Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-6344/2023

Urteil vom 7. September 2026

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter David Weiss,
Richterin Viktoria Helfenstein,
Gerichtsschreiberin Pranvera Rasaj.

Parteien

A._____, (Deutschland)
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Rentengewährung;
Verfügung der IVSTA vom 6. November 2023.

Sachverhalt:

A.

A._____ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), geboren am (…), ist deutscher Staatsangehöriger und seit dem 9. November 2019 verheiratet. Er war vom 1. August 2003 bis zum 31. Juli 2008 als Leiter Export Industrielacke bei der B._____ in (…) sowie vom 1. April 2012 bis zum 30. September 2018 als Key-Account-Manager im Aussendienst bei der C._____ in (…) tätig. Dabei entrichtete er während insgesamt 143 Monaten Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. Zuletzt arbeitete der Versicherte vom 1. März 2019 bis zum 31. Juli 2020 als Key-Account-Manager im Aussendienst bei der D._____ in (…) (Akten der Vorinstanz [IVSTA-act.] 30 S. 18, 44, 45).

B.

B.a Mit Rentenbescheid vom 17. Februar 2023 sprach die Deutsche Rentenversicherung Bund dem Versicherten eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu. Der Rentenanspruch wurde ab dem 1. August 2020 bis längstens zum 30. November 2028 befristet zugesprochen. Die Rentenfestsetzung erfolgte unter Berücksichtigung der europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, wobei festgehalten wurde, diese Regelungen fänden auch im Verhältnis zur Schweiz Anwendung (IVSTA-act. 29).

B.b Am 13. Juni 2023 leitete die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) den vom Versicherten am 13. August 2020 eingereichten Rentenantrag zur Einleitung des Rentenverfahrens nach der europäischen Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie die dazugehörenden Beilagen an die Schweizerische Ausgleichskasse SAK weiter (Eingang SAK am 19. Juni 2023; IVSTA-act. 20; 21).

B.c Am 9. Oktober 2023 nahm Dr. E._____, Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes Rhone (nachfolgend: RAD), aus versicherungsmedizinischer Sicht zu den gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten Stellung (IVSTA-act. 45).

B.d Am 13. Oktober 2023 erliess die IVSTA ihren Vorbescheid, mit welchem sie das Leistungsgesuch abwies. Zur Begründung führte sie aus, es bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente, da während eines Jahres keine hinreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (IVSTA-act. 47).

B.e Am 23. Oktober 2023 reichte der Versicherte Widerspruch gegen den Bescheid vom 13. Oktober 2023 bei der IVSTA ein. Er brachte vor, dass die Ausführungen der IVSTA nicht korrekt seien und eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von einem Jahr vorgelegen habe (IVSTA-act. 49).

B.f Mit Verfügung vom 6. November 2023 lehnte die IVSTA das Leistungsgesuch ab. Zur Begründung führte sie aus, aus den Akten gehe hervor, dass während eines Jahres keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei die Ausübung der festgelegten üblichen Tätigkeit immer noch zumutbar und schliesse somit einen Rentenanspruch aus (IVSTA-act. 50).

C.

C.a Der Beschwerdeführer erhob mit Eingabe vom 14. November 2023 Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. November 2023. Er machte geltend, dass der Rentenbescheid aus Deutschland demjenigen aus der Schweiz widerspreche und ihm die Schweizer Rente fehle, wobei er 15 Jahre in der Schweiz gearbeitet habe (Akten Bundesverwaltungsgericht [BVGer-act.] 1).

C.b Am 17. November 2023 gewährte die Vorinstanz dem Beschwerdeführer antragsgemäss Einsicht in die Vorakten (IVSTA-act. 52).

C.c Am 23. November 2023 erliess das Bundesverwaltungsgericht eine Zwischenverfügung mit der Aufforderung, einen Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.– zu leisten (BVGer-act. 2). Der Beschwerdeführer leistete den Kostenvorschuss am 18. Januar 2024 (BVGer-act. 6).

C.d Die Vorinstanz nahm mit Vernehmlassung vom 22. Februar 2024 zur Beschwerde Stellung und beantragte deren Abweisung und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 9).

C.e Mit Replik vom 5. April 2024 nahm der Beschwerdeführer zur Vernehmlassung Stellung. Er machte geltend, dass der Hauptgrund für die Rentenzusprache in Deutschland in der Vernehmlassung nicht erwähnt werde, und reichte zudem weitere Unterlagen ein (BVGer-act. 11).

C.f Die Vorinstanz nahm mit Duplik vom 7. Mai 2024 zur Replik Stellung und hielt an ihren Anträgen fest (BVGer-act. 13).

C.g Das Bundesverwaltungsgericht schloss den Schriftenwechsel am 13. Mai 2024 (BVGer-act. 14).

D.
Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie auf die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet worden ist (Art. 63 Abs. 4 VwVG), einzutreten.

2.
Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 6. November 2023, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG)

Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist.

3.2 Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 13. Juni 2023 erfolgten Erstanmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 31. Dezember 2021 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) beurteilt sich die Streitigkeit demnach nach der ab 1. Januar 2022 geltenden Rechtslage.

3.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 6. November 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 8C_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.; BGE 121 V 362 E. 1b).

4.

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

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

4.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

5.

5.1 Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (IVSTA-act. 45), sodass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Es bleibt zu prüfen, ob er invalid im Sinne des Gesetzes ist.

5.2

5.2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung

verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

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

5.2.3 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

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

Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

5.3

5.3.1 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die 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.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

5.3.2 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der

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

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

5.3.4 Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im

Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Soll also über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. Urteil des BGer 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2 mit Verweis auf BGE 142 V 58 E. 5.1).

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

6.

6.1 Der Beschwerdeführer bringt beschwerdeweise vor, dass ihn die Deutsche Rentenversicherung Bund nach einer dreijährigen Krankheitsdauer vom 11. März 2020 bis zum 1. April 2023 als zu 100% erwerbsunfähig eingestuft habe. Seit dem 1. April 2023 (recte: 1. August 2020; vgl. IVSTA-act. 29) beziehe er eine Rente. Am 11. März 2023 sei über die Deutsche Rentenversicherung Bund zudem eine Rente in der Schweiz beantragt worden. Der Beschwerdeführer führt aus, er habe seine bisherige berufliche Tätigkeit mit Rentenbeginn aufgeben müssen. Nach deutschem Recht dürfe er zusätzlich ein Einkommen von bis zu EUR 17'823.75 erzielen, wobei seine Arbeitsfähigkeit auf maximal drei Stunden pro Tag beschränkt sei. Weiter bringt er vor, während 15 Jahren in der Schweiz gearbeitet zu haben. Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, die Rentenentscheide aus Deutschland und der Schweiz stünden in Widerspruch zueinander: Während er gemäss dem deutschen Rentenentscheid als zu 100% erwerbsunfähig gelte, werde er gemäss dem schweizerischen Rentenentscheid als zu 100% erwerbsfähig eingestuft (BVGer-act. 1).

6.2 Die Vorinstanz führt in ihrer Vernehmlassung aus, dass das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründeter Invalidität abgelehnt worden sei. Die Vorinstanz erläutert, dass für die Beurteilung des Rentenanspruchs allein die schweizerischen Rechtsnormen massgebend seien. Es bestehe für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn. Der Beschwerdeführer könne entsprechend aus der Tatsache des Bezugs einer Invalidenrente der deutschen Rentenversicherung Bund in Bezug auf einen Anspruch aus der schweizerischen Invalidenversicherung nichts zu seinen Gunsten ableiten. So sei der ärztliche Dienst der Vorinstanz nach Würdigung sämtlicher medizinischer Unterlagen in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2023 zur Schlussfolgerung gelangt, dass aus somatischer Sicht nie eine langandauernde IV-relevante Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit. Zusätzlich seien die Akten im Rahmen der Vernehmlassung einem Psychiater unterbreitet worden, welcher die allgemeinärztliche Beurteilung bestätigt habe. Die Beschwerde sei entsprechend abzuweisen (BVGer-act. 9).

6.3 In seiner Replik lässt der Beschwerdeführer vorbringen, der Hauptgrund seiner Arbeitsunfähigkeit sei nicht ausreichend thematisiert worden.

Ursache seiner Arbeitsunfähigkeit sei die maligne arterielle Hypertonie mit häufigen Entgleisungen, was sich aus den Rehabilitationsberichten der Jahre 2020 und 2021 ergebe. Zur Untermauerung seiner Vorbringen habe der Beschwerdeführer ein ärztliches Attest vom 20. April 2024 erstellen lassen, welches die maligne Hypertonie bestätige. Zudem verweist er auf den kardiologischen Bericht vom 14. Mai 2020. Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, infolge des stark erhöhten Blutdrucks und aufgrund der Vielzahl der einzunehmenden Medikamente sei es zu einem Leistungsabfall gekommen und er habe seine Führerausweise abgeben müssen. Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, seine Unterlagen seien nicht korrekt geprüft worden, weshalb seinem Leistungsgesuch stattzugeben sei (BVGer-act. 11).

6.4 In ihrer Duplik führt die Vorinstanz aus, sie habe die Akten dem ärztlichen Dienst der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (recte: RAD Rhone) unterbreitet und der Stellungnahme von Dr. E._____ vom 30. April 2024 nichts beizufügen. Darin wird ausgeführt, dass die Anzahl der eingenommenen Medikamente keine Arbeitsunfähigkeit begründe. Zudem liege weiterhin eine unzureichend eingestellte Hypertonie vor, wobei sich die Maximalwerte nicht in einem «gefährlichen» Bereich bewegten. Sodann vermöchten auch drei Ablationsbehandlungen aufgrund intermittierenden Vorhofflimmerns keine IV-relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Schliesslich wird festgehalten, dass dem Beschwerdeführer körperlich anstrengende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Dies treffe jedoch nicht auf seine angestammte Tätigkeit zu. Es bestehe daher kein Anlass, die bisherige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu ändern (BVGer-act. 13).

7.

Zunächst ist festzuhalten, dass für die Beurteilung des Rentenanspruchs Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte hinsichtlich des Invaliditätsgrades sowie des Anspruchsbeginns für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich sind (vgl. E. 3.1). Von Sozialversicherungsträgern der Staaten der Europäischen Union erhaltene Unterlagen und Berichte sind im Schweizer Verfahren zwar zu beachten, aber nicht verbindlich (vgl. dazu bspw. Urteil des BVGer C-4855/2008 vom 12. Mai 2010 E. 2.3.3 und E. 5.7). Der Beschwerdeführer kann sich daher vorliegend nicht mit Erfolg darauf berufen, dass die in Deutschland erfolgte Rentenzusprache sowie die dort festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 100% auch für das schweizerische Verfahren verbindlich seien oder in der Schweiz in gleicher Weise qualifiziert werden müssten. Die Vorinstanz ist folglich zu Recht davon ausgegangen, dass für

die Beurteilung des Rentenanspruchs ausschliesslich die schweizerischen Rechtsnormen massgebend sind. Demnach ist der geltend gemachte Rentenanspruch nach den einschlägigen schweizerischen Normen zu prüfen und zu beurteilen.

Ausgehend von den nach schweizerischem Recht massgebenden Beurteilungskriterien ist in einem nächsten Schritt zu prüfen, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt hat.

8.
Vorliegend stützte sich die Vorinstanz für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts ausschliesslich auf zwei RAD-Stellungnahmen (Somatik) sowie eine Stellungnahme des internen ärztlichen Dienstes (Psychiatrie), welche ohne eigene Untersuchung des Beschwerdeführers als Aktengutachten erstellt wurden. Die ärztliche Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E._____ vom 9. Oktober 2023 (IVSTA-act. 46) und auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten medizinischen Stellungnahmen von Dr. F._____ des ärztlichen Dienstes der IVSTA (BVGer-act. 9 Beilage 2) und der RAD-Ärztin Dr. med. E._____ vom 30. April 2024 (BVGer-act. 13 Beilage 2) sind somit reine Aktenberichte. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung können derartige Stellungnahmen grundsätzlich Beweiswert entfalten, sofern ein lückenlos dokumentierter medizinischer Sachverhalt vorliegt und sich die Beurteilung im Wesentlichen auf die fachärztliche Würdigung feststehender Befunde beschränkt. Sie haben insbesondere die vorhandenen medizinischen Unterlagen vollständig zu würdigen und allfällige Widersprüche zu beurteilen. Fehlen beweistaugliche Unterlagen oder bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit oder Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilung, sind ergänzende medizinische Abklärungen erforderlich (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1; BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2 mit Verweis auf BGE 142 V 58 E. 5.1).

8.1 Ob diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist anhand der gesamten medizinischen Aktenlage zu prüfen. Hierzu sind zunächst die im Zeitpunkt der RAD-Beurteilung vom 9. Oktober 2023 vorliegenden ärztlichen Berichte darzustellen:

8.1.1 Der Beschwerdeführer reichte zunächst einen Bericht von Dr. med. G._____ des H._____ vom 29. März 2012 betreffend eine Mitbehandlung vom 2. Februar bis 29. März 2012 zur Abklärung eines seit 2007

bekannten arteriellen Hypertonus, gerichtet an Dr. med. I._____, ein. Darin wurden ein arterieller Hypertonus mit beginnender hypertensiver Nephropathie sowie eine Hypercholesterinämie diagnostiziert (IVSTA-act. 3).

8.1.2 Aktenkundig sind sodann verschiedene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Hausarztes Dr. J._____ im Zeitraum vom 11. März 2020 bis 28. Juli 2020 (IVSTA-act. 32-42) sowie eine Bestätigung der K._____ vom 23. Oktober 2023 für Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 11. März 2020 bis 1. April 2023 (IVSTA-act. 48).

8.1.3 Sodann legte der Beschwerdeführer einen Bericht der L._____ von Dr. med. M._____ vom 14. Mai 2020 betreffend eine kardiologische Kontrolluntersuchung am 13. Mai 2020 vor, welcher an Dr. med. J._____ gerichtet wurde. Darin wurden eine maligne arterielle Hypertonie mit weiterhin bestehenden Entgleisungen, eine erhaltene systolische linksventrikuläre Pumpfunktion ohne regionale Wandbewegungsstörungen sowie eine familiäre Disposition hinsichtlich einer arteriellen Hypertonie festgehalten (IVTSA-act. 5).

8.1.4 Eingereicht wurde zudem ein Bericht von Dr. med. N._____ vom 20. August 2020, welcher an Dr. med. O._____ gerichtet war. Darin führte Dr. N._____ aus, er habe den Patienten vom 17. bis 20. August 2020 wegen Verdachts auf schlafbezogene Atemstörung (SBAS) mehrmals im Schlaflabor untersucht. Diagnostiziert wurden ein schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom sowie eine arterielle Hypertonie. Die jetzt durchgeführten Polysomnographien hätten den Befund eines schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms bestätigt. Unter der eingeleiteten CPAP-Therapie hätten sich die obstruktiven Atemflussbehinderungen mit einem durchschnittlichen Druck von 7 mbar suffizient unterdrücken lassen. Die Verordnung für die CPAP-Therapie mit Maske und Atemluftbefeuchter habe er ausgestellt (IVSTA-act. 6).

8.1.5 Der Beschwerdeführer legte sodann einen ärztlichen Entlassungsbericht des Reha-Zentrums P._____ für die Deutsche Rentenversicherung vom 21. Oktober 2020 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 23. September bis 21. Oktober 2020 vor, welcher von Dr. med. Q._____, Dr. med. univ. R._____ und Dr. S._____ erstellt wurde. Darin wurden eine arterielle Hypertonie, ein im Jahr 2020 diagnostizierter Diabetes mellitus, eine Hyperlipidämie sowie ein mittels CPAP behandeltes obstruktives Schlafapnoesyndrom als Diagnosen aufgeführt. Im Bericht wurde festgehalten, es bestehe eine deutliche arterielle Hypertonie trotz umfangreicher

antihypertensiver Therapie. Bei guter kardialer Pumpfunktion und normaler Leistungsfähigkeit sei das dargebotene balneophysikalische Therapieprogramm bewusst auf moderatem Niveau durchgeführt worden. Schwere Blutdruckentgleisungen hätten auch unter Belastung nicht festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei unter Berücksichtigung dieser gesundheitlichen Einschränkungen in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte Tätigkeiten überwiegend im Gehen, Stehen und Sitzen im Tages-, Früh- und Spätschichtbetrieb in einem zeitlichen Umfang von mehr als sechs Stunden täglich auszuüben. Als negatives Leistungsvermögen nannten die Ärzte Einschränkungen betreffend kardiopulmonale Funktionen und «sonstige». Der Beschwerdeführer wurde bei vollschichtigem Leistungsbild auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit am 21. Oktober 2020 arbeitsunfähig in die weitere hausärztliche Behandlung entlassen (IVSTA-act. 7).

8.1.6 Der Beschwerdeführer reichte sodann einen ärztlichen Entlassungsbericht aus dem T._____ Reha-Zentrum (…) für die Deutsche Rentenversicherung vom 17. Juni 2021 ein, welcher von Dr. med. U._____, V._____ und Dr. med. W._____ erstellt wurde. Darin wurden als Diagnosen eine Funktionsminderung der Halswirbelsäule bei rezidivierendem HWS-Syndrom, eine maligne arterielle Hypertonie mit häufigen Entgleisungen, eine Reaktion auf schwere Belastung, ein medikamentös behandelter Diabetes mellitus Typ 2, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom mit CPAP-Therapie sowie ein seit Mai 2021 bestehendes Vorhofflimmern unter oraler Antikoagulation mit Apixaban aufgeführt. Weiter wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei seit dem 11. März 2020 aufgrund des Bluthochdrucks arbeitsunfähig gewesen. Es wurde ihm aus orthopädischer Sicht für seine bisherige Tätigkeit sowie für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Leistungsfähigkeit von mindestens sechs Stunden täglich im Früh- und Spätschichtbetrieb, unter Ausschluss von Nachtdiensten, attestiert. Die Beurteilung des negativen Leistungsvermögens entfalle. Die Entlassung erfolgte jedoch unter Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit zwecks weiterer Abklärung des Bluthochdrucks sowie fachpsychiatrischer Diagnostik (IVSTA-act. 8).

8.1.7 Weiter wurde ein Bericht des Klinikums X._____ vom 23. Juni 2021 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 21. bis 23. Juni 2021 zur Durchführung einer elektrischen Kardioversion (ECV) bei Vorhofflimmern vorgelegt, welcher von Dr. med. Y._____ an Dr. med. J._____ gerichtet wurde. Darin wurden ein symptomatisches Vorhofflimmern (Erstdiagnose Mai 2021), eine maligne arterielle Hypertonie mit häufigen

Entgleisungen, ein Verdacht auf eine Somatisierungsstörung, eine Funktionsminderung der Halswirbelsäule bei rezidivierendem HWS-Syndrom, ein Diabetes mellitus Typ 2 sowie ein obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS) mit CPAP-Therapie diagnostiziert. Ferner wurde empfohlen, aufgrund eines CHA_2DS_2-VASc-Scores von 2 eine lebenslange orale Antikoagulation mit Eliquis durchzuführen. Für den Fall eines erneuten symptomatischen Rezidivs des Vorhofflimmerns wurde eine Pulmonalvenenisolation empfohlen (IVSTA-act. 9).

8.1.8 Der Beschwerdeführer reichte ferner einen Bericht der Z._____ vom 28. September 2021 ein, welcher von Dr. med. Aa._____ an Dr. med. J._____ gerichtet war. Gestützt auf eine MRT der rechten Schulter wurden eine Tendinopathie der Rotatorenmanschette mit Peritendinitis ohne Nachweis einer Ruptur sowie eine Impingementkonstellation mit milder periartikulärer Bursitis festgestellt (IVSTA-act. 10).

8.1.9 Der Beschwerdeführer legte zudem einen Bericht der Z._____ vom 21. Dezember 2021 vor, welcher von Dr. med. Bb._____ an Dr. med. J._____ gerichtet wurde. Gestützt auf eine MRT des rechten Kniegelenks wurden Innenmeniskusrupturen festgestellt (IVSTA-act. 11; 12).

8.1.10 Der Beschwerdeführer reichte des Weiteren einen Bericht von PD Dr. med. Cc._____ der Dd._____ vom 31. Januar 2022 ein, welcher an Dr. med. J._____ gerichtet wurde. Darin wurde eine Innenmeniskusläsion des rechten Kniegelenks diagnostiziert. Klinisch wurden kein Kniegelenkerguss, eine regelrechte Patellastellung und -führung sowie eine retropatellare Krepitation festgestellt. Ein Patella-Tilt und ein Apprehension-Zeichen bestanden nicht. Die Plica mediopatellaris war regelrecht tastbar und unauffällig. Die Seitenbänder erwiesen sich in Überstreckung, Streckstellung und bei 30°-Beugung als stabil. Der Lachman-Test zeigte eine extensionsnahe Schublade mit festem vorderem und hinterem Anschlag, während der Pivot-Shift- und der Jerk-Test unauffällig ausfielen. Leichte Innenmeniskuszeichen konnten provoziert werden (IVSTA-act. 13).

8.1.11 Es wurden sodann zwei Berichte der Z._____ vom 24. Mai 2022 vorgelegt, welche von Dr. med. Aa._____ beziehungsweise Dr. med. Ee._____ an Dr. med. J._____ gerichtet waren. Gestützt auf eine MRT des rechten Knies wurde ein Lappenriss des Innenmeniskus festgestellt. Im Rahmen einer MRT der Lendenwirbelsäule (LWS), welche aufgrund eines LWS-Syndroms durchgeführt worden war, wurden ein Bandscheiben-Bulging auf Höhe L3/L4 ohne Nervenwurzelkompression, eine

Bandscheibenprotrusion auf Höhe L4/L5, kein Hinweis auf einen lumbalen Bandscheibenvorfall, ein Bandscheiben-Bulging auf Höhe L5/S1 sowie eine beidseitige Spondylarthrose der Segmente L3/L4 bis L5/S1 mit Betonung auf Höhe L4/L5 beschrieben. Ferner wurden geringgradige disco-osteogene Neuroforamenstenosen auf Höhe L4/L5 beidseits sowie Wirbelkörperhämangiome der Lendenwirbelkörper LWK 1, LWK 4 und LWK 5 festgestellt. Der Spinalkanal wurde als normal weit beurteilt. In seiner zusammenfassenden Beurteilung des MRT der Lendenwirbelsäule hielt er eine initiale Orteochondrose mit Bandscheibenprotrusion und geringgradige bilaterale Neuroforamenstenose L4/L5 beidseits fest (IVSTA-act. 14; 15).

8.1.12 Der Beschwerdeführer legte ferner einen Bericht der Ff._____ vom 23. Juni 2022 vor, welcher von Dr. med. Gg._____ an Dr. med. J._____ gerichtet wurde. Der Bericht betrifft eine Früherkennungsuntersuchung. Als Diagnosen wurden ein Diabetes mellitus Typ II, eine arterielle Hypertonie, ein Zustand nach antikoagulatorischer Therapie mit Eliquis, ein Vorhofflimmern sowie eine Prostatahyperplasie Stadium I aufgeführt. Klinisch wurden beidseits klopfschmerzfreie Nierenlager, ein unauffälliges Abdomen sowie ein altersentsprechend unauffälliges äusseres Genitale beschrieben. Rektal wurde eine mittelgrosse Prostata festgestellt, welche nach kranial gut zu umfahren gewesen sei; ein Malignomverdacht habe nicht bestanden. Dr. Gg._____ schloss auf eine Prostatahyperplasie im Stadium I ohne derzeitigen Handlungsbedarf (IVSTA-act. 16).

8.1.13 Der Beschwerdeführer legte sodann die Auswertung eines Langzeit-EKGs vom 8. November 2022 vor, welche von der L._____, Dr. med. M._____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, erstellt und an Dr. med. J._____ gerichtet wurde. In der Beurteilung wurde eine durchgehende absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern festgehalten (IVSTA-act. 17; 24).

8.1.14 Der Vorinstanz lag sodann ein (vordatierter) Arztbericht vom 21. November 2022 betreffend die stationäre Behandlung in der Klinik Hh._____ vom 23. bis 24. November 2022 vor. Darin wurden als Diagnosen ein persistierendes Vorhofflimmern, eine schwer einstellbare arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ 2 sowie ein obstruktives Schlafapnoesyndrom aufgeführt. Es wurde darauf hingewiesen, dass am 23. November 2022 eine Kryoablation der Lungenvenen mit inkompletter Isolation der linken oberen Lungenvene (LSPV) durchgeführt worden sei. Bei schwer einstellbarer langjähriger Hypertonie habe die linke obere

Lungenvene trotz guter Okklusion und Temperaturenentwicklung nicht anhaltend isoliert werden können. Bei Auftreten eines Rezidivs nach der Blanking-Periode (> 3 Monate nach Ablation) werde die Durchführung einer 3D-gesteuerten Radiofrequenzablation der linken Lungenvene mit gegebenenfalls linksatrialer Substratmodifikation empfohlen. Zur Vermeidung zukünftiger Rezidive werde insbesondere eine strikte Blutdruckeinstellung erforderlich sein. Der Bericht war von Dr. med. Ii._____ an Dr. med. M._____ gerichtet (IVSTA-act. 25).

8.1.15 Die Vorakten enthalten zudem einen Befundbericht vom 20. Dezember 2022, welcher von Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Hausarzt des Beschwerdeführers, für die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente erstellt wurde. Darin wurden eine maligne arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern, ein HWS-Syndrom, ein Diabetes mellitus Typ II, eine COPD sowie ein Schlafapnoe-Syndrom als Diagnosen aufgeführt. Der Befundbericht führt sodann auf, dass der Beschwerdeführer durch Dr. med. J._____ seit dem 11. März 2020 aufgrund der arteriellen Hypertonie und des Vorhofflimmerns als arbeitsunfähig geschrieben sei (IVSTA-act. 18).

8.1.16 Es wurde ferner ein Befundbericht vom 22. Dezember 2022 eingereicht, welcher von Dipl.-Psych. Jj._____, psychotherapeutische Praxis, für die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente erstellt worden war. Darin wurden psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) diagnostiziert. Als daraus resultierende Funktionseinschränkungen wurden eine dauerhaft verminderte Stressbelastbarkeit, starke Ängste in Bezug auf multimorbide körperliche Erkrankungen, eine rasche Erschöpfbarkeit sowie eine verminderte beziehungsweise weitgehend aufgehobene Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit beschrieben. Zudem wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei auf Unterstützung beim Schriftverkehr sowie bei der Bewältigung des Haushalts und alltäglicher Pflichten angewiesen; ferner bestehe keinerlei Stressbelastbarkeit mehr. Als besonders belastend wurden die erst sehr spät erfolgte somatisch-medizinische Diagnostik mit schweren Beschwerden und die dadurch verursachte massive Überforderung im Alltag bezeichnet (IVSTA-act. 19).

8.1.17 Der Beschwerdeführer reichte sodann einen Arztbericht über die stationäre Behandlung in der Klinik Hh._____ vom 2. Februar 2023 bis 3. Februar 2023 zwecks Durchführung einer geplanten Re-Ablation bei

Zustand nach inkompletter Pulmonalvenenisolation mittels Cryoenergie im November 2022, bei symptomatischem Vorhofflimmern, ein. Darin sind als Diagnosen ein persistierendes Vorhofflimmern (Erstdiagnose 2019), eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ 2 unter oraler antidiabetischer Therapie (OAD) sowie ein obstruktives Schlafapnoesyndrom mit CPAP-Therapie aufgeführt. Dieser Bericht vom 31. Januar 2023 war von Dr. med. Ii._____ an Dr. med. M._____ gerichtet (IVSTA-act. 27).

8.1.18 Die Akten enthalten schliesslich einen Medikationsplan der Klinik Hh._____ vom 3. Februar 2023, wobei gemäss Medikationsplan die folgenden Wirkstoffe bzw. Arzneimittel vom Beschwerdeführer eingenommen wurden: Pantoprazol (Na); Metformin hydrochlorid; Apixaban; Amiodaron hydrochlorid; Moxonidin; Minoxidil; Eplerenon; Metoprolol succinat; Lercanidipin hydrochlorid; Candesartan, Hydrochlorothiazid und bei Bedarf Nifedipin (IVSTA-act. 28).

8.2 Die medizinische Aktenlage erweist sich insgesamt als umfangreich und dokumentiert den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers über mehrere Jahre anhand von Berichten aus verschiedenen Fachrichtungen, namentlich der Kardiologie, Inneren Medizin, Allgemeinmedizin, Orthopädie, Radiologie sowie Psychotherapie. Die einzelnen ärztlichen Berichte erscheinen für sich betrachtet schlüssig und nachvollziehbar begründet und enthalten keine Anhaltspunkte, welche ihre Zuverlässigkeit als solche in Frage stellen würden. Darauf hinzuweisen ist jedoch, dass die Deutsche Rentenversicherung ein von der schweizerischen Invalidenversicherung wesentlich abweichendes Rentenabstufungssystem kennt. Gemäss § 43 Abs. 1 des SGB (Sozialgesetzbuchs) VI gelten Versicherte als teilweise erwerbsgemindert, wenn sie wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit ausserstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Als voll erwerbsgemindert werden demgegenüber insbesondere Versicherte eingestuft, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit ausserstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 2 SGB). Mit Blick auf diese vom schweizerischen IV-Rentenabstufungssystem abweichende Regelung weisen die (an das deutsche Bemessungssystem anknüpfenden) ärztlichen Schlussfolgerungen jedenfalls im vorliegenden Fall nicht die für die schweizerische Rentenbemessung erforderliche, rechtsgenügliche Präzision auf (vgl. zur feineren Rentenabstufung nach schweizerischem Recht: Art. 28 Abs. 2 IVG). Im Übrigen haben die schweizerischen Behörden die Rentenprüfung unabhängig vom

Ergebnis der ausländischen IV-Verfahren vorzunehmen, so dass eine Bindungswirkung von Verfügungen der Deutschen Rentenversicherung entfällt (vgl. Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 6.2 in fine, C-1601/2019 vom 18. November 2020 E. 7.5.2)..

Weiter zu berücksichtigen ist, dass Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Letzteres vermag den Beweiswert der darin erhobenen objektiven Befunde und Diagnosen nicht per se in Frage zu stellen. Gleichzeitig erschöpft sich die medizinische Aktenlage nicht in einer übereinstimmenden Dokumentation der gesundheitlichen Beschwerden. Zwar diagnostizieren die behandelnden Ärztinnen und Ärzte weitgehend übereinstimmend als wesentliche somatische Leiden ein Vorhofflimmern, eine langjährige arterielle Hypertonie, einen Diabetes mellitus Typ 2 sowie ein obstruktives Schlafapnoesyndrom. Darüber hinaus werden ein HWS-Syndrom, degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule sowie eine Innenmeniskusläsion des rechten Knies beschrieben. Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen dieser Erkrankungen und insbesondere der Arbeits- beziehungsweise Leistungsfähigkeit ergeben sich aus den Akten jedoch unterschiedliche ärztliche Einschätzungen. So attestieren die für die Deutsche Rentenversicherung erstellten Rehabilitationsberichte grundsätzlich eine Leistungsfähigkeit von mehr als sechs Stunden täglich für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, während der Beschwerdeführer gleichzeitig weiterhin arbeitsunfähig entlassen wurde und der Hausarzt seit März 2020 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der arteriellen Hypertonie und des Vorhofflimmerns bescheinigte (IVSTA-act. 7, 8, 18, 32-42, 48). Hinzu tritt der psychotherapeutische Befundbericht vom 22. Dezember 2022, welcher eine mittelgradige depressive Episode sowie erhebliche funktionelle Einschränkungen, insbesondere eine dauerhaft verminderte Stressbelastbarkeit, eine rasche Erschöpfbarkeit und eine weitgehend aufgehobene Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit beschreibt (IVSTA-act. 19). Die medizinischen Akten enthielten damit nicht lediglich feststehende Befunde, sondern auch unterschiedliche ärztliche Bewertungen ihrer funktionellen Auswirkungen. Nach der Rechtsprechung können versicherungsinterne Aktengutachten zwar auch ohne eigene Untersuchung beweiskräftig sein. Dies setzt jedoch voraus, dass ein lückenlos dokumentierter medizinischer Sachverhalt vorliegt und sich die Beurteilung im Wesentlichen auf die fachärztliche Würdigung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts beschränkt (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.). Gerade wenn – wie vorliegend – unterschiedliche ärztliche Einschätzungen zu den funktionellen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorliegen, hat die versicherungsinterne Fachperson diese medizinischen Unterlagen vollständig zu würdigen, die divergierenden Beurteilungen nachvollziehbar gegeneinander abzuwägen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder ob ergänzende medizinische Abklärungen erforderlich sind (BGE 142 V 58 E. 5.1).

8.3 Zu prüfen ist nachfolgend, ob die RAD-Stellungnahme vom 9. Oktober 2023 den von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein versicherungsinternes Aktengutachten genügt. Es ist zu untersuchen, ob die RAD-Ärztin die vorhandenen medizinischen Unterlagen vollständig erfasst, die divergierenden ärztlichen Einschätzungen nachvollziehbar gewürdigt und ihre Schlussfolgerungen schlüssig begründet hat.

8.3.1 Aus der RAD-Stellungnahme vom 9. Oktober 2023 (IVTSA-act. 46) ergibt sich, dass die RAD-Ärztin die eingereichten medizinischen Unterlagen vollständig sichtete und in ihrer Aktenübersicht erfasste. Sie führte dabei insbesondere auch die für die Deutsche Rentenversicherung erstellten ärztlichen Entlassungsberichte vom 21. Oktober 2020 (IVSTA-act. 7) und 17. Juni 2021 (IVSTA-act. 8) sowie den psychotherapeutischen Befundbericht vom 22. Dezember 2022 (IVSTA-act. 19) auf. Die genannten Berichte bilden die umfassendsten medizinischen Aktenstücke, da sie neben den Diagnosen insbesondere Angaben zur Anamnese, zum bisherigen Krankheitsverlauf, zu den gesundheitlich bedingten funktionellen Einschränkungen, zu den Kontextfaktoren (Zivilstand, soziales Umfeld, Wohnsituation, finanzielle Situation, beruflicher Werdegang etc.) sowie zum verbliebenen Leistungsvermögen enthalten und teilweise auf interdisziplinären Abklärungen beruhen. Ferner führte die RAD-Ärztin den Befundbericht vom 20. Dezember 2022 (IVSTA-act. 18) auf und bezeichnete diesen als unleserlich. Zwar ist der Bericht handschriftlich verfasst und seine Lesbarkeit eingeschränkt. Jedenfalls lassen sich ihm aber zu wesentlichen Teilen medizinische Angaben, namentlich die Diagnosen sowie die Feststellung entnehmen, der Beschwerdeführer sei seit dem 11. März 2020 aufgrund der arteriellen Hypertonie und des Vorhofflimmerns arbeitsunfähig geschrieben. Der Bericht vom 29. März 2012 wird nicht näher beleuchtet. Anzumerken ist jedoch, dass dieser die arterielle Hypertonie betraf, welche in den nachfolgenden Berichten eingehend untersucht und behandelt wurde

(IVSTA-act. 3). Der jüngste medizinische Bericht datiert vom 31. Januar 2023 und lag der RAD-Ärztin bei der Erstellung ihrer Stellungnahme vom 9. Oktober 2023 bereits vor. Insgesamt ergibt sich damit, dass sämtliche, für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit relevanten, bis zum Erlass der RAD-Stellungnahme eingereichten medizinischen Unterlagen in die Aktenprüfung einbezogen und für die Beurteilung berücksichtigt wurden.

8.3.2 Im Rahmen ihrer Aktenbeurteilung berücksichtigte die RAD-Ärztin die in den Akten enthaltenen Angaben zu den persönlichen, beruflichen und versicherungsrechtlichen Verhältnissen des Beschwerdeführers. Sie hielt fest, dass es sich um einen 61-jährigen, seit November 2019 verheirateten Mann handelt, der über eine Ausbildung als Maler/Lackierer sowie als Farb- und Lackiertechniker verfügt. Ferner erfasste sie dessen beruflichen Werdegang, insbesondere die Tätigkeiten als Leiter Export Industrielacke sowie als Key Account Manager im Aussendienst. Bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit berücksichtigte sie namentlich die im Arbeitgeberfragebogen enthaltenen Angaben zu den konkreten Aufgaben sowie den Umstand, dass es sich um eine überwiegend körperlich leichte Tätigkeit mit Kundenbetreuung, Computerarbeit, Telefonkontakten und Autofahrten handelte. Sodann bezog sie die Angaben zur Versicherungsbiografie des Beschwerdeführers, zum in Deutschland geführten Rentenverfahren sowie zum schweizerischen IV-Verfahren in ihre Aktenbeurteilung ein.

8.3.3 Die RAD-Ärztin setzte sich in ihrer Stellungnahme mit sämtlichen aktenkundigen Gesundheitsstörungen auseinander und nahm zu deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Stellung. Hinsichtlich der Visusminderung, der arteriellen Hypertonie, des Diabetes mellitus Typ 2, des obstruktiven Schlafapnoesyndroms sowie des Vorhofflimmerns legte sie nachvollziehbar dar, weshalb sie aus diesen Gesundheitsstörungen keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableitete. Ebenso würdigte sie die degenerativen Veränderungen an der rechten Schulter, am rechten Knie sowie an der Lendenwirbelsäule und gelangte zum Schluss, es handle sich um bildgebend erhobene Befunde ohne dokumentierte funktionelle Auswirkungen. Soweit sie sich mit den einzelnen Diagnosen auseinandersetzte, erscheint ihre versicherungsmedizinische Beurteilung grundsätzlich nachvollziehbar. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung verlangt indessen von einer versicherungsinternen Aktenbeurteilung nicht lediglich eine Beurteilung der einzelnen Diagnosen. Vielmehr hat die versicherungsinterne Fachperson die vorhandenen medizinischen Unterlagen gesamthaft zu würdigen, bei divergierenden ärztlichen Einschätzungen eine nachvollziehbare Wertung vorzunehmen und zu

beurteilen, ob auf die eine oder die andere medizinische Auffassung abzustellen oder ob weitere medizinische Abklärungen erforderlich sind (BGE 142 V 58 E. 5.1). Soll – wie vorliegend – ohne Einholung eines externen Gutachtens und ausschliesslich gestützt auf eine versicherungsinterne Stellungnahme entschieden werden, sind an diese Würdigung besonders strenge Anforderungen zu stellen; bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit oder Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Beurteilung machen ergänzende medizinische Abklärungen erforderlich (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2).

8.3.4 Diesen Anforderungen wird die RAD-Stellungnahme nicht in allen Punkten gerecht. Hinsichtlich des chronisch rezidivierenden HWS-Syndroms hielt die RAD-Ärztin ausdrücklich fest, dass fachärztliche Abklärungen nicht erfolgt seien und neurologische Reiz- oder Ausfallerscheinungen nicht dokumentiert seien. Gerade diese Feststellungen verdeutlichen jedoch, dass insoweit keine gesicherte fachärztliche Beurteilungsgrundlage bestand. Die RAD-Ärztin schloss, ohne zu prüfen, ob zusätzliche medizinische Abklärungen erforderlich seien, unmittelbar auf das Fehlen einer IV-relevanten Arbeitsunfähigkeit. Eine vergleichbare Vorgehensweise wählte sie hinsichtlich der Beschwerden an der Lendenwirbelsäule. Dort beschränkte sie sich im Wesentlichen auf den Hinweis, es lägen lediglich geringgradige degenerative Veränderungen ohne dokumentierte Klinik vor, ohne sich vertieft mit den radiologisch dokumentierten Befunden und deren möglichen funktionellen Auswirkungen auseinanderzusetzen. Entsprechendes gilt zudem für die psychischen Beschwerden. Die RAD-Ärztin setzte sich zwar auch mit den aktenkundigen psychischen Unterlagen auseinander. Sie verwies auf die in den Rehabilitationsberichten aus den Jahren 2020 und 2021 erwähnte möglicherweise psychogen getriggerte Hypertonie, eine Belastungsreaktion, Unzufriedenheit am Arbeitsplatz sowie Ängste im Zusammenhang mit einem drohenden Arbeitsplatzverlust. Den psychotherapeutischen Befundbericht vom 22. Dezember 2022 bezeichnete sie hingegen als praktisch unleserlich und erachtete die darin diagnostizierte mittelgradige depressive Episode mangels dokumentierten Psychostatus sowie mangels antidepressiver Behandlung als nicht nachvollziehbar. Damit beschränkte sie sich jedoch im Wesentlichen auf die Feststellung, dass die Diagnose aus ihrer Sicht nicht hinreichend belegt sei. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den im Befundbericht beschriebenen funktionellen Einschränkungen – namentlich der dauerhaft verminderten Stressbelastbarkeit, der raschen Erschöpfbarkeit sowie der weitgehend aufgehobenen Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit – unterblieb. Ebenso prüfte sie nicht, ob angesichts der von ihr selbst als unzureichend

bezeichneten Unterlagen ergänzende psychiatrische oder psychologische Abklärungen angezeigt gewesen wären. Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann eine versicherungsinterne Stellungnahme nach der Rechtsprechung regelmässig keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern lediglich Anlass zu weitergehenden medizinischen Abklärungen geben (Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

8.3.5 Hinzu kommt, dass sich die RAD-Stellungnahme nicht erkennbar mit dem Zusammenwirken der einzelnen gesundheitlichen Beeinträchtigungen befasst. Zwar wurde die seit März 2020 attestierte Arbeitsunfähigkeit in den medizinischen Unterlagen im Wesentlichen mit der arteriellen Hypertonie beziehungsweise dem ungenügend kontrollierten Blutdruck begründet. Gleichwohl war die RAD-Ärztin gehalten, sämtliche aktenkundigen somatischen und psychischen Leiden im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Gesamtbeurteilung zu würdigen und deren mögliche Wechselwirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Eine solche Gesamtwürdigung lässt sich der Stellungnahme nicht entnehmen. Ebenso fehlt eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den teilweise voneinander abweichenden ärztlichen Einschätzungen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. E. 8.2; Leistungsfähigkeit von mehr als sechs Stunden täglich: IVSTA-act. 7, 8; zu voller Arbeitsunfähigkeit: IVSTA-act. 18, 32–42, 48) sowie eine Begründung dafür, weshalb einzelnen ärztlichen Beurteilungen gegenüber anderen der Vorzug einzuräumen sei. Insgesamt vermag die RAD-Stellungnahme den erhöhten Anforderungen, welche die Rechtsprechung an ein versicherungsinternes Aktengutachten stellt, nicht zu genügen. Zwar referiert sie die aktenkundigen Diagnosen und setzt sich mit den einzelnen Gesundheitsstörungen auseinander. Eine umfassende versicherungsmedizinische Würdigung der gesamten Aktenlage, eine nachvollziehbare Gewichtung der unterschiedlichen ärztlichen Einschätzungen sowie eine Prüfung der Notwendigkeit ergänzender medizinischer Abklärungen fehlen jedoch. Bereits aus diesem Grund bestehen zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit und Vollständigkeit der RAD-Beurteilung. Diese vermag daher keine hinreichende Grundlage für den Verzicht auf weitere medizinische Abklärungen und den angefochtenen Entscheid zu bilden (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1; BGE 139 V 225 E. 5.2).

8.3.6 Anzumerken ist, dass der RAD-Ärztin die für die versicherungsmedizinische Beurteilung erforderlichen fachlichen Qualifikationen grundsätzlich nicht gefehlt haben. Sie verfügt über den Facharzttitel für Allgemeine

Innere Medizin und war damit aufgrund ihrer Ausbildung und Spezialisierung ohne Weiteres befähigt, die vorliegend im Wesentlichen internistisch-kardiologisch, diabetologisch und allgemeinmedizinisch fachärztlich dokumentierten Gesundheitsstörungen sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit versicherungsmedizinisch zu beurteilen (vgl. Urteil des BGer 9C_581/2007 vom 14. Juli 2008 E. 3.2 in fine). Dies gilt jedoch nicht für die Beurteilung der psychiatrischen Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteile des BGer 8C_584/2018 vom 13. November 2018 E. 4.1.1.2 und 9C_826/2009 vom 20. Juli 2010 E. 4.2-4.4). Die fachliche Qualifikation der RAD-Ärztin wird vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt.

8.4 Im Rahmen der Vernehmlassung liess die Vorinstanz die medizinischen Akten zusätzlich durch Dr. F._____, Psychiater des ärztlichen Dienstes der IV-Stelle, beurteilen (Stellungnahme vom 6. Februar 2024; BVGer-act. 9 Beilage 2). Anlass hierfür bildete insbesondere der für die Deutsche Rentenversicherung erstellte psychotherapeutische Befundbericht vom 22. Dezember 2022, in welchem unter anderem eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wurde (IVSTA-act. 19). Zwar wurde die psychiatrische Stellungnahme der IV-Stelle erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt. Indessen stützt sie sich ausschliesslich auf bereits vor Verfügungserlass aktenkundige medizinische Unterlagen und dient der versicherungsmedizinischen Würdigung des Gesundheitszustands im massgebenden Beurteilungszeitpunkt. Sie ist daher insoweit zu berücksichtigen, als sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zulässt (vgl. E. 3.3). Auch für diese Beurteilung wurde keine eigene ärztliche Untersuchung durchgeführt.

8.4.1 Im Rahmen seiner Stellungnahme setzte sich Dr. F._____ mit dem Entlassungsbericht vom 21. Oktober 2020 (IVSTA-act. 7), dem Entlassungsbericht vom 17. Juni 2021 (IVSTA-act. 8) sowie dem Befundbericht vom 22. Dezember 2022 (IVSTA-act. 19) auseinander. Zum Entlassungsbericht vom 21. Oktober 2020 führte Dr. F._____ aus, diesem seien keine psychiatrischen Diagnosen zu entnehmen; zudem seien weder psychische Beschwerden dokumentiert noch sei eine psychologische beziehungsweise psychiatrische Betreuung erfolgt. Dieser Einschätzung kann in dieser Absolutheit nicht gefolgt werden. Zwar wurde tatsächlich keine psychiatrische Diagnose gestellt. Dem Bericht lassen sich jedoch verschiedene Hinweise auf psychische Belastungsfaktoren entnehmen. So gab der Beschwerdeführer an, unsicher zu sein, ob er seinen bisherigen

Arbeitsplatz weiterhin ausüben könne, da er mit dem Druck «von oben» nicht mehr zurechtkomme. Als Rehabilitationsziel wurde ausdrücklich ein verbesserter Umgang mit Ängsten festgehalten. Sodann führten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte aus, dass das erhöhte Blutdruckniveau möglicherweise psychisch mitbedingt sei, weshalb eine psychologische Unterstützung zunächst dauerhaft als sinnvoll erachtet wurde. Dem Bericht ist weiter zu entnehmen, dass sich der Umgang mit Ängsten bis zum Austritt nicht verbessert habe und die Stressbewältigung lediglich teilweise gelungen sei. Entgegen der Darstellung von Dr. F._____ enthält der Bericht somit durchaus Anhaltspunkte für psychische Belastungen sowie deren therapeutische Behandlung.

8.4.2 Hinsichtlich des Entlassungsberichts vom 17. Juni 2021 hielt Dr. F._____ fest, es sei die Diagnose einer unspezifischen Anpassungsstörung (F43.9) dokumentiert worden. Der Beschwerdeführer habe psychische Belastungen verneint; arbeitsbezogene Probleme seien im Rahmen des stationären Aufenthalts psychologisch mitbehandelt worden, wobei eine Besserung festgehalten worden sei. Auch diese Zusammenfassung greift jedoch zu kurz. Dem Bericht lassen sich als psychische Symptome insbesondere ein erhöhtes Stresserleben, eine ausgeprägte innere Anspannung sowie eine niedergeschlagene Stimmung entnehmen. Zwar ergaben die durchgeführten Ratingskalen lediglich milde Befunde. Gleichzeitig wird jedoch ausgeführt, der Beschwerdeführer empfinde eine erhebliche Stressbelastung und sei mit seiner beruflichen Situation unzufrieden. Die Anamnese ergab Hinweise auf eine hohe internale Stressbelastung bei gleichzeitig nur eingeschränkt vorhandenen Strategien zur Distanzierung und Beruhigung vor, während und nach Stresssituationen. Weiter werden eine mangelnde Abgrenzungsfähigkeit, eine unzureichende Selbstfürsorge sowie Konfliktvermeidung beschrieben. Vor diesem Hintergrund erachteten die behandelnden Fachpersonen eine psychotherapeutische Weiterbehandlung als indiziert und empfahlen eine entsprechende Therapie. Die Ausführungen von Dr. F._____ geben den Inhalt des Berichts damit lediglich teilweise wieder.

8.4.3 Zum Befundbericht vom 22. Dezember 2022 führte Dr. F._____ aus, daraus würden eine mittelgradige depressive Episode mit chronifiziertem Zustand und eine Funktionsbeeinträchtigung hervorgehen, welche mit einer aufgehobenen Leistungsfähigkeit einhergingen. Als psychischen Befund erwähnte er im Wesentlichen lediglich eine «lebensbedrohliche Daueranspannung». Auch diese Wiedergabe wird dem Inhalt des Berichts nicht vollständig gerecht. Darin werden eine psychische Beeinflussung bei

andernorts klassifizierten Krankheiten (F54) sowie eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) diagnostiziert. Als Folgen werden eine dauerhaft verminderte Stressbelastbarkeit, ausgeprägte Ängste im Zusammenhang mit den multimorbiden körperlichen Erkrankungen, eine rasche Erschöpfbarkeit sowie eine verminderte beziehungsweise weitgehend aufgehobene Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit beschrieben. Weiter wird festgehalten, der Beschwerdeführer sei beim Schriftverkehr sowie bei der Bewältigung des Haushalts und alltäglicher Verpflichtungen auf Unterstützung angewiesen; zudem bestehe keinerlei Stressbelastbarkeit mehr. Als besonders belastend wird die erst verspätet erfolgte somatisch-medizinische Diagnostik trotz schwerer Beschwerden bezeichnet, welche zu einer massiven Überforderung im Alltag geführt habe.

8.4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Dr. F._____ die psychischen Beschwerden und deren Entwicklung zwar grundsätzlich zur Kenntnis nahm. Seine Darstellung beschränkt sich jedoch weitgehend auf einzelne Aspekte der Berichte und lässt mehrere für die versicherungsmedizinische Beurteilung wesentliche Feststellungen der behandelnden Fachpersonen unberücksichtigt. Dadurch werden insbesondere die im Verlauf dokumentierte psychische Belastung des Beschwerdeführers, deren Zusammenhang mit den somatischen Erkrankungen sowie die empfohlene psychotherapeutische Weiterbehandlung nicht vollständig erfasst. Seine Stellungnahme vermittelt damit kein umfassendes Bild der in den medizinischen Unterlagen dokumentierten psychischen Befunde. Eine versicherungsinterne Aktenbeurteilung hat indessen die vorhandenen medizinischen Unterlagen vollständig zu würdigen und sich mit den darin enthaltenen, für die Beurteilung erheblichen Befunden auseinanderzusetzen. Sie hat insbesondere bei voneinander abweichenden oder ergänzungsbedürftigen medizinischen Einschätzungen eine nachvollziehbare Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder andere Auffassung abzustellen oder ob weitere medizinische Abklärungen erforderlich sind (BGE 142 V 58 E. 5.1). Bestehen aufgrund einer unvollständigen oder nicht hinreichend gewürdigten Aktenlage auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit oder Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilung, genügt diese den erhöhten beweisrechtlichen Anforderungen nicht und vermag keine hinreichende Entscheidgrundlage zu bilden (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2). Erachtet die versicherungsinterne Fachperson die vorhandenen Unterlagen als unzureichend oder nicht beweistauglich, kann ihre Stellungnahme regelmässig nicht Grundlage einer abschliessenden Beurteilung sein, sondern hat Anlass zu weitergehenden

medizinischen Abklärungen zu geben (Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

Dr. F._____ führte in seiner Stellungnahme vom 6. Februar 2024 weiter aus, es fehle an fachärztlich-psychiatrischen Diagnosen. Die im Rahmen der zweiten Rehabilitationsbehandlung gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung beruhe lediglich auf einer psychologischen Einschätzung und erscheine nicht nachvollziehbar begründet; aufgrund der geschilderten Beschwerdekonstellation erachtete er vielmehr die Diagnose «Psychologische Faktoren und Verhalten bei andernorts klassifizierten Krankheiten» (F54) als eher gerechtfertigt. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen seien ausschliesslich von allgemeinmedizinischer Seite erfolgt. Schliesslich hielt er fest, der Beschwerdeführer mache weder im Fragebogen für Versicherte vom 18. August 2023 noch im Beschwerdeverfahren eine psychische beziehungsweise psychiatrische Problematik geltend. Auch dieser Beurteilung kann nicht uneingeschränkt gefolgt werden. Zwar trifft zu, dass keine fachärztlich-psychiatrische Behandlung stattfand und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von allgemeinmedizinischer Seite ausgestellt wurden. Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, den medizinischen Unterlagen liessen sich keine relevanten psychischen Befunde entnehmen (vgl. Urteil des BGer 9C_540/2020 vom 18. Februar 2021 E. 4.4.2). Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 8.4.1), wurden im Rahmen beider stationären Rehabilitationsaufenthalte psychologische Gespräche geführt und psychische Belastungsfaktoren eingehend thematisiert. Dabei wurden unter anderem Ängste, eine erhebliche Stressbelastung, Unsicherheiten im Zusammenhang mit der beruflichen Situation sowie Defizite bei der Stressbewältigung dokumentiert. Zudem wurden psychologische Behandlungsziele festgelegt und im Austrittsbericht vom 17. Juni 2021 eine psychotherapeutische Weiterbehandlung ausdrücklich als indiziert empfohlen. Diese Befunde waren als Teil der medizinischen Aktenlage im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Gesamtwürdigung zu berücksichtigen (BGE 142 V 58 E. 5.1). Weiter erscheint unstimmig, dass Dr. F._____ die im Rehabilitationsbericht gestellte Diagnose einer unspezifischen Anpassungsstörung als nicht überzeugend erachtet und stattdessen aus reiner Aktenlage die Diagnose «Psychologische Faktoren und Verhalten bei andernorts klassifizierten Krankheiten» (F54) als eher gerechtfertigt bezeichnet. Damit nimmt er eine eigenständige diagnostische Wertung vor, ohne den Beschwerdeführer selbst untersucht zu haben. Gleichzeitig hält er fest, der psychologische Befundbericht enthalte keine nachvollziehbare Diagnoseherleitung. Nach der Rechtsprechung können RAD-Stellungnahmen ohne eigene Untersuchung zwar beweiskräftig sein. Dies setzt jedoch

voraus, dass ein lückenloser medizinischer Befund vorliegt und sich die Beurteilung im Wesentlichen auf die fachärztliche Würdigung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts beschränkt (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). Wenn die vorhandenen Unterlagen aus psychiatrischer Sicht als unzureichend beurteilt werden, fehlt es jedoch gerade an der erforderlichen medizinischen Grundlage für eine abschliessende versicherungspsychiatrische Beurteilung auf Aktenbasis. Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson nach der Rechtsprechung regelmässig keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern lediglich Anlass zu weitergehenden medizinischen Abklärungen geben (Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3*).* Schliesslich überzeugt auch die Feststellung nicht, der Beschwerdeführer mache keine psychische beziehungsweise psychiatrische Problematik geltend. Der Beschwerdeführer bezeichnet zwar seine Beschwerden nicht ausdrücklich als psychische Erkrankung. Den medizinischen Unterlagen ist jedoch zu entnehmen, dass er wiederholt Ängste, eine erhebliche Stressbelastung, Schwierigkeiten im Umgang mit dem Druck am Arbeitsplatz sowie psychische Auswirkungen seiner körperlichen Erkrankungen schilderte. Diese Angaben finden sich sowohl in den Rehabilitationsberichten als auch im Befundbericht vom 22. Dezember 2022 (IV-STA-act. 7; 8; 19). Mit diesen aktenkundigen Feststellungen setzt sich Dr. F._____ nicht hinreichend auseinander. Gerade bei voneinander abweichenden oder ergänzungsbedürftigen medizinischen Einschätzungen hat die versicherungsinterne Fachperson die vorhandenen Unterlagen vollständig zu würdigen und nachvollziehbar zu begründen, weshalb auf die eine oder andere Auffassung abzustellen ist oder ob ergänzende Abklärungen erforderlich sind (BGE 142 V 58 E. 5.1). Unter diesen Umständen genügt die Stellungnahme von Dr. F._____ den Anforderungen an eine beweiskräftige versicherungsinterne Aktenbeurteilung nicht. Zwar ist es Aufgabe versicherungsinterner Fachpersonen, den medizinischen Sachverhalt aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen. Fehlt es jedoch – wie vorliegend von Dr. F._____ selbst festgestellt – an einer hinreichend gesicherten fachpsychiatrischen Grundlage beziehungsweise erachtet er die vorhandene psychologische Diagnostik als nicht nachvollziehbar, vermag seine Stellungnahme keine abschliessende Beurteilungsgrundlage zu bilden. Vielmehr hätte dies Anlass zu ergänzenden fachpsychiatrischen Abklärungen geben müssen (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1; Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Da sich die Vorinstanz vorliegend ausschliesslich auf diese versicherungsinterne Beurteilung stützte,

genügten bereits geringe Zweifel an deren Schlüssigkeit oder Zuverlässigkeit, um weitere medizinische Abklärungen erforderlich zu machen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2 mit Verweis auf BGE 142 V 58 E. 5.1).

8.4.5 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass trotz der aktenkundigen Hinweise auf eine ernstzunehmende psychische Erkrankung und belastungsbedingte Einschränkungen keine Prüfung anhand der massgebenden Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 vorgenommen wurde. Eine Ausnahmekonstellation, aufgrund welcher auf eine solche Indikatorenprüfung verzichtet werden könnte, ist vorliegend nicht ersichtlich (vgl. Urteil des BGer 8C_103/2022 vom 10. Mai 2022 E. 2.3).

8.5 Zusammenfassend vermögen weder die somatische Stellungnahme der RAD-Ärztin noch die psychiatrische Stellungnahme von Dr. F._____ eine hinreichende Grundlage für die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu bilden. Zwar setzten sich beide Fachpersonen mit den aktenkundigen Gesundheitsstörungen auseinander. Sie würdigten die vorhandenen medizinischen Unterlagen jedoch nicht in einer Weise, welche den bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige versicherungsinterne Aktenbeurteilung genügt. Unter diesen Umständen bestehen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilungen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vermögen diese deshalb keine hinreichende Grundlage für den Verzicht auf weitere medizinische beziehungsweise fachpsychiatrische Abklärungen und den angefochtenen Entscheid zu bilden (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1; BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

8.6 Im Rahmen der Replik macht der Beschwerdeführer geltend, aufgrund einer malignen arteriellen Hypertonie mit wiederholten Blutdruckentgleisungen arbeitsunfähig zu sein. Zudem reicht er ein ärztliches Attest vom 20. März 2024, einen psychotherapeutischen Bericht vom 17. Januar 2024, einen Medikamentenplan vom 22. Mai 2023 sowie 24-Stunden-Blutdruckmessungen vom 27. April 2020 und 22. November 2023 ein (BVGer-act. 11). Wie vorstehend ausgeführt, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht den Sachverhalt grundsätzlich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 6. November 2023 (vgl. E. 3.3). Nach diesem Zeitpunkt erstellte medizinische Unterlagen können insoweit berücksichtigt werden, als sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im massgebenden Zeitpunkt zulassen. Dies trifft sowohl auf das ärztliche Attest vom

20. März 2024 als auch auf den psychotherapeutischen Bericht vom 17. Januar 2024 zu. Beide Unterlagen beschreiben im Wesentlichen dasselbe Beschwerdebild wie die bereits aktenkundigen medizinischen Berichte und erlauben daher grundsätzlich Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung. Sie enthalten jedoch keine neuen medizinischen Erkenntnisse, welche die vorstehende Beweiswürdigung oder die rechtliche Beurteilung zu ändern vermöchten. Der eingereichte Medikamentenplan vom 22. Mai 2023 sowie die 24-Stunden-Blutdruckmessungen vom 27. April 2020 und 22. November 2023 wurden von der RAD-Ärztin im Rahmen der Duplik gewürdigt (BVGer-act. 13). Diese hielt fest, die Anpassung der Medikation entspreche einem üblichen therapeutischen Vorgehen und lasse für sich allein keine Rückschlüsse auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu. Die Blutdruckmessung vom November 2023 bestätige zwar eine weiterhin nicht optimal eingestellte arterielle Hypertonie; das nächtliche Dipping (Anmerkung Gericht: nächtliches Absinken des Blutdruckes) sei jedoch erhalten, die gemessenen Maximalwerte lägen nicht in einem kritischen Bereich und Hinweise auf relevante Endorganschäden bestünden weiterhin nicht. Zudem seien die Messwerte gegenüber der Untersuchung vom April 2020 leicht verbessert. Auch die zwischenzeitlich durchgeführten Ablationsbehandlungen wegen intermittierenden Vorhofflimmerns vermöchten keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen, zumal pro Eingriff lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von höchstens zwei Wochen nachvollziehbar erscheine. Unverändert gelte, dass dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Key Account Manager hiervon jedoch nicht betroffen sei.

Die nachträglich eingereichten Unterlagen vermögen somit aufgrund der fehlenden Hinweise auf relevante Endorganschäden, der gegenüber April 2020 leicht verbesserten Blutdruckwerte sowie der lediglich vorübergehenden Auswirkungen der Ablationsbehandlungen auf die Arbeitsfähigkeit keine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen und die vorstehenden Erwägungen nicht in Frage zu stellen. Sie bestätigen im Wesentlichen den bereits bekannten medizinischen Sachverhalt und geben keinen Anlass, von der vorstehenden Würdigung der Akten oder den daraus gezogenen rechtlichen Schlussfolgerungen abzuweichen.

8.7 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung 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).

8.8 Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen zumindest in den Fachbereichen Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie und Rheumatologie erforderlich. 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).

8.9 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. 72bis 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).

8.10 Mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers bleibt darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz nach erfolgter Abklärung des Gesundheitszustands und Feststellung einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit zudem die Verwertbarkeit derselben zu prüfen haben wird, wobei die Unverwertbarkeit der verbliebenen Leistungsfähigkeit vom Bundesgericht nicht leichthin angenommen wird. Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit

einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (vgl. BGE 146 V 16 E. 7.1; 145 V 2 E. 5.3.1; 138 V 457 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_59/2025 vom 8. Januar 2026 E. 5.1.2 m.H.).

9.
Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der massgebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht unvollständig abgeklärt worden ist. Damit lässt sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die daraus resultierenden Auswirkungen auf seine Leistungsfähigkeit anhand der vorliegen den Aktenlage nicht abschliessend beurteilen. Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

10.
Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

10.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 7.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihm der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

10.2 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]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 6. November 2023 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.
Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:	Die Gerichtsschreiberin:
Beat Weber	Pranvera Rasaj

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 Handen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: