die eingeschränkte Hüftgelenksbeweglichkeit passe zu einem femoroacetabulären Impingementsyndrom, wobei aufgrund wabenartiger Veränderungen am rechten Femur ein Tumor nicht ausgeschlossen werden könne. Die eingeschränkte Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenks verantworte

eine Atrophie der Wadenmuskulatur. Die Behandlung mit Cosentyx seit drei Jahren habe die Psoriasisarthritis sowie die Psoriasis deutlich stabilisiert. Zudem liege ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen mit früher spondylogener Ausstrahlung beidseits vor. In einer leicht vorwiegend sitzenden Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der Halswirbelsäule sei eine Arbeitsfähigkeit gegeben (IVSTA-act. 444 S. 7 f., S. 40 ff.).

6.3.4 Gemäss Dr. med. Ee._____, Facharzt für Neurologie, sei eine chronische sensomotorische Polyneuropathie an den Beinen und ein Residualzustand eines Karpaltunnelsyndrom rechts objektivierbar. Eine Lähmung des rechten Armes sowie beider Beine sei gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen aus neurologischer Sicht nicht objektivierbar beziehungsweise nicht geklärt. Es sei von einer massiven funktionellen Überlagerung am rechten Arm und beiden Beinen betreffend die sensomotorischen Ausfälle auszugehen. Die Situation sei aber auch als nicht optimal abgeklärt zu beurteilen. Zur besseren Klärung der Situation wollte der Sachverständige eine kernspintomographische Untersuchung der Wirbelsäule durchführen lassen, was jedoch aus zeitlichen Gründen unterblieb. Es bestehe eine 80 %-ige Arbeitsfähigkeit, das heisst, eine mit 20 % zu quantifizierende Verlangsamung aufgrund der residuellen Karpaltunnelproblematik an der dominanten rechten Hand (IVSTA-act. 444 S. 8 f., S. 54, 62).

6.3.5 Im dermatologischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. med. Ff._____, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, eine schwere Plaque-Psoriasis mit Psoriasis-Arthropathie. Dank der Behandlung mit Cosentyx seit 2013 habe sich die Krankheit deutlich gebessert. Körperlich nicht schwere Belastungen seien vollumfänglich zumutbar (IVSTA-act. 444 S. 9, S. 67).

6.3.6 Das kardiologische Teilgutachten bestätigte den erhöhten Blutdruck. Gemäss Prof. Dr. med. Gg._____, Facharzt für Kardiologie, sei die linksventrikuläre Ejektionsfraktion im Echo normal. Es bestünden keine Ischämiehinweise. Rein kardial sei die Arbeitsfähigkeit in der alten Tätigkeit ohne Anstrengungen (Rollstuhl) möglich (IVSTA-act. 444 S. 9, S. 71).

6.3.7 Im psychiatrischen Teilgutachten wurde die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung gestellt. Gemäss Dr. Hh._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, äussere der Beschwerdeführer zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige somatische Beschwerden,

die im beklagten Ausmass nicht durch somatische Befunde erklärbar seien. Er lehne eine psychische Ursache ab. Eine Therapie habe nicht stattgefunden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 70 %-ige Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 444 S. 9, S. 75).

6.3.8 Zur Arbeitsfähigkeit äussern die Sachverständigen, dass sich die Einschränkungen aus somatischer und psychiatrischer Sicht teilweise additiv auswirken und ineinander übergehen würden. Es resultiere eine Einschränkung von 30 % in der ursprünglichen Tätigkeit als selbständiger Anlageberater, davon ausgehend, dass es sich dabei vorwiegend um Büroarbeit handle. Der Beschwerdeführer könne diese Tätigkeit 8.5 Stunden am Tag mit einer zeitlichen Rendement-Reduktion von 30 % ausüben. Diese Einschätzung gelte seit vielen Jahren, jedenfalls seit 6. November 2014 (IVSTA-act. 444 S. 12 f.).

6.4 Gemäss medizinisch-juristischer Beurteilung des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz vom 18. August 2022 – erstellt von Dr. med. li._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, Dr. med. Jj._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Kk._____, Juristin – sei das Gutachten umfassend für die Beantwortung der gestellten Fragen, beruhe auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden und sei in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend. Weiter wurde angemerkt, dass das Gutachten Inkohärenzen mit starkem Verdacht auf Simulation feststelle (IVSTA-act. 449).

6.5 Auf Anfrage der Vorinstanz hielt der RAD-Arzt Dr. med. Ll._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 13. Oktober 2022 fest, dass radiologische Untersuchungen in der Regel bezüglich der Beurteilung der funktionellen Einschränkungen keine ausschlaggebenden Informationen bringen würden, mit der einzigen Ausnahme, wenn sie in diesem Fall den Verdacht, dass die subjektiven Klagen eine Übertreibung/Simulation darstellen, aufheben könnten (IVSTA-act. 459).

7.

Streitig und zu prüfen sind der Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowie eine Verletzung der Abklärungspflicht durch die Vorinstanz (Art. 43 ATSG).

7.1

7.1.1 Vorab fällt auf, dass für den massgebenden Zeitraum eines allfälligen Rentenanspruchs vom 1. Februar 2017 (= 6 Monate nach der Neu anmeldung vom 25. August 2016) bis am 29. Februar 2020 (Entstehen des Altersrentenanspruchs per März 2020) keine Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte bei den Akten liegen (vgl. E. 6.2 vorstehend). Es ist aus den Akten nicht ersichtlich, dass die Vorinstanz bei behandelnden Fachpersonen und/oder bei ausländischen Versicherungsträgern (Deutsche Rentenversicherung) eine Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten vorgenommen hätte. Hingegen bat die Vorinstanz den Beschwerdeführer jeweils mit dem Aufgebot zur Begutachtung, die sich in seinem Besitz befindenden medizinischen Unterlagen an die Begutachtung mitzubringen (IVSTA-act. 344, 426), woraufhin der Beschwerdeführer am 14. August 2020 und 25. August 2020 bei der Vorinstanz ergänzende medizinische Unterlagen einreichte (IVSTA-act. 345-378, 386-391), die aber allesamt vor 2017 datierten (vgl. IVSTA-act. 379). Eine ausdrückliche Aufforderung, jüngere Arztberichte oder weitere medizinische Unterlagen einzureichen, ist nicht erfolgt.

7.1.2 Eine IV-Stelle hat die eingeholten Unterlagen regelmässig zu aktualisieren und zu würdigen (vgl. BSV, Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [nachfolgend: KSVI], Rz. 2032.1 [Stand: 1.1.18] bzw. Rz. 3010 [1.1.22]). Dabei muss die Sachlage namentlich für eine externe Begutachtung möglichst aktuell und umfassend dokumentiert sein; im Hinblick auf den konkreten Gutachtensauftrag ist deshalb die Aktenlage noch einmal zu prüfen, um allfällig notwendige und aktuelle Unterlagen (z.B. Arbeitsplatzbeschreibungen, Arztberichte, Röntgenbilder) einzuholen (vgl. KSVI, Rz. 2075.4 [1.1.18] bzw. Rz. 3067 [1.1.22]). Daran fehlt es vorliegend, weshalb den Sachverständigen des ZMB bei der Begutachtung im März 2022 kein aktualisiertes und vervollständigtes medizinisches Dossier vorlag. Insofern ist der medizinische Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt (Art. 43 ATSG).

7.1.3 Schliesslich fällt auf, dass die Vorinstanz im Gutachtensauftrag zuhanden des ZMB den massgebenden Zeitraum eines allfälligen Rentenanspruchs nicht festgelegt und namentlich den ursprünglichen Gutachtensauftrag vom 24. Juni 2019 (IVSTA-act. 296) nicht an die bis Anfang 2022 eingetretenen Änderungen (insb. Bezug Altersrente per März 2020) angepasst hat. Entsprechend äusserten sich die Sachverständigen auch zu Zeiträumen, die für einen allfälligen Rentenanspruch nicht unmittelbar

erheblich sind, namentlich zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung (März 2022). Dies mindert die Aussage- und damit Beweiskraft des Gutachtens, wie sich auch aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt.

7.2

7.2.1 Der Beschwerdeführer rügt, dass sich die Sachverständigen nur vage zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit äussern. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung halten die Sachverständigen fest, der Beschwerdeführer könne seine angestammte Tätigkeit 8.5 Stunden pro Tag mit einer zeitlichen Rendement-Reduktion von 30 % ausüben. Diese Einschätzung gelte «seit vielen Jahren». Der Beginn könne nicht genau datiert werden. Sicher habe sie schon zum Zeitpunkt des Privatgutachtens von Dr. V. _____ vom 6. November 2014 bestanden (IVSTA-act. 444 S. 13). Diese Einschätzung einer unveränderten Arbeitsfähigkeit seit 2014 ist gestützt auf die gegenwärtige Aktenlage aus den nachfolgenden Gründen nicht hinreichend nachvollziehbar.

7.2.2 Dem *rheumatologischen* Teilgutachten ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer spreche gut auf die seit drei Jahren stattfindende Behandlung der Psoriasisarthritis mit dem Interleukin-17-Hemmer Cosentyx an, «mit seither ca. 30 %-iger Verbesserung der Beschwerden an Wirbelsäule und peripheren Gelenken, sehr viel deutlicher der Hautmanifestation» (IVSTA-act. 444 S. 8, 47), wobei sich diese Einschätzung offenbar primär, wenn nicht ausschliesslich auf die mündliche Auskunft des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung stützte (IVSTA-act. 444 S. 43). Das genaue Datum, ab welchem der Beschwerdeführer mit Cosentyx behandelt wurde und insbesondere ab wann und in welchem Umfang die erwähnten Verbesserungen eingetreten sind, lässt sich weder dem Gesamt- noch den Teilgutachten oder den Vorakten entnehmen. Das ist vorliegend aber deshalb von Bedeutung, weil mit dem Rentenanspruch vom 1. Februar 2017 bis 29. Februar 2020 ein Zeitraum zu prüfen ist, in welchen der Behandlungsbeginn mit Cosentyx fallen könnte. Die rheumatologische Sachverständige äusserte lediglich, dass «zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung» (= März 2022) keine eindeutigen entzündlichen Veränderungen an den oberen und unteren Extremitäten vorhanden gewesen seien, dass «die entzündliche Aktivität aktuell gut kontrolliert» und die Krankheit aktuell unter Cosentyx seit drei Jahren gut stabilisiert sei (IVSTA-act. 444 S. 48 f.). Aussagen zur Arbeitsfähigkeit vor Beginn der Behandlung mit Cosentyx sind dem Teilgutachten nicht zu entnehmen.

7.2.3 Gemäss dem *dermatologischen* Teilgutachten erfolgte die Behandlung mit Cosentyx bereits seit 2013 und nicht erst seit drei Jahren (IVSTA-act. 444 S. 9, 67, 69). Dazu führte der dermatologische Sachverständige aus, im Jahr 2013 sei die Psoriasis «durch den Kollegen Dr. Mm. _____ in (...)» mit Cosentyx behandelt worden. Hinweise auf eine Behandlung durch einen «Dr. Mm. _____» finden sich allerdings weder in den Vorakten noch im Aktenauszug des Gutachtens (IVSTA-act. 444 S. 17, 69). Auch ist Cosentyx zur Behandlung von Psoriasis in der Schweiz und der EU erst seit Februar 2015 zugelassen (Schweizerisches Heilmittelinstitut, Cosentyx®, Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung < <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/authorisations/new-medicines/cosentyx---pulver-zur-herstellung-einer-injektionsloesung--secuk.html> > abgerufen am 12. November 2025; European Medicines Agency, European Commission Decision < <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/cosentyx> > abgerufen am 12. November 2025). In den Akten gibt es verschiedene weitere Hinweise dafür, dass die medikamentöse Behandlung mit Cosentyx nicht bereits seit 2013 erfolgt. So finden sich in den Vorakten ärztliche Berichte und Zeugnisse aus dem Jahr 2014 von Dr. med. W. _____, welche die Schwere der Psoriasisarthritis festhalten (z.B. IVSTA-act. 361, 363, 132 S. 8 f.; siehe auch den Bericht von Dr. V. _____, IVSTA-act. 359), sowie Rezepte für andere Medikamente zur Behandlung der Psoriasisarthritis (IVSTA-act. 360). Die Fotoaufnahmen aus dem Jahr 2014, welche die Plaques zeigen, lagen dem dermatologischen Sachverständigen vor und wurden in seinem Teilgutachten sogar ausdrücklich erwähnt (IVSTA-act. 444 S. 67, 132 S. 8 f.). Gemäss ärztlicher Bescheinigung von Dr. med. V. _____ vom 23. Februar 2016 wurde der Beschwerdeführer damals mit Prednisolon behandelt (IVSTA-act. 236, siehe auch IVSTA-act. 359). Am 30. Juli 2019 konstatierte Dr. Bb. _____ eine Beruhigung des Krankheitsbildes (IVSTA-act. 312). Wie im rheumatologischen Teilgutachten fehlen auch im dermatologischen Teilgutachten konkrete Aussagen zur Arbeitsfähigkeit für den rentenrelevanten Zeitraum zwischen Februar 2017 und Februar 2020. Abgesehen davon, dass der dermatologische Sachverständige davon ausging, dass die diagnostizierte «schwere Plaque-Psoriasis mit Psoriasis-Arthropathie» seit 2013 mit Cosentyx behandelt werde (IVSTA-act. 444 S. 9), äusserte er als Untersuchungsbefund knapp, dass sich «aktuell» (März 2022) ein blander Hautstatus zeige (IVSTA-act. 444 S. 68).

7.2.4 Zusammenfassend hat nach den insoweit übereinstimmenden Ausführungen der Sachverständigen die Medikation mit Cosentyx eine deutliche Stabilisierung und Verbesserung sowohl der Psoriasisarthritis wie auch

der Psoriasis vulgaris gebracht (vgl. insb. IVSTA-act. 444 S. 8, 49, S. 67 ff.). Ungeklärt blieb, ab welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang diese Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes eintrat und ob – und wenn ja – in welchem Ausmass sie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte. Namentlich zum Beginn der Behandlung finden sich im Gutachten widersprüchliche Angaben («seit drei Jahren», also circa seit 2019 vs. «seit 2013»), wobei ein Behandlungsbeginn im Jahr 2013 nach gegenwärtigem Aktenstand als nicht plausibel erscheint. Insoweit lässt sich zurzeit nicht abschliessend beurteilen, ob zwischen Februar 2017 und März 2020 aufgrund dermatologischer und rheumatologischer Leiden des Beschwerdeführers eine rentenbegründende Invalidität vorlag.

7.3 Weiterer Abklärungsbedarf besteht auch in neurologischer Hinsicht betreffend die Plegien des Beschwerdeführers (rechter Arm, beide Beine).

7.3.1 Der neurologische Sachverständige führte in der Konsensbeurteilung und im Teilgutachten aus, an den oberen Extremitäten liege neurographisch keine Polyneuropathie vor, jedoch mässiggradig ausgeprägt an beiden Beinen. Eine Monoplegie des rechten Armes beziehungsweise beider Beine im Sinne einer Paraplegie sei gestützt auf die zur Verfügung stehenden Informationen sowie die Resultate der klinischen und elektrophysiologischen Untersuchungen aus neurologischer Sicht nicht objektivierbar (IVSTA-act. 444 S. 8 f.). Die rechtsseitige Armlähmung sei neurologisch nicht geklärt (IVSTA-act. 444 S. 63; siehe auch S. 45). Es lägen keine MRI-Untersuchungen der Neuraxis neueren Datums vor, lediglich die vom Beschwerdeführer mitgebrachten MRI-Bilder aus dem Jahr 2004 (IVSTA-act. 444 S. 8 f.). Darauf seien keine strukturellen Änderungen erkennbar, welche eine Paraplegie oder eine Armlähmung erklären würden (IVSTA-act. 444 S. 62 f.). Auch fehle es an Atrophien, weshalb zweifelhaft sei, dass die Muskeln zu wenig bewegt würden (IVSTA-act. 444 S. 63). Es fänden sich aber klinische Hinweise auf eine distal-symmetrische Polyneuropathie, so die Atrophie des Extensors digitorum brevis beidseits, die fehlende Schweisssekretion und die Areflexie. Zwar sei eine distal-symmetrische sensomotorische Polyneuropathie an den Beinen zu diagnostizieren, die aber nicht die Paraplegie mit einem thorakalen sensiblen Niveau erkläre (IVSTA-act. 444 S. 63 f.). Sowohl für die Paraplegie der Beine als auch für die Monoplegie des rechten Armes inklusive sensibler Mitbeteiligung ergäbe sich keine Erklärung (IVSTA-act. 444 S. 64).

7.3.2 Der neurologische Sachverständige «wollte zur besseren Klärung der Situation ein MRI der Wirbelsäule durchführen lassen» (IVSTA-act. 444

S. 62), die Situation sei «nicht optimal abgeklärt», «eine nochmalige kernspintomographische Abklärung der gesamten Wirbelsäule [wäre] wünschbar gewesen» (IVSTA-act. 444 S. 64). Mit Einwand vom 29. September 2022 forderte der Beschwerdeführer die Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen, insbesondere eine kernspintomographische Untersuchung der Wirbelsäule (IVSTA-act. 455). Dazu äusserte sich Dr. med. LI. _____ vom medizinischen Dienst der IVSTA am 13. Oktober 2022 wie folgt: «Zudem bringt eine radiologische Untersuchung in der Regel bezüglich der Beurteilung der funktionellen Einschränkungen keine ausschlaggebenden Informationen mit der einzigen Ausnahme, wenn sie in diesem Fall den Verdacht, dass die subjektiven Klagen eine Übertre[un]g/Simulation darstellen, aufheben können» (IVSTA-act. 459). Dr. med. LI. _____ sah «vorerst» keinen Grund, die Schlussfolgerungen der Experten in Zweifel zu ziehen (IVSTA-act. 459). Die angefochtene Verfügung hält ausdrücklich fest, eine radiologische Untersuchung sei grundsätzlich nicht erforderlich «mit der einzigen Ausnahme, wenn sie, *wie in diesem Fall*, den Verdacht, dass die subjektiven Klagen eine Übertreibung/Simulation darstellen, aufheben können» (IVSTA-act. 469 [Hervorhebung beigefügt]). Damit weist bereits die angefochtene Verfügung auf weiteren Abklärungsbedarf in neurologischer Hinsicht hin.

7.3.3 Der neurologische Sachverständige verzichtete aus Zeitgründen – die Untersuchung war während des Aufenthalts des Beschwerdeführers in (...) nicht möglich – auf das MRI der Wirbelsäule (IVSTA-act. 444 S. 62). Entgegen dem neurologischen Sachverständigen hat es die Gutachterstelle und nicht der Beschwerdeführer zu verantworten, wenn die erforderlichen Untersuchungen nicht in dem für die Begutachtung vorgesehenen Zeitraum (21. März 2022 bis 24. März 2022 [IVSTA-act. 426, 429]) durchgeführt werden konnten. In diesem Zusammenhang liess es der neurologische Sachverständige an der gebotenen Neutralität und Sachlichkeit vermissen (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2), wenn er dem Beschwerdeführer vorwarf, «auch hier entzieht er sich wieder, siehe schon die endlose Aktenkorrespondenz zum Thema Untersuchung in der Schweiz» (IVSTA-act. 444 S. 62). Über eine allfällige Verletzung der Mitwirkungspflicht hat nicht der medizinische Sachverständige zu entscheiden. Die Vorinstanz wirft dem Beschwerdeführer diesbezüglich denn auch zu Recht keine Verletzung der Mitwirkungspflicht vor. Und ob allfällige Leistungseinschränkungen des Beschwerdeführers zumindest teilweise auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhen (vgl. E. 5.6.6 vorstehend), bedarf regelgerechter medizinischer Abklärung.

7.3.4 Zusammenfassend wäre es zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts angezeigt gewesen, eine weitere, im Gutachtenszeitpunkt aktuelle kernspintomographische Untersuchung (MRI der Wirbelsäule) einzuholen. Darin liegt kein unzulässiger Eingriff in den Ermessensspielraum der Sachverständigen bei der Wahl der Untersuchungsmethoden (vgl. Urteil des BGer 8C_613/2022 vom 6. Oktober 2023 E. 4.2), war es doch der neurologische Sachverständige selbst, der «zur besseren Klärung der Situation» ein MRI der Wirbelsäule durchführen lassen wollte und dies in seinem Teilgutachten ausdrücklich so festhielt. Entsprechend lässt sich zurzeit nicht abschliessend beurteilen, ob zwischen Februar 2017 und März 2020 aufgrund neurologischer Leiden des Beschwerdeführers eine rentenbegründende Invalidität vorlag.

7.4

7.4.1 Besteht in somatischer (dermatologischer, rheumatologischer und neurologischer) Hinsicht für den massgebenden Zeitraum von Februar 2017 bis Februar 2020 weiterer Abklärungsbedarf, lässt sich auch die psychiatrische Situation gegenwärtig nicht abschliessend beurteilen: Das Charakteristikum des von der psychiatrischen Sachverständigen diagnostizierten psychischen Leidens (undifferenzierte Somatisierungsstörung nach ICD-10 F 45.1 [IVSTA-act. 444 S. 86, 90]) aus dem Formenkreis der somatoformen Störungen liegt in der wiederholten Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome *nicht körperlich begründbar* sind (vgl. ICD-10 F45.- Somatoforme Störungen). Insofern setzt die psychiatrische Beurteilung vorliegend eine vollständige somatische Abklärung voraus. Daran fehlt es zurzeit.

7.4.2 Hinzu kommt, dass die psychiatrische Sachverständige die Beschreibung der Hautveränderungen in dem berichteten Ausmass als übertrieben beurteilte – obwohl der dermatologische Sachverständige diese als «schwer» bezeichnete (IVSTA-act. 444 S. 68, 69). Inwiefern der Beschwerdeführer diesbezüglich übertrieben hat und ob sich die genannte Übertreibung auf die Zeit vor oder nach Beginn der Behandlung mit Cosentyx bezieht, wird im Gutachten nicht näher dargelegt. Auf die anderen vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden, insbesondere die Gelenksbeschwerden sowie die (ungeklärten) Plegien, ging die psychiatrische Sachverständige mit Ausnahme der knappen Erwähnung des Zervikalschmerzes (IVSTA-act. 444 S. 85) nicht ein.

7.5 Nach Vervollständigung der medizinischen Akten wird ebenfalls zu prüfen sein, ob in kardiologischer Hinsicht eine ergänzende fachärztliche Beurteilung erforderlich sein wird, zumal der kardiologische Sachverständige in seinem äusserst knapp gehaltenen, stichwortartig formulierten Teilgutachten ausdrücklich auf die «dünne kardiologischen Aktenlage» hinwies – allerdings ohne den Entlassbericht von Dr. med. Aa. _____ betreffend die hypertensive Entgleisung mit Epistaxis vom 18. November 2016 (vgl. E. 6.1.21 vorstehend) zu erwähnen.

7.6 *Zusammenfassend* verzichtete die Vorinstanz im Vorfeld der externen Begutachtung von März 2022 zu Unrecht auf eine Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Unterlagen, namentlich im Hinblick auf den für einen allfälligen Rentenanspruch relevanten Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 29. Februar 2020 (vgl. E. 7.1 vorstehend). Zudem blieb in rheumatologischer und dermatologischer Hinsicht ungeklärt, ab wann und in welchem Umfang aufgrund des Therapiebeginns mit Cosentyx die im ZMB-Gutachten erwähnte Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl. E. 7.2 vorstehend). Weiter fehlt bislang eine nachvollziehbare und vollständige neurologische Befunderhebung basierend auf einer aktuellen kernspintomographischen Bildgebung (vgl. E. 7.3 vorstehend). Die unvollständige Aktenlage sowie der weitere Abklärungsbedarf in somatischer (dermatologischer, rheumatologischer und neurologischer) Hinsicht lassen eine abschliessende Beurteilung auch in psychiatrischer und kardiologischer Hinsicht zurzeit nicht zu (E. 7.4 und E. 7.5 vorstehend).

8.

8.1 Zusätzlich besteht in beruflich-erwerblicher Hinsicht weiterer Abklärungsbedarf. Wie der medizinische Sachverhalt ist auch der wirtschaftliche Sachverhalt von grundlegender Bedeutung, um den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung beurteilen zu können (vgl. Urteil 9C_533/2020 E. 4.2.3). Das gilt namentlich für die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (vgl. E. 5.4 vorstehend) einschliesslich der Invaliditätsbemessung (vgl. E. 5.5 vorstehend) wie für die in die Zuständigkeit der Ausgleichskasse fallende Rentenberechnung (Art. 36 Abs. 2 und 60 Abs. 1 Bst. b IVG).

8.2 Vorliegend erscheint die Einkommens- und Erwerbssituation des Beschwerdeführers in wesentlichen Punkten nicht hinreichend abgeklärt:

8.2.1 Offenkundige Widersprüche und Unklarheiten bestehen bei den Angaben zur zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der C. _____ AG in den Jahren 2003 bis 2005. Im aktenkundigen IK-Auszug datierend von Juni 2006 finden sich für die vorgenannten Jahre Einträge zu Erwerbseinkommen, die für eine Tätigkeit des Beschwerdeführers bei der C. _____ AG deklariert wurden (IVSTA-act. 9): Aufgeführt werden für das Jahr 2003 insgesamt Fr. 83'994.- (Fr. 3'165.- + Fr. 80'829.-), für das Jahr 2004 Fr. 247'275.- (Fr. 2'150.- + Fr. 181'125.- + Fr. 64'000.-) und für das Jahr 2005 Fr. 8'908.-. Dagegen wird mit der am 22. Juni 2006 eingereichten Salärbescheinigung der C. _____ AG ein vertragliches Bruttosalär von Fr. 159'790.- für das Jahr 2003, von Fr. 202'080.- für das Jahr 2004 und von Fr. 202'080.- (Soll) für das Jahr 2005 bescheinigt, wobei die effektiven Bruttosaläre – gemäss den Salärabrechnungen – bei Fr. 159'790 (2003), Fr. 154'708.- (2004) und Fr. 0.- (2005) gelegen haben sollen (IVSTA-act. 7). In den Lohnausweisen für die Steuererklärung werden für das Jahr 2003 ein Bruttolohn von Fr. 83'994.- und für das Jahr 2004 von Fr. 66'150.- ausgewiesen (IVSTA-act. 7 S. 6, 8). Diese Lohnangaben der Lohnausweise 2003 und 2004 liegen auch den Steuerveranlagungen der Jahre 2003 und 2004 zugrunde (IVSTA-act. 8 S. 2, 3).

Überdies befinden sich in den Akten weitere, divergierende Einkommensangaben durch den Beschwerdeführer selber (z.B. IVSTA-act. 12 S. 42, 60, 69 f., 82, 86; IVSTA-act. 197 S. 3; IVSTA-act. 285 S. 3). Sodann enthält der IK-Auszug (IVSTA-act. 9) Einträge zu einer ausbezahlten Arbeitslosenentschädigung von insgesamt Fr. 142'459.- (Fr. 41'340.- + Fr. 85'043.- + Fr. 16'076.-) für die Zeit von Juli 2001 bis März 2003, während in der IV-Anmeldung vom 15. Mai 2006 keine Arbeitslosigkeit angegeben wurde (IVSTA-act. 3 S. 5).

Bei der Rentenberechnung für die ordentliche AHV-Rente des Beschwerdeführers (vgl. oben Bst. D), sind – soweit gegenwärtig aktenkundig (vgl. die im Beschwerdeverfahren aufgelegte, allerdings nicht rechtskräftig gewordene Verfügung vom 3. April 2020 [BVGer-act. 1 Beilage 2]) – neben der Arbeitslosenentschädigung von Fr. 16'076.- im Jahr 2003 für die Jahre 2003 bis 2007 keine Einkommen verzeichnet, namentlich auch keine Erwerbseinkommen für eine Tätigkeit bei der C. _____ AG.

Es ist folglich zurzeit nicht hinreichend geklärt, welche Tätigkeit(en) mit welchem Einkommen der Beschwerdeführer bei der C. _____ AG ausgeübt hat. Dies wird die Vorinstanz unter Mitwirkung des Beschwerdeführers und

unter Beizug der Kassenakten zu klären haben (vgl. zum Beizug der Strafakten E. 8.3 nachfolgend).

8.2.2 Das konkrete Anforderungsprofil der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit(en) blieb bislang ebenfalls unklar. Zwar hat die Vorinstanz für die interdisziplinäre medizinische Abklärung ein Anforderungsprofil der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers erstellt (IVSTA-act. 296 S. 3), das sich aber – soweit ersichtlich – einzig auf unbelegte Angaben des Beschwerdeführers stützt (IVSTA-act. 285 S. 3 und zuvor IVSTA-act. 197 S. 3).

8.2.3 Neben der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der C._____AG liegen auch bezüglich der Ausbildung und des beruflichen Werdegangs des Beschwerdeführers nur wenige und unspezifische Informationen vor, welche in grossen Teilen auf unbelegten Aussagen des Beschwerdeführers beruhen. Gemäss eigenen Angaben war der Beschwerdeführer ursprünglich Ingenieur und hat im Bereich Materialwissenschaften geforscht (IVSTA-act. 444 S. 32, 79). Nach mehrjähriger Tätigkeit als Kunsthändler und einer grösseren Erbschaft habe er das Geschäft aufgegeben und sei circa drei Jahre auf Reisen gegangen. Schliesslich habe er mehrere Jahre mit Luxusgütern gehandelt (IVSTA-act. 444 S. 32, siehe auch S. 79). Nach seiner Heirat im Jahr 1995 sei er in die Schweiz gezogen und habe eine Bijouterie betrieben. Nach Umsatzrückgängen habe er diese verkauft und sich dem Wertschriftenhandel zugewandt (IVSTA-act. 444 S. 33, 79). Diese Aussagen im Rahmen des durch die Vorinstanz angeordneten Gutachtens decken sich nur teilweise mit früheren Aussagen des Beschwerdeführers zu seiner beruflichen Situation. Im Rahmen des Privatgutachtens vom 6. November 2014 gab er an, zwar ein Ingenieur-Studium absolviert zu haben, jedoch nie auf diesem Beruf gearbeitet zu haben. Er habe dann als Geschäftsführer für mehrere Handelsunternehmen im Deutschland gearbeitet und zuletzt als Angestellter bei einer Firma im Bereich Unternehmensberatung für Grossunternehmungen und staatliche Institutionen (IVSTA-act. 366 S. 5).

8.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einkommens- und Erwerbsituation des Beschwerdeführers nicht hinreichend geklärt ist. Es fehlen bislang verlässliche (d.h. aussagekräftige und belegbare) Angaben zur Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers, darunter zum Anforderungsprofil und zum Einkommen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit(en). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch das Strafverfahren wegen gewerbmässigen Betrugs (Art. 146 Abs. 2 StGB), das – soweit aktenkundig –

Handlungen in den Jahren 2003 und 2004 betraf (IVSTA-act. 56 S. 3) und zu einer rechtskräftigen Verurteilung führte (IVSTA-act. 444 S. 76). Aus dem Strafverfahren können sich Hinweise zur beruflich-erwerblichen Situation des Beschwerdeführers in den Jahren 2003 bis 2005 – namentlich für die Tätigkeit bei der C. _____ AG (vgl. E. 8.2.1 vorstehend) – ergeben. Daher sind die Strafakten von der Vorinstanz beizuziehen (vgl. Art. 32 Abs. 1 Bst. a und b ATSG; BGE 136 V 2 E. 2.4; Urteil des BGer 1B_450/2019 vom 14. Mai 2020 E. 2.6).

9.

9.1 Die Vorinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt in Verletzung von Art. 43 ATSG nicht rechtsgenügend abgeklärt. Die Verfügung vom 9. November 2022 ist deshalb aufzuheben und die Sache zur Aktualisierung und Vervollständigung der Akten an die Vorinstanz zurückzuweisen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

9.2

9.2.1 Zunächst hat die Vorinstanz die Einkommens- und Erwerbssituation (insb. Erwerbsbiographie sowie Anforderungsprofil und Einkommen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit) unter Beizug der Kassen- und Strafakten sowie anhand möglichst aussagekräftiger und belegbarer Angaben abzuklären (vgl. E. 8 vorstehend). Der Beschwerdeführer wird dabei mitzuwirken und der Vorinstanz die erforderlichen Angaben samt entsprechender Belege einzureichen haben (Art. 43 Abs. 3 ATSG). Dabei ist es nicht am Beschwerdeführer zu entscheiden, welche Angaben er machen will oder nicht (vgl. Urteil 9C_533/2020 E. 4.2.3). Vielmehr bestimmt der Versicherungsträger die Art und den Umfang der notwendigen Abklärungen (Art. 43 Abs. 1^{bis} ATSG).

9.2.2 Für die weiteren Abklärungen in beruflich-erwerblicher Hinsicht ist zwar vom Grundsatz auszugehen, wonach zur Festlegung des Validenverdienstes primär die aus den IK-Zusammenzügen ersichtlichen Löhne heranzuziehen sind (vgl. Urteil des BGer 9C_217/2024 vom 30. Juli 2024 E. 5.1 und E. 5.2.2). Bestehen aber – wie vorliegend (vgl. E. 8.2.1 vorstehend) – Zweifel, ob die IK-Einträge mit den tatsächlichen Lohnzahlungen übereinstimmen, drängen sich weitere Abklärungen auf. Nur so ist gewährleistet, dass das Valideneinkommen auf der Basis des *tatsächlichen* Verdienstes vor Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nicht anhand fiktiver Verdienstmöglichkeiten ermittelt wird (vgl. E. 5.5.2 vorstehend).

Hierzu kann die Vorinstanz den Beschwerdeführer auffordern, Belege über entsprechende Lohnzahlungen auf ein auf seinen Namen lautendes Post- oder Bankkonto einzureichen (vgl. sinngemäss Urteil des BGer 8C_486/2023 vom 29. November 2023 E. 2.4). Im Unterlassungsfall wäre eine Verletzung der Mitwirkungspflicht oder eine qualifizierte Pflichtverletzung nach Art. 7b Abs. 2 IVG zu prüfen (vgl. E. 4.2.3 vorstehend und E. 9.5 nachfolgend). Sollte es sich – trotz gehöriger Mitwirkung des Beschwerdeführers und ohne Hinweise auf eine qualifizierte Pflichtverletzung – als unmöglich erweisen, das Valideneinkommen anhand der tatsächlichen Verhältnisse zu beziffern, wäre für dessen Festlegung auf Durchschnittswerte bzw. auf statistische Werte wie die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) zurückzugreifen (vgl. E. 4.4 und E. 5.5 vorstehend; Urteil 9C_217/2024 E. 5.1 m.H.).

9.3

9.3.1 Zusätzlich zur beruflich-erwerblichen Situation hat die Vorinstanz die medizinischen Akten zu aktualisieren und zu vervollständigen (vgl. E. 7.6 vorstehend). Dabei sind unter anderem ein MRI der Wirbelsäule einzuholen sowie die Auswirkungen der Behandlung mit Cosentyx auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu klären. Soweit nach der Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten gemäss fachärztlicher Beurteilung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers für sich und in ihrem Zusammenwirken invalidisierend wirken können, hat die Vorinstanz eine erneute interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen (vgl. auch Urteil des BGer 9C_330/2018 vom 5. Februar 2019 E. 5.1.1). Dabei ist darauf zu achten, dass die Einkommens- und Erwerbssituation des Beschwerdeführers vorgängig geklärt wird (vgl. E. 9.2 vorstehend) und eine *retrospektive* Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Hinblick auf einen allfälligen Rentenanspruch vom 1. Februar 2017 bis 29. Februar 2020 vorzunehmen ist.

9.3.2 Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen bei einer allfälligen erneuten interdisziplinären Begutachtung – unter Vorbehalt neuer Erkenntnisse durch die Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten – (weiterhin) Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Rheumatologie, Dermatologie, Neurologie und Psychiatrie erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen weitere Spezialistinnen und Spezialisten beizuziehen sind (insb. im Bereich der

Kardiologie), ist dem pflichtgemässen Ermessen der Sachverständigen zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Art. 44 Abs. 5 ATSG; vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3). Die interdisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Die Gutachterstelle ist – unter Ausschluss der Gutachterstelle Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) in (...) – nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln. Dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. Art. 44 ATSG).

9.4 Kommt der Beschwerdeführer seiner umfassenden Auskunftspflicht in beruflich-erwerblicher, medizinischer oder anderweitiger Hinsicht nicht ordnungsgemäss nach und verunmöglicht dadurch die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen, wird die Vorinstanz ein Vorgehen nach Art. 43 Abs. 3 ATSG zu prüfen haben, wobei – nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens – ein Nichteintretensentscheid in Erwägung zu ziehen ist. Ein solcher Entscheid kann praxisgemäss gerechtfertigt sein, sollte die Aktenlage ohne zusätzliche Abklärungen einen zuverlässigen materiellen Entscheid nicht erlauben (vgl. auch E. 4.2.2 vorstehend; Urteile des BGer 9C_215/2011 vom 30. Mai 2011 E. 4; 9C_28/2010 vom 12. März 2010 E. 5). Soweit sich der Beschwerdeführer ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen, die für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, nicht unterzieht, ist – wie bereits zuvor (vgl. u.a. Verfügung vom 14. April 2016 [IVST-act. 251]) – ein Vorgehen nach Art. 7b Abs. 1 IVG in Betracht zu ziehen. Bei qualifizierten Pflichtverletzungen des Beschwerdeführers, die aufgrund des bisherigen Verhaltens des Beschwerdeführers gegenüber der Vorinstanz (siehe insb. IVSTA-act. 38, 52, 62, 190, 194, 245, 251 und in der Folge Urteil des BGer C-3073/2016 vom 17. Januar 2019) nicht ausgeschlossen werden können, wird die Vorinstanz eine Leistungsverweigerung nach Art. 7b IVG zu prüfen haben (vgl. E. 4.2.3 vorstehend).

9.5 Anzufügen bleibt, dass die Anordnung weiterer medizinischer Abklärungen durch die Vorinstanz nicht nur dem Eventualantrag des Beschwerdeführers entspricht, sondern auch in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung erfolgt, gemäss welcher eine Rückweisung an

die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend zutrifft, da der beruflich-erwerbliche Sachverhalt wie der medizinische Sachverhalt mangels Aktualisierung und Vervollständigung der Akten bislang ungeklärt geblieben sind.

10.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung

10.1 Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C_554/2023 vom 16. Januar 2024 E. 5).

10.2 Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb die ihm gewährte unentgeltliche Prozessführung nicht zum Tragen kommt. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten zu überbinden (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

10.3 Der obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die gewährte unentgeltliche Rechtsverbeiständung kommt damit ebenfalls nicht zum Tragen. Mangels Kostennote ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, insbesondere des einfachen Schriftenwechsels, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. Urteil des BVer C-216/2025 vom 26. Februar 2025 E. 2.1.1]) gerechtfertigt.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 9. November 2022 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen den Sachverhalt ergänzt und über den Anspruch des Beschwerdeführers erneut verfügt.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

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

4.

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Philipp Egli

Martina Filippo

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 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: