



Urteil vom 16. November 2020

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger, Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiber Daniel Golta.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch lic. iur. LL.M. Matthias Huscher,
Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Invalidenrente;
Verfügung der IVSTA vom 10. Januar 2019.

Sachverhalt:**A.**

A._____ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), geboren am (...) 1975, deutscher Staatsangehöriger, verheiratet, wohnhaft in (...) (Deutschland), arbeitete in der Schweiz vom 1. August 1992 bis 31. März 2013 als Estrichleger. Ab April 2013 widmete er sich der Erziehung seiner Tochter und dem Haushalt. Vom 1. April bis 21. Mai 2016 arbeitete er in Deutschland im Akkordlohn als Estrichleger, musste die Beschäftigung jedoch wegen gesundheitlicher Beschwerden schliesslich aufgeben.

B.

Am 21. Dezember 2016 (Eingang bei der Schweizerischen Ausgleichskasse [SAK] am 29. Dezember 2016) stellte der Versicherte über den deutschen Versicherungsträger bei der SAK einen Antrag auf Invaliditätsrente (Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [doc.] 5, 26). Nach Einholen von Unterlagen zur medizinischen und erwerblichen Situation des Versicherten, einer Stellungnahme von Dr. B._____ des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) C._____ vom 1. Juni 2017 und Durchführung eines Einkommensvergleichs vom 26. Juni 2017 teilte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA oder Vorinstanz) dem Versicherten mit erstem Vorbescheid vom 4. Juli 2017 mit, dass sein Leistungsbegehren abgewiesen werde (doc. 61-63). Nach Eingang verschiedenster Arztberichte und eines Gutachtens aus Deutschland nahm die Ärztin des RAD C._____ am 20. April 2018 erneut Stellung. Die frühere Beurteilung sei zu bestätigen, jedoch liege erst ab Dezember 2016 eine Arbeitsunfähigkeit vor (doc. 109). Mit zweitem Vorbescheid vom 4. Mai 2018 teilte die IVSTA mit, sie beabsichtige, das Leistungsbegehren abzuweisen (doc. 110). Der Versicherte legte zusätzliche Arztberichte ins Recht, die von Dr. D._____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz mit Stellungnahme vom 21. August 2018 beurteilt wurden (doc. 142). Am 4. September 2018 teilte die IVSTA in einem dritten Vorbescheid mit, es liege nach wie vor kein Sachverhalt vor, der Anspruch auf eine Invalidenrente gebe; der Invaliditätsgrad liege bei (rentenausschliessenden) 15% (doc. 144). Nach dem Eingang weiterer Arztberichte hielt Dr. B._____ des RAD C._____ mit Stellungnahme vom 16. November 2018 an ihrer Beurteilung fest. Ergänzend äusserte sich der Bereich Fachdienste der Vorinstanz zur wirtschaftlichen Situation des Beschwerdeführers. Am 10. Januar 2019 verfügte die IVSTA, der Versicherte habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (doc. 160).

C.

C.a Mit Beschwerde vom 13. Februar 2019 focht A. _____ diese Verfügung vor Bundesverwaltungsgericht an und stellte Antrag auf Aufhebung der Verfügung und Gewährung einer Invalidenrente (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

C.b Am 21. März 2019 ging der vom Gericht verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– zur Deckung der mutmasslichen Verfahrenskosten in der Gerichtskasse ein (B-act. 3, 5).

C.c Mit Vernehmlassung vom 23. Mai 2019 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Zur Begründung verwies sie auf die angefochtene Verfügung und die ergänzende Stellungnahme von Dr. B. _____ des RAD C. _____ vom 18. April 2019 (B-act. 7).

C.d Mit Replik vom 17. Juni 2019 und ergänzender Replik vom 27. August 2019 reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte zu den Akten und hielt daran fest, dass eine berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen auch in einfachen Tätigkeiten und zeitlich eingeschränktem Masse nicht mehr möglich sei (B-act. 10, 14).

C.e In ihrer Duplik vom 26. September 2019 hielt die Vorinstanz ihrerseits – mit Verweis auf die Stellungnahme von Dr. B. _____ vom 23. September 2019 – an ihren Anträgen auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung fest. Eine leichtere, hüftschonende Verweistätigkeit sei nach wie vor möglich (B-act. 15).

C.f Der Beschwerdeführer ergänzte mit Triplik vom 1. November 2019 unter Verweis auf weitere Arztberichte, dass diese massgeblichen Feststellungen zu Funktionsbeeinträchtigungen und Einschränkungen des Leistungsvermögens enthielten (B-act. 19, 20).

C.g Am 7. November 2019 brachte das Bundesverwaltungsgericht der IVSTA die Triplik zur Kenntnis und schloss den Schriftenwechsel ab (B-act. 21).

C.h Mit ergänzender Triplik vom 24. März 2020 reichte der Beschwerdeführer ein internistisches Gutachten von Dr. E. _____ vom 24. Februar 2020 zu den Akten (B-act. 22). Das Bundesverwaltungsgericht eröffnete

daraufhin den Schriftenwechsel wieder und lud die IVSTA zu weiterer Stellungnahme ein (B-act. 23). In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 18. Juni 2020 hielt die Vorinstanz – unter Hinweis auf eine Stellungnahme von Dr. B. _____ des RAD C. _____ vom 16. Juni 2020 – an ihren Anträgen fest (B-act. 24).

C.i Mit Stellungnahme vom 28. August 2020 hielt der Beschwerdeführer daran fest, dass das Gutachten von Dr. E. _____ überzeugend die massiven Funktionsbeeinträchtigungen infolge Morbus Crohn beschreibe, die einer körperlich leichten und angepassten Tätigkeit entgegenstünden. Er habe sich zudem mehrfach in stationäre Behandlung begeben müssen, was ebenfalls zu berücksichtigen sei (B-act. 27 f.). Mit Eingabe vom 22. September 2020 reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte zu den Akten und machte erneut geltend, aus diesen Unterlagen werde ersichtlich, dass eine leichte, angepasste Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sei (B-act. 29 f.).

C.j Am 29. September 2020 brachte das Bundesverwaltungsgericht die Eingabe und die beigelegten Beweismittel der Vorinstanz zur Kenntnis und verzichtete auf die erneute Ansetzung einer Frist zur Stellungnahme (B-act. 31).

D.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird – soweit erforderlich – im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

1.3 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 10. Januar 2019 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

2.

2.1 Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Deutschland und hat vor Ergehen der angefochtenen Verfügung zuletzt in Deutschland gearbeitet und dort Wohnsitz gehabt. 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 an den Verordnungen Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 zu beachten (siehe AS 2015 343, AS 2015 345, AS 2015 353). 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).

2.2 Festzuhalten ist diesbezüglich, dass der Träger eines Mitgliedstaats gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen hat, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

3.

3.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; BENJAMIN SCHINDLER, *in*: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2. Aufl. 2019, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

3.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

3.3 Die Behörde hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen

des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, BGE 124 V 90 E. 4b; Urteil des BGer 8C_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

3.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt 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 und BGE 122 V 157 E. 1d).

3.6

3.6.1 Aufgabe des Regionalen Ärztlichen Dienstes ist es, 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 zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Der ärztliche Dienst hat die vorhandenen Befunde nach Massgabe des schweizerischen Rechts aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen. Dessen Stellungnahme kommt insbesondere dann besondere Bedeutung zu, wenn keine Berichte von Sachverständigen vorliegen, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut sind, sondern eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie vom heimatlichen Versicherungsträger beauftragter Ärztinnen und Ärzte (vgl. Urteil des BVGer C-6027/2014 vom 8. Februar 2016 E. 3.2.1; vgl. auch Urteile des BVGer C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 E. 4.7 und C-7367/2016 vom 1. März 2018 E. 6.2.2).

3.6.2 Die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 4.5) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen 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_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.; vgl. auch Urteil C-7367/2016 E. 6.2.3). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – kann allerdings nicht abgestellt werden und sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und

Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 mit Hinweisen).

4.

4.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist.

Gemäss dem Exposé der IVSTA vom 5. Mai 2017 (doc. 60) und der Bestätigung des Arbeitgebers, der F._____ GmbH in (...), vom 22. Juni 2018 (doc. 121) hat der Beschwerdeführer von 2004 bis 2013 in der Schweiz gearbeitet und weist 103 Versicherungsmonate auf, weshalb er die Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 IVG (36 Monate) ohne Zweifel erfüllt.

4.2 Damit bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführer invalid im Sinne des Gesetzes ist. Den Vorakten und dem Beschwerdedossier sind dazu zahlreiche ärztliche Berichte zu entnehmen, die (insbesondere mit Blick auf den Verfahrensausgang) nachfolgend aufgelistet werden:

- 29. April 2013: Röntgenbilder (doc. 126)
- 30. April 2013: MRT Angiographie Hirngefässe, MRT Kopf Nativ (doc. 133): unauffälliges MRT des Neurokraniums.
- 17. Mai 2013: Arztbericht Dr. G._____ (doc. 127): Konsultation am 23. April 2013. Ergebnis: vorübergehender Sehverlust unklarer Genese.
- 13. November 2013: Ergometrie (doc. 136.9)
- 13. November 2013: EKG (doc. 136.1-8)
- 13. Januar 2014: Arztbericht Dr. H._____, Internist/Kardiologe, (...) (doc. 128). Ergebnis: kein Anhalt für eine koronare Herzerkrankung.
- 06. Februar 2014: Laborbericht (doc. 129.3 f.)
- 06. Februar 2014: Arztbericht Dr. I._____, J._____, K._____, L._____ Krankenhaus (...) (doc. 93 und 84.2; 129.30; 129.11; 129.1): stationäre Behandlung vom 4.-6. Februar 2014 wegen Kniegelenkserguss links.
- 06. Februar 2014: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Dr. I._____, L._____ Krankenhaus (...) (doc. 129.18): Arbeitsunfähigkeit vom 5.-7. Februar 2014.

- 11. Februar 2014: MRT Kniegelenk links (doc. 129.17): Teilruptur des hinteren Kreuzbandes, Gelenkserguss.
- 20. Februar 2014: Laborbericht Dr. M._____, (...) (doc. 139)
- 21. Februar 2014: Laborbericht (doc. 131)
- 12. Februar 2014: Laborbericht (doc. 130)
- 12. März 2014: Arztbericht Dr. N._____, Orthopädie, (...) (doc. 132.4; 132.3): orthopädische Kontrolle des linken Knies am 10. März 2014.
- 26. März 2014: Arztbericht Dr. N._____, Orthopädie, (...) (doc. 92; 132.5; 132.1): Ergänzung des Berichts vom 19. März 2014.
- 30. April 2013: MRT Angiographie Hirngefäße und Kopf Nativ (doc. 133). Ergebnis: unauffälliges MRT des Neurokraniums.
- 27. Mai 2014: Laborbefund (doc. 138)
- 02. Juni 2014: Karteikarten Dr. O._____, (...) (doc. 137): Einträge vom 29. April 2013 - 2. Juni 2014, Ausschluss einer transitorischen ischämischen Attacke.
- 21. Oktober 2014: Arztbericht Dr. P._____, L._____, (doc. 134): klinisch unauffälliger urologischer Befund.
- 10. März 2015: Allergologie-Test, Dr. Q._____, Hautärztin/Allergologie, (...) (doc. 4)
- 25. Mai 2016: Laborbericht (doc. 106)
- 03. Juni 2016: Laborbericht Dr. R._____, Hausarzt, (...) (doc. 6/7)
- 07. Juli 2016: Laborberichte (doc. 10.4 f.; 11.2 f.; B-act. 28 Beilage [B] 3)
- 07. Juli 2016: Pathologiebericht Darm, Dr. S._____, MVZ (...) und (...), Klinikum T._____, (doc. 8.7; 10.6)
- 11. Juli 2016: Arztbericht Dr. U._____, Klinikum V._____, (doc. 8.4-6; 10.1; B-act. 28 B2): stationäre Behandlung vom 29. Juni - 7. Juli 2016 wegen Schmerzen in Hüfte und Oberschenkel mit deutlicher Bewegungseinschränkung.
- 08. August 2016: Arztbericht Dr. U._____, Klinikum V._____, (doc. 10.7; 11.1): Ergänzung zum Arztbrief vom 11. Juli 2016.
- 17. Oktober 2016: Arztbericht Dr. W._____, Innere Medizin/Rheumatologie, (...), zu Untersuchung am 6. Oktober 2016 (doc. 12; 13)
- 14. Dezember 2016: Röntgenbilder (doc. 16)
- 19. Dezember 2016: Untersuchungsbericht Dr. X._____, Orthopädie, (...). Verdacht auf Vorliegen einer Hüftkopfnekrose beidseits, Feststellung einer Coxarthrose (doc. 16; 17)
- 22. Dezember 2016: Arztbericht Dr. Y._____, Orthopädie/Unfallchirurgie, Z._____-Krankenhaus (...) (doc. 19-21; 39): ambulante Behandlung am 22. Dezember 2016 und 13. Januar 2017, Feststellung von Hüftkopfnekrosen beidseits und einer segmentierten Colitis.
- 23. Dezember 2016: Röntgenbilder (doc. 22)

- 23. Dezember 2016: MRT Hüftgelenk rechts, Dr. Aa._____, (...) (doc. 24; B-act. 10 B5): Bestätigung der Hüftkopfnekrose im Stadium II.
- 06. Januar 2017: MRT Hüftgelenk links, Dr. Aa._____, (...) (doc. 31; 32; B-act. 10 B4): Bestätigung der Hüftkopfnekrose im Stadium II.
- 09. Januar 2017: Diverse Knochen-Scan, Z._____-Krankenhaus, (...) (doc. 107)
- 11. Januar 2017: 2-Phasen-Knochen-Szintigramm, Z._____-Krankenhaus, (...) (doc. 33; 34; 94)
- 13. Januar 2017: Arztbericht, Dr. Y._____, Orthopädie, Z._____-Krankenhaus, (...) (doc. 37; 40)
- 22. März 2017: Lungenfunktion, Ruhe-EKG, Knöchel-Arm-Index (ABI), Laborergebnisse (doc. 53)
- 23. März 2017: Ausführlicher Ärztlicher Bericht E213, Dr. Bb._____, Chirurgie, Dt. Rentenversicherung Cc._____, Gutachterstelle (...) (doc. 52)
- 05. April 2017: Stellungnahme Dr. Dd._____, Chirurgie/Sozialmedizin, ärztlicher Dienst des deutschen Versicherungsträgers (doc. 38): Empfehlung zur Einholung eines orthopädischen/rheumatologischen Gutachtens.
- 06. April 2017: MRT Brustwirbelsäule, Z._____-Krankenhaus, (...) (B-act. 10 B6)
- 07. April 2017: MRT Gehirn und MRT Halswirbelsäule, Z._____-Krankenhaus, (...) (B-act. 10 B7)
- 01. Juni 2017: Stellungnahme Dr. B._____, RAD C._____ (doc. 61)
- 14. Juli 2017: Ärztliche Stellungnahme Dr. R._____, Hausarzt, (...) (doc. 66)
- 22. November 2017: Orthopädisch-Unfallchirurgisches Gutachten, Dr. Ee._____, Klinik Ff._____, (...), zuhanden Gg._____ AG (doc. 97; 104)
- 16. Dezember 2017: Arztbericht Dr. R._____, Hausarzt, (...), zuhanden Dt. Rentenversicherung (doc. 25)
- 21. Dezember 2017: Schreiben der Gg._____ an den Versicherten, wonach die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht nicht erfüllt seien, da sich der Hauptanteil der beruflichen Tätigkeit auf die Arbeit als Hausmann beziehe (doc. 103.2)
- 29. Januar 2018: Laborbericht (doc. 86)
- 12. Februar 2018: Abdomen- und Darmsonographie (doc. 83)
- 22. Februar 2018: Arztbericht Dr. U._____, Gastroenterologie, Klinikum V._____ betreffend Konsultation am 12. Februar 2018 (B-act. 28 B4)
- 20. April 2018: Stellungnahme Dr. B._____, RAD C._____, zu nachgereichten Arztberichten und zum Gutachten Ee._____ (doc. 109)
- 18. Juli 2018: Laborbefund (doc. 138)
- 31. Juli 2018: Audiographie Dr. Hh._____, HNO, (...) (B-act. 1 B18)
- 31. Juli 2018: Laborbefund Blut, z.H. Dr. Hh._____ (B-act. 1 B14)
- 31. Juli 2018: Laborbefund Endokrinologie, z.H. Dr. Hh._____ (B-act. 1 B15)

- 31. Juli 2018: Arztbestätigung Dr. Hh._____, HNO, an Dr. R._____ (B-act. 1 B13): Feststellung eines chronisch dekompensierten Tinnitus beidseits mit Schlafstörungen.
- 21. August 2018: Stellungnahme Dr. D._____, med. Dienst (doc. 142): Festhalten an der Beurteilung vom 20. April 2018.
- 05. September 2018: Arztbericht Dr. li._____, MVZ (...) (B-act. 1 B17): Kontrolluntersuchung der Carotiden.
- 11. September 2018: Zahnarztbericht Dr. Jj._____, (...) betreffend Schleimhautveränderungen im rechten und linken Wangenbereich (B-act. 1 B16)
- 19. September 2018: Radiologischer Befund Dr. Hh._____, HNO, (...) (doc. 151; 154; B-act. 1 B11)
- 21. September 2018: Pathologiebericht, PD Dr. Kk._____, (...) (B-act. 1 B13): Makroskopie der Wangenschleimhaut-Leukoplakie und Mikroskopie, ohne Anhalt für Malignität.
- 01. Oktober 2018: Röntgen LWS, Becken, rechtes Kniegelenk, Dr. X._____, (...) (in B-act. 10 B2 S. 15)
- 01. Oktober 2018: Arztbericht Dr. X._____, Orthopädie, (...) (doc. 152; 155; B-act. 10 B3): dringender Verdacht auf Spondyloarthritis wegen chronisch-entzündlicher Darmerkrankung.
- 11. Oktober 2018: Stellungnahme Dr. X._____, Orthopädie, (...), z.H. Sozialgericht Ll._____ (B-act. 1 B19)
- 16. Oktober 2018: Stellungnahme Dr. Hh._____, HNO, (...), zuhanden Sozialgericht Ll._____ (B-act. 1 B10)
- 18. Oktober 2018: Stellungnahme Dr. R._____, Hausarzt, an Sozialgericht Ll._____ (B-act. 1 B9)
- 26. Oktober 2018: Arztbericht Prof. Dr. Mm._____, Internistin/Rheumatologie/Nephrologie, Nn._____ Kliniken (...), an Dr. X._____ (B-act. 10 B1): ambulante Kontrolle am 5. Oktober 2018.
- 13. November 2018: Fachorthopädisches Gutachten, Dr. Oo._____, (...), z.H. Sozialgericht Ll._____ (B-act. 10 B2)
- 16. November 2018: Stellungnahme Dr. B._____, RAD C._____ (doc. 157): Stellungnahme zu Radiologiebericht vom 19. September 2018 und Arztbericht X._____ vom 1. Oktober 2018.
- 20. November 2018: MRT Darm, Klinikum Pp._____, Qq._____-Krankenhaus, (...) (B-act. 1 B5)
- 21. November 2018: MRT-Kopf, Klinikum Pp._____, Qq._____-Krankenhaus, (...) (B-act. 1 B6)
- 21. November 2018: 2-Phasen-Ganzkörper Skelett Szintigraphie vom 19. November 2018, Klinikum Pp. Qq._____-Krankenhaus, (...) (B-act. 1 B7)

- 21. November 2018: Arztbericht Prof. Rr._____, Ss._____, Assistenzärztin, Klinikum Pp._____, Qq._____-Krankenhaus, (...) (B-act. 1 B3): stationäre Behandlung vom 14.-21. November 2018 wegen Verdachts auf enteropathische Oligoarthritis bei Morbus Crohn.
- 02. Januar 2019: Arztbericht Prof. Dr. Rr._____, Klinikum Pp._____, Qq._____-Krankenhaus, (...) (B-act. 1 B8): Nachtrag zu ausstehenden Untersuchungsbefunden.
- 11. Januar 2019: Ärztliche Stellungnahme, Dr. R._____, Hausarzt, (...) (B-act. 1 B4)
- 22. Februar 2019: Gutachtliche Stellungnahme, Dr. Tt._____, Landesamt Uu._____, Cc._____, (Bundesland), betreffend Grad der Behinderung (GdB) (B-act. 10 B9)
- 26. Februar 2019: Beschluss des Landesamtes Uu._____, Cc._____, (Bundesland): Wiedererwägungsweise Anpassung des GdB neu auf 40 v.H. (B-act. 10 B8)
- 18. April 2019: Stellungnahme Dr. B._____, RAD C._____, (B-act. 7 B1): ergänzende Stellungnahme zu nachgereichten medizinischen Berichten.
- 23. August 2019: Gutachten, PD Dr. Vv._____, Dr. Ww._____, Orthopädie & Unfallchirurgie, Zentrum Xx._____, (...) (B-act. 14 B1): gestützt auf ambulante Untersuchung am 14. Juni 2019.
- 23. September 2019: Ergänzende Stellungnahme Dr. B._____, RAD C._____, (B-act. 16 B2)
- 24. Februar 2020: Gutachten Dr. E._____, Innere Medizin, L._____, Krankenhaus (...), z.H. Sozialgericht Ll._____, (B-act. 22 B1): ambulante Untersuchung am 13. Januar 2020.
- 29. April 2020: Abdomen- und Darmsonographie (in B-act. 28 B6 S. 2): Feststellung eines ausgeprägt aktiven Morbus Crohn des Colons mit mesenterialen Fistelbildungen.
- 30. April 2020: ÖGD (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie; erwähnt in B-act. 28 B6 S. 2): Refluxösophagitis Grad B, ansonsten Normalbefund.
- 30. April 2020: Koloskopie (in B-act. 28 B6 S. 2): bekannter Morbus Crohn mit mindestens einer Fistel und zwei relevanten Stenosen.
- 05. Mai 2020: Laborbefund (B-act. 28 B7)
- 07. Mai 2020: Entlassungsbericht Dr. U._____, Gastroenterologie, Klinikum V._____, (B-act. 28 B6): stationärer Aufenthalt vom 29. April - 7. Mai 2020.
- 16. Juni 2020: Stellungnahme Dr. B._____, RAD C._____, zum Gutachten von Dr. E._____, (B-act. 24 B2)
- 16. Juni 2020: Befundbericht Dr. U._____, Innere Medizin/Gastroenterologie, Medizinische Klinik, (...), z.H. Sozialgericht Ll._____, (B-act. 28 B1)

- 30. Juni 2020: Entlassungsbrief Dr. Yy._____, Dr. Zz._____, Endokrinologie, L._____ Krankenhaus (...) (B-act. 28 B8): stationäre Behandlung vom 25. Juni - 10. Juli 2020 wegen Darmoperation und Anlage eines Ileostoma.
- 29. Juli 2020: Laborberichte (Anhang zum Entlassungsbericht vom 7. September 2020; B-act. 30 B4)
- 10. August 2020: Verlängerungsantrag Dr. Aaa._____, Dr. Bbb._____, Klinik Ccc._____, an Gg._____ (B-act. 30 B1): Aufenthalt genehmigt: 28. Juli - 17. August 2020, Antrag für Verlängerung bis 31. August 2020.
- 27. August 2020: Laborberichte (Anhang zum Entlassungsbericht vom 7. September 2020; B-act. 30 B3)
- 04. September 2020: Arztbericht Dr. R._____, Hausarzt, an Sozialgericht Ll._____ (B-act. 30 B5): Konsultation am 4. September 2020.
- 07. September 2020: Entlassungsbericht Dr. Aaa._____, Dr. Ddd._____, Klinik Ccc._____, (...) (B-act. 30 B2): stationärer Aufenthalt vom 28. Juli - 31. August 2020.
- 16. September 2020: Entlassungsbericht Dr. Yy._____, Dr. Eee._____, L._____ Kliniken (...), an Hausarzt Dr. R._____ (B-act. 30 B6): stationärer Aufenthalt vom 9.-17. September 2020 für chirurgischen Eingriff.
- 17. September 2020: MRT Lendenwirbelsäule (in B-act. 30 B6 S. 2): Einriss im Anulus fibrosus und mögliche Tangierung der rechten Nervenwurzel S1.

4.3 Den zentralen ärztlichen Berichten und/oder Gutachten sind für den Zeitraum ab Aufgabe der Tätigkeit als Estrichleger (22. Mai 2016; doc. 5 S. 3 und 5, doc. 46 S. 6) folgende Ausführungen zur gesundheitlichen Situation zu entnehmen:

4.3.1 Dr. U._____ des Klinikums V._____ diagnostizierte in seinem Arztbericht vom 11. Juli 2016 – nach stationärer Behandlung des Beschwerdeführers vom 29. Juni - 7. Juli 2016 – erstmals eine segmentierte Colitis (fraglich Morbus Crohn), eine CED (chronisch entzündliche Darmerkrankung) -assoziierte Enthesitis/Coxitis beidseits bei Verdacht auf ankylosierende Spondylitis sowie eine Refluxösophagitis und ordnete die medikamentöse Behandlung mit Prednisolon, bedarfsweise (analgetisch) mit Arcoxia, an (doc. 8 S. 4-6; doc. 10 S. 1; B-act. 28 B2). Mit ergänzendem Bericht vom 8. August 2016 führte er aus, die Messung des Eiweisses HLA-B27 sei negativ verlaufen; eine zusätzliche HLA-B27-positive Spondylitis ankylosans bestätige sich damit nicht (doc. 10 S. 7).

4.3.2 Im Ausführlichen Ärztlichen Bericht E 213 vom 23. März 2017 nannte Dr. Bb._____, Facharzt für Chirurgie der Dt. Rentenversicherung Cc._____, Gutachterstelle (...), gestützt auf eine eigene Untersuchung

des Beschwerdeführers folgende Diagnosen: 1. Hüftkopfnekrosen beidseits mit begleitenden Aufbraucherscheinungen beider Hüftgelenke, mit leichtgradiger Funktionseinschränkung beider Hüftgelenke. 2. muskulär fehlstatisches Halswirbelsäulen- (HWS) und Lendenwirbelsäulen- (LWS) Syndrom, mit muskulären Dysbalancen, ohne akuten Nervenwurzelreiz, ohne neurologische Ausfälle, mit altersgerechter Funktionalität aller Wirbelsäulen-Abschnitte. 3. Knick-Senk-Spreizfuss beidseits mit altersgerechter Funktionalität der Sprung- und Fussgelenke. 4. Refluxösophagitis (vorübergehend medikamentös behandelt). 5. segmentierte Colitis (Morbus Crohn; vorübergehend medikamentös behandelt). 6. Nikotinabusus ohne höhergradige Lungenfunktionsstörung. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, der Explorand sei in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt, körperlich schwere Arbeiten seien ihm nicht mehr zuzumuten (unter 3 Stunden). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Estrichleger sei nicht leidensgerecht. Möglich seien leichte Tätigkeiten, vollzeitlich, mit der Möglichkeit zum freien Wechsel der Körperhaltung, zu ebener Erde, überwiegend im Sitzen, unter Schutz vor Nässe, Kälte und Luftzug, ohne häufiges Bücken und Hocken, in einem zeitlichen Rahmen von sechs Stunden und mehr täglich. Ein Kraftfahrzeug könne geführt werden, die Wegefähigkeit sei erhalten. Als funktionelle Einschränkungen seien zu berücksichtigen: Nässe, Kälte, häufiges Bücken, Heben und Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen, Absturzgefahr, Tätigkeiten nur mit wechselnder Körperhaltung. Es sei nicht bestimmbar, ab wann dieses Leistungsprofil gelte (doc. 52). Am 10. April 2017 lehnte die Deutsche Rentenversicherung das Rentenbegehren – nach Auflisten der im E 213 wortgleich genannten Diagnosen – wegen Nichterfüllens der medizinischen Voraussetzungen ab. Nach ihrer medizinischen Beurteilung könne der Beschwerdeführer noch mindestens 6 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein (doc. 57, 91).

4.3.3 In seinem orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachten vom 22. November 2017 führte Dr. Ee._____, Klinik Ff._____, (...), gestützt auf eine persönliche Begutachtung des Beschwerdeführers am 8. November 2017, zuhanden der Gg._____ AG (nachfolgend Gg._____) aus, es sei von einer Hüftkopfnekrose beidseits und begleitender Coxarthrose auszugehen. Eine zusätzliche HLA-B27-positive Spondylitis ankylosans habe nicht bestätigt werden können. Gegenwärtig bestehe diesbezüglich auch keine wesentliche Symptomatik. Auch zeitweilig geäußerte Beschwerden anderer grosser Gelenke könnten heute nicht bestätigt werden. Bezüglich Darmerkrankung ergäben sich keine weiteren klinischen Merkmale, wes-

halb nochmalig eine gastroenterologische Begutachtung zur Frage durchgeführt werden sollte, inwieweit die Verdachtsdiagnose überhaupt zutreffe. Der Gutachter nannte folgende Diagnosen mit Einfluss auf den Grad der Behinderung: 1. Coxarthrose beidseits, 2. Inzipiente (beginnende) Hüftkopfnekrose beidseits, 3. Rezidivierende Coxitis (Entzündung Hüftgelenke) beidseits, 4. Segmentierte Colitis mit Verdacht auf Morbus Crohn-assoziiertem Verlauf mit "P. m." am Colon transversum, 5. Refluxösophagitis Grad C nach Los Angeles-Klassifikation, 6. Verdacht auf Morbus Bechterew (entzündliche Wirbelsäulen-Versteifung). Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, der Beschwerdeführer sei als Estrichleger nicht mehr zu vermitteln, da diese Tätigkeit mit häufig kniender, vornübergebeugter Tätigkeit, Heben und Tragen schwerer Lasten sowie mit Arbeiten in kalten, nassen bzw. zügigen Räumen verbunden sei. Dies gelte jedoch lediglich für Arbeiten in kniender Position, gebückter Position, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg; beaufsichtigende bzw. zuarbeitende Funktionen, Aufmass-Arbeiten, Werkzeugpflege und Führen eines Fahrzeugs seien teilweise nachvollziehbar. Als Estrichleger bestehe eine Berufsunfähigkeit von 40%. In der Tätigkeit als Hausmann, in der die Schwerpunkttätigkeit nicht in extrem körperlich belastender Arbeit liege und in der kniende, gebückte bzw. Tätigkeiten mit maximaler Aussetzung in Kälte, Nässe bzw. Zugluft vermieden werden könnten, sei von einer Berufsunfähigkeit von max. 25% bzw. einer Belastung von mehr als 6 Stunden täglich auszugehen. Eingeschränkt möglich seien: Tätigkeiten mit Arbeiten auf unebenem Untergrund, Leiter- und Gerüsttätigkeiten, Arbeiten in Kälte und Nässe bzw. Zugluft, Arbeiten in kniender bzw. gebeugter Körperhaltung, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg (doc. 97; 104).

4.3.4 Mit Arztbericht vom 5. September 2018 hielt Dr. li._____, MVZ (...), nach Kontrolluntersuchung der Carotiden (hirnversorgende Arterien) wegen Beschwerden im linken Ohr die Diagnosen Ausschluss einer ACI (Halsschlagader) -Stenose beidseits bei Tinnitus links sowie einen chronischen Nikotinabusus fest (B-act. 1 B17).

4.3.5 Mit Bericht vom 11. September 2018 hielt Zahnarzt Dr. Jj._____, (...), fest, dass die Schleimhautveränderungen im rechten und linken Wangenbereich mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit auf eine mechanische Irritation durch Wangenbeissen zurückzuführen seien (B-act. 1 B16). Der Pathologiebericht (Makroskopie der Wangenschleimhaut-Leukoplakien und Mikroskopie) von PD Dr. Kk._____, (...), an Dr. Hh._____ vom 21.

September 2018 bestätigte eine einfache Leukoplakie (verstärkte Verhornung der obersten Gewebeschicht der Mundschleimhaut) ohne Anhalt für Bösartigkeit (B-act. 1 B13).

4.3.6 Dr. X. _____, Orthopädie, (...), stellte in seinem Bericht vom 1. Oktober 2018 an den Hausarzt – gestützt auf verschiedene, am selben Tag erstellte Röntgenaufnahmen und Sonographien – in seiner Befundung Sklerosen, eine Reduktion des Gelenkspaltes sowie eine deutliche Erosion im Bereich des rechten Hüftkopfes fest. Das Röntgen des rechten Knies sei – mit Ausnahme einer feinen suprapatellaren Erguss-Sichel – ohne Befund geblieben. Am linken Knie sei kein Erguss feststellbar. Die Sonographie der Schulter zeige (etwas) Erguss in der ventralen Gelenkkammer beidseits, die Rotatorenmanschetten seien intakt (doc. 152).

Mit Bericht vom 11. Oktober 2018 zuhanden des Sozialgerichts LI. _____ führte derselbe Arzt aus, dass der Beschwerdeführer aktuell Schmerzen im Bereich beider Hüften und der LWS beklage. Die bildgebenden Befunde hätten Folgendes ergeben: *Röntgen Hüften*: Sklerose der Pfannendach-grenzlamelle beidseits, zentrale Reduktion des Gelenkspaltes beidseits. Links: Entmineralisierung der Hüftkopfkalotte und klein-zystische Veränderungen. Rechts: deutliche Erosion im Bereich des Hüftkopfes. Iliosacralgelenke imponierten verdichtet. *Röntgen der LWS*: keine Auffälligkeiten. *Röntgen rechtes Knie*: dysplastische Kniescheibe. *Sonographie beider Kniegelenke*: feine suprapatellare Erguss-Sichel, Verdickung der synovialen Formation. *Sonographie linke Hüfte*: etwas entrundet wirkender Hüftkopf mit Usuren, ohne Erguss. *Sonographie rechte Schulter*: kleine Usuren am Humeruskopf, etwas Erguss in der ventralen Gelenkkammer. *Sonographie linke Schulter*: Erguss an der ventralen Gelenkkammer und um die lange Bizepssehne herum, die Rotatorenmanschetten seien intakt. Als Diagnosen nannte er: 1. Dringender Verdacht auf enteropathische (darmerkrankungsbedingte) Spondylarthritis, 2. Sekundäre Coxarthrose beidseits, bei abgelaufener rheumatischer Coxitis und sekundärer Hüftkopfnekrose, 3. Morbus Crohn, 4. Oligoarthritis mit Gelenksergüssen beide Schultergelenke und beide Kniegelenke, 5. lumbosacrales Schmerzsyndrom. Seit Mai 2016 sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig (B-act. 1 B19).

4.3.7 In seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2018 an das Sozialgericht LI. _____ hielt Dr. Hh. _____, HNO (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde) folgende Erkrankungen fest: Septumdeviation links, Tinnitus aurium beidseits seit 01/2018, Innenohrschwerhörigkeit beidseits, Epistaxis (Nasenbluten)

beidseits sowie Verdacht auf Leukoplakie an der rechten Wangenschleimhaut (B-act. 1 B10/11).

4.3.8 Dr. R. _____, Hausarzt des Beschwerdeführers, führte in seiner Stellungnahme vom 18. Oktober 2018 an das Sozialgericht LI. _____ aus, dass er den Beschwerdeführer erstmals am 6. Mai 2016 und letztmals am heutigen Tag behandelt habe. Als Diagnosen halte er fest: Blutarmut (23.5.2016), für weitere Diagnosen verweise er auf die Feststellungen im Fff. _____ Krankenhaus (Abteilung Gastrologie). Er habe die Arbeitsunfähigkeit insgesamt bescheinigt vom 28. Oktober bis 23. Dezember 2016. Die erhobenen Befunde hätten sich nicht gebessert. Als neue Leiden nannte er einen Tinnitus, Knieschmerzen, einen Schultererguss beidseits, eine Tendovaginitis der Hände beidseits sowie eine vegetative Erschöpfung. Im Verlauf seit 2016 seien immer wieder akute Verlaufsformen der beschriebenen Erkrankungen aufgetreten (B-act. 1 B9).

4.3.9 Prof. Dr. Mm. _____, Internistin/Rheumatologin/Nephrologin, Nn. _____ Kliniken (...), hielt in ihrem Bericht vom 26. Oktober 2018 an Dr. X. _____ – gestützt auf eine ambulante Kontrolle am 5. Oktober 2018 – folgende Befunde fest: Gangbild humpelnd mit Schonung des rechten Beins, Schultergelenke endgradig bei Aussenrotation und Abduktion schmerzhaft eingeschränkt, verspannte Nackenmuskulatur und paravertebrale Muskulatur, ansonsten keine Funktionseinschränkungen, Druckschmerz über dem Beckenkamm beidseits, beide Kniegelenke aktuell ohne Befund. Als Diagnosen nannte sie: 1. Verdacht auf enteropathische Spondyloarthritis/Oligoarthritis (HLA-B27 negativ) bei Morbus Crohn, bei rheumatischer Manifestation im Sinne einer Oligoarthritis der Knie-, Schulter- und Hüftgelenke, 2. sekundäre Gonarthrose rechts mehr als links, 3. sekundäre Coxarthrose beidseits nach abgelaufener Coxitis und Hüftkopfnekrose rechts mehr als links, 4. lumbosakrales Schmerzsyndrom, 5. Zustand nach Amaurosis unklarer Genese, 6. Tinnitus, 7. Nasenscheidewand-Verkrümmung (Operation geplant). In ihrer Beurteilung führte sie aus, die Konstellation einer Oligoarthritis der grossen Gelenke in Verbindung mit einem wahrscheinlichen Morbus Crohn (ED 2016) bestätige in der Tat die Verdachtsdiagnose einer enteropathischen Spondyloarthritis, offenbar bestehe im Hüftbereich beidseits eine sekundäre Hüftkopfnekrose und Coxarthrose. Die Arthritis sei zum Untersuchungszeitpunkt nicht aktiv. Es sei jedoch eine erneute gastroenterologische Untersuchung bei Prof. Dr. Rr. _____ geplant, deren Ergebnis sinnvollerweise abzuwarten sei (B-act. 10 B1).

4.3.10 Gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers am 5. November 2018 nannte Dr. Oo._____, (...), in seinem fachorthopädischen Gutachten zuhanden des Sozialgerichts LI._____ am 13. November 2018 folgende Diagnosen auf orthopädischem Fachgebiet: 1. Fehlstatistisches, myoligamentäres und geringgradig degeneratives Lumbosacralsyndrom bei lumbosacraler Aufbaustörung und muskulär bedingtem geringgradigem Funktionsdefizit ohne Nachweis einer Radikulopathie, 2. Hüftkopfnekrose beidseits, rechts betont, im Stadium II nach Ficat/Arlet mit beginnender sekundärer Coxarthrose mit geringgradig konzentrisch schmerzprovokativem Funktionsdefizit. Dazu führte er aus, die vorgetragene Schmerzsymptomatik habe unter Würdigung der pathomorphologischen Veränderungen, auch aber unter funktionellen Aspekten, insb. hinsichtlich dargelegter Schmerzintensität, nur eingeschränkt nachvollzogen werden können. Aus gutachterlicher Sicht könnten die beschriebenen Körperbeschwerden nicht vollumfänglich durch organmedizinische Befunde erklärt werden; insofern sei eine psychosomatische Komponente im Sinne einer Somatisierungsstörung im Umfeld der chronisch entzündlichen Darmerkrankung anzunehmen. Eine rheumatologische Grunderkrankung werde mehrfach diskutiert, jedoch nicht eindeutig nachgewiesen: Diagnosen wie ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew), enteropathische Spondylarthritis und rheumatische Coxitis würden nicht anhand der Untersuchungsergebnisse untermauert. Die aktuelle klinische Begutachtung habe keinen Anhalt auf das Vorliegen einer Erkrankung des rheumatischen Formenkreises mit arthritischen Gelenksveränderungen erbracht, insbesondere liege keine einer Morbus Bechterew'schen Erkrankung entsprechende Iliosacralgelenkssymptomatik vor, auch keine arthritischen Reizzustände der Gelenke. Die Hüftgelenke zeigten ein geringgradiges, konzentrisch schmerzprovokatives Funktionsdefizit, insbesondere betreffend Rotationskomponente. Ursächlich hierfür sei eine Hüftkopfnekrose beidseits, radiologisch rechts betont, wobei sich diese gemäss kernspintomographischen Befunden 12/2016 und 01/2017 verbessert habe. Zu diagnostizieren sei eine Hüftkopfnekrose im Stadium II d.h. mit ersten Röntgenveränderungen (Sklerosierungen, Zystenbildungen); eine Sequestrierung des Kopfes (Stadium III) als auch eine subchondrale Fraktur mit Zusammenbruch des Kopfes (Stadium IV) liege eindeutig nicht vor. Eine Hüftkopfanbohrung könne als Versuch einer gelenkserhaltenden Therapie durchgeführt werden; bei fortschreitender Hüftkopfnekrose werde letztendlich nur die endoprothetische Versorgung bleiben. Es liege eine Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke geringen Grades beidseitig (Grad der Behinderung [GdB] von 20-30 v.H.) vor. Zur Lendenwirbelsäule führte er ergänzend aus,

es bestehe ein fehlstatisches, myoligamentäres und geringgradig degeneratives Lumbosacralsyndrom bei lumbosacraler Aufbaustörung; die Facetengelenke seien als schmerzführend anzusehen. Funktionell sei von einem gering- bis allenfalls mässiggradigen konzentrischen Bewegungsdefizit mit Störung der Wirbeleinzelsegmententfaltung auszugehen, wobei eine harte Radikulopathie nicht habe objektiviert werden können, sodass von einem lokalen und auch pseudoradikulären Schmerzkomplex auszugehen sei. Anzumerken bleibe, dass die Entfaltungsprüfung des Rumpfskelettes im Stehen durch die Untersuchung im Langsitz doch deutlich zu relativieren sei. Im Wechselspiel zu den Hüftgelenken sei eine Anerkennung (Anmerkung Gericht: der Einschränkung) gegeben, jedoch unter funktionellen Aspekten eine Erhöhung des Teil-GdB auszuschliessen. Die gerichtlichen Beweisfragen seien wie folgt zu beantworten: Hinsichtlich der orthopädischen Beeinträchtigungen lägen vor: 1. Fehlstatisches, myoligamentäres und geringgradig degeneratives LWS-Syndrom mit geringgradigen Funktionsdefiziten und pseudoradikulärem Schmerzkomplex. 2. Hüftkopfnekrose beidseits im Stadium II mit geringgradigen schmerzprovokativen Funktionsdefiziten. Fachfremde Beeinträchtigung sei die chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn). Im Feststellungsbescheid vom 31. Mai 2017 sei die Bewertung der Funktionsstörung beider Hüftgelenke eher im oberen Bemessungsspielraum angesetzt worden. Neu aufzunehmen sei jedoch, insbesondere unter Berücksichtigung einer funktionell ungünstigen schmerzverstärkenden Wechselwirkung zur dargelegten Hüftproblematik, das hier diagnostizierte fehlstatische, myoligamentäre und degenerative LWS-Syndrom mit geringgradigen funktionellen Auswirkungen. Es sei von einem Gesamt-GdB von 30 v.H. auszugehen (Beeinträchtigung 1: 30 v.H., Beeinträchtigung 2: 10 v.H., Beeinträchtigung 3: 10 v.H.) (B-act. 10 B2).

4.3.11 In ihrem Bericht vom 21. November 2018 nannten Prof. Dr. Rr. _____ und Dr. Ss. _____, Klinikum Pp. _____, Qq. _____-Krankenhaus, (...), nach stationärer Behandlung des Beschwerdeführers vom 14.-21. November 2018 folgende Diagnosen: 1. Morbus Crohn (Erstdiagnose 2016) mit Verdacht auf extraintestinale Manifestationen mit Spondyloarthritis/Oligoarthritis (HLA-B27 negativ), bei Befall im proximalen Colon descendens und Colon transversum mit Stenose (07/2016), bei sekundärer Gonarthrose rechts mehr als links (10/2018), bei sekundärer Coxarthrose beidseits nach abgelaufener Coxitis und Hüftkopfnekrose rechts mehr als links (10/2018). Aktuell lägen vor: ausgeprägte langstreckige, nahezu circuläre Colitis Crohn mässiggradiger Aktivität (Grad 3 nach Riley), im oberen Sigma nicht passierbare, polypoide, entzündliche, hochgradige Stenose, multifokale Ösophagusulcera im distalen Segment, histologisch

vereinbar mit Refluxösophagitis sowie zum anderen mit Crohn-Manifestation. 2. Tinnitus. 3. chronische Sinusitis maxillaris links basal. 4. Nasenscheidenwand-Verkrümmung (Operation geplant). 5. Allergie gegen Arcoxia und Novamin. 6. Status nach Amaurosis (Sehverlust) unklarer Genese. Der Patient sei am 14. November 2018 wegen Minderung des Allgemeinzustandes aufgenommen worden. In der Ösophago-Gastro-Duodenoskopie hätten sich der Aspekt einer Typ-B Gastritis und einer multifokalen Ösophagusulcera im distalen Segment gefunden, die zum einen mit einer Refluxösophagitis und zum andern mit einem Morbus Crohn vereinbar seien. Hierfür sei eine intravenöse hochdosierte PPI-Therapie eingeleitet worden. In der ergänzenden Ileocoloskopie seien eine ausgeprägte langstreckige, nahezu circuläre Colitis Crohn, im proximalen Colon ascendens beginnend bis ins obere Sigma reichend, festgestellt worden; dazwischen seien kurzstreckige Colonsegmente nicht befallen. Im oberen Sigma habe sich eine ausgeprägte, mit dem konventionellen Koloskop nicht passierbare, polypoide, entzündliche, hochgradige Stenose gezeigt. Das ergänzende MRT-Sellink habe im Dünndarm keine nennenswerten Auffälligkeiten ergeben. Am 21. November 2018 habe der Patient in die weitere hausärztliche Betreuung entlassen werden können (B-act. 1 B3).

Mit Nachtrag vom 2. Januar 2019 nahm Prof. Dr. Rr. _____ ergänzend zu den zwischenzeitlich erfolgten Untersuchungen (Knochenszintigraphie vom 21.11.2018, MRT-Sellink vom 20.11.2018, MRT Kopf vom 21.11.2018) Stellung. Aufgrund der erhobenen Befunde bestehe kein Zweifel an einem Morbus Crohn mit Beteiligung der Speiseröhre und des Darms; die Krankheit sei aktiv. Er schliesse sich der Einschätzung von Prof. Dr. Mm. _____ hinsichtlich des Verdachts auf eine enteropathische Spondylarthritis/ Oligoarthritis (HLA-B27 negativ) vollumfänglich an. Er empfehle eine Anti-TNF (Tumornekrosefaktor) -Therapie mit Adalimumab (B-act. 1 B8).

4.3.12 Dr. Tt. _____ des Landesamtes Uu. _____, Cc. _____ (Bundesland) führte in einer gutachtlichen Stellungnahme vom 22. Februar 2019 unter Bezugnahme auf das Gutachten von Dr. Oo. _____ aus, dass eine wesentliche Erkrankung im HNO-Bereich habe ausgeschlossen werden können. Eine akut entzündliche Veränderung insbesondere im Bereich der Hüftköpfe und Hüftgelenke habe ebenfalls ausgeschlossen werden können (Ggg. _____ medizin (...), 21.11.2018). Während des stationären Aufenthalts im Klinikum Pp. _____ (...) vom 14.-21. November 2018 sei eine mässiggradige Aktivität des bekannten Morbus Crohn festgestellt und eine medikamentöse Therapie mit Anti-TNF Adalimumab vorgeschlagen worden. Der Beschwerdeführer lehne aber zum aktuellen Zeitpunkt eine

operative oder medikamentöse Therapie wegen möglicher Nebenwirkungen ab. Wegen der nachgewiesenen Aktivität des Morbus Crohn sei dieser höher zu bewerten. Zusammenfassend schlage er ab Nachweis der Verschlechterung des Morbus Crohn (14.11.2018) eine Erhöhung des Gesamt-GdB auf 40 v.H. vor (B-act. 10 B9).

Dementsprechend zog das Landesamt Uu._____, Cc._____ (Bundesland) am 26. Februar 2019 seinen früheren Beschluss betreffend den Grad der Behinderung in Wiedererwägung. Dem Beschluss liegen folgende Gesundheitsstörungen zugrunde: Chronisch-entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn), Funktionsstörung beider Hüftgelenke und Funktionsstörung der Wirbelsäule. Als Gesundheitsstörungen mit einem GdB unter 10 v.H. wurden Funktionsstörungen beider Kniegelenke und Tinnitus genannt. Das Landesamt führte in seinem Beschluss aus, die Erhöhung des Gesamt-GdB (von 30 auf 40 v.H.) ergebe sich aus einer Verschlimmerung der chronisch-entzündlichen Darmerkrankung während des Klageverfahrens, in Übereinstimmung mit den Befundberichten des Klinikums Pp._____ (...) vom 21. November 2018 und 2. Januar 2019. Die Verschlimmerung sei ab 14. November 2018 (Beginn der stationären Behandlung im Klinikum) nachweisbar (B-act. 10 B8).

4.3.13 PD Dr. Vv._____ und Dr. Ww._____, Orthopädie & Unfallchirurgie, Zentrum Xx._____, (...), nannten in ihrem Gutachten vom 23. August 2019 – gestützt auf eine persönliche Begutachtung des Beschwerdeführers am 14. Juni 2019 – zuhanden des Sozialgerichts Ll._____ folgende Diagnosen: 1. Verdacht auf enteropathische Spondylo-/Oligoarthritis (HLA-B27 negativ) bei Morbus Crohn, rheumatische Manifestation im Sinne einer Oligoarthritis der Kniegelenke, Schultergelenke und Hüftgelenke; 2. sekundäre Coxarthrose beidseits nach abgelaufener Coxitis und Hüftkopfnekrose rechts mehr als links, 3. lumbosakrales Schmerzsyndrom, 4. Zustand nach Amaurosis unklarer Genese, 5. Tinnitus, 6. Nasenscheidewand-Verkrümmung, 7. chronische Sinusitis maxillaris links basal, 8. Allergie gegen Arcoxia und Novaminsulfon. Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, wegen der sekundären Coxarthrose bei Hüftkopfnekrose seien lediglich leichte körperliche Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durchführbar. Heben und Tragen schwerer Lasten über 10 kg, Arbeiten in Zwangshaltungen wie vorübergebeugte Tätigkeiten, langes Stehen oder Gehen sowie Arbeiten in kalten, nassen und zügigen Räumen seien der Beschwerdesymptomatik beider Hüftgelenke mit Bewegungseinschränkungen und erheblichen Schmerzen nicht zuträglich. Ebenfalls seien lange sitzende Tätigkeiten ohne Arbeitspausen, ohne die Möglichkeit eines

Wechsels zu stehenden Tätigkeiten nicht verrichtbar. Als Estrichleger sei der Beschwerdeführer aufgrund oben genannter Einschränkungen nicht einsetzbar. In Bezug auf die enteropathische Spondyloarthritis/Oligoarthritis bei Morbus Crohn unterliege die Einsatzfähigkeit einer starken Variabilität in Abhängigkeit vom Aktivitätsniveau der Arthritis. In inaktiven Phasen sei die Verrichtung leichter körperlicher Tätigkeit mit dem Wechsel einer sitzenden/stehenden Arbeitshaltung möglich. Im akuten Krankheits Schub bestünden immobilisierende Schmerzen der betroffenen Gelenke, beim Beschwerdeführer speziell ein asymmetrischer Befall der Schultergelenke, Kniegelenke, Hüftgelenke oder Wirbelsäule, und sei das Ausüben einer leichten körperlichen Tätigkeit nicht möglich. Von einer Ausübung einer leichten körperlichen Tätigkeit mit krankheitsbedingten Ausfällen sei daher auszugehen. Von einer Einschränkung der Reaktionsfähigkeit – bedingt durch schmerzhafte Bewegungseinschränkungen – sei auszugehen. Aufgrund der orthopädischen Einschränkungen und des reduzierten Allgemein- und Ernährungszustandes im Rahmen des Morbus Crohn seien zeitweilige schwere oder mittelschwere körperliche Belastungen aktuell nicht verrichtbar. Zur Frage, ob eine vollschichtige Tätigkeit ausgeübt werden könne, ergänzten die Gutachter, im Rahmen des Arztberichtes von Dr. Bb. _____ vom 23. März 2017 sei die Einsatzfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf sechs Stunden eingestuft worden, unter Ausschöpfung der therapeutischen Massnahmen, was jedoch weder hinsichtlich Hüftleiden noch Spondylo-/Oligo-Arthritis erfolgt sei. Im Gutachten von Dr. Ee. _____ vom 22. November 2017 werde eine mögliche Teilzeitbeschäftigung von drei Stunden pro Tag als Estrichleger attestiert. Seitdem sei eine Verschlechterung der Beschwerden hinsichtlich enteropathische Spondylo-/Oligoarthritis mit Affektion der Kniegelenke, Schultern und Hüftgelenke als auch betreffend Aktivität des Morbus Crohn mit Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und Gewichtsverlust eingetreten. Zudem sei eine Progression trotz andauernder Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Unter Arbeitsbelastung sei von einer Verschlechterung der muskuloskelettalen Beschwerden auszugehen. Aus diesem Grund sei die Belastbarkeit zum aktuellen Zeitpunkt auf unter drei Stunden täglich einzustufen (B-act. 14 B1).

4.3.14 In seinem Gutachten vom 24. Februar 2020 zuhanden des Sozialgerichts LI. _____ hielt Dr. E. _____, Innere Medizin, L. _____ Krankenhaus (...), gestützt auf eine ambulante Untersuchung des Beschwerdeführers am 13. Januar 2020 in internistischer Hinsicht fest, dass im Bescheid vom 31. Mai 2017 (betreffend den GdB) die chronisch entzündliche Darmerkrankung vom Typ Morbus Crohn ohne jegliche Komplexität und

Ausbreitung der Grunderkrankung erwähnt worden sei (es fehlten die Komplikation und Ausprägung des Krankheitszustandes). Es werde ein Morbus Bechterew genannt, dieser sei jedoch nirgends dokumentiert, diagnostiziert, behandelt oder vermutet worden und damit falsch. Es fehlten (zudem) der Tinnitus, die Septumdeviation und die sekundären Folgeerkrankungen. Der Morbus Crohn habe mutmasslich klinisch inapparent deutlich länger (als seit 2016) bestanden, da bereits 2016 ein ausgeprägter segmentaler Befall im Bereich des Dickdarms habe objektiviert werden können. Gemäss den Berichten der Pp. _____ (...) und nachfolgender Diagnostik liege ein segmental langstreckiger Befall des Colon-Rahmens vor, zudem sei als Komplikation eine mit normalen Koloskopie-Instrumenten nicht zu überwindende Stenose im proximalen Sigma aufgetreten, hier sei eine operative Intervention in Zukunft nicht auszuschliessen. Als weiteres Befallmuster würden 2016 und 2018 multifokale Ösophagus-Ulzera im unteren Drittel der Speiseröhre beschrieben, die histologisch mit einer Crohn-Manifestation, verbunden mit Refluxösophagitis, vereinbar seien. Eine signifikante Dünndarmbeteiligung des Morbus Crohn sei ausgeschlossen worden. Als weitere Folge sei ein signifikanter Gewichtsverlust eingetreten, bei Inappetenz und teilweise Nahrungsunverträglichkeit (BMI aktuell 18 kg/m²). Zusätzlich liege eine dauerhafte Eisenmangelanämie vor, aktuell liege ein akuter Entzündungsschub vor. Es sei prognostisch von einer weiteren Verschlechterung auszugehen, da der Patient keinerlei krankheitsspezifische Behandlung durchführe. Die wiederholt vorgeschlagene, wirksame Behandlung mit Anti-TNF (immunsuppressive Therapie) z.B. mit Adalimumab werde vom Patienten aus Angst vor potentiellen Nebenwirkungen abgelehnt. Exakt diese Therapieempfehlung sei jedoch von Prof. Dr. Rr. _____ und Prof. Dr. Mm. _____ ausgesprochen worden. Es liege somit eine komplizierte Morbus Crohn-Erkrankung vor, mit schweren Auswirkungen (erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, Muskelabbau, Gewichtsreduktion um 9 kg bis BMI 18 kg/m², tägliche Durchfälle und häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden). Betreffend Verdacht auf extraintestinale Manifestation mit beidseitigen Hüftkopfnekrosen sowie sekundärer Gonarthrose sei auf das Gutachten Ee. _____ und das Gutachten Oo. _____ zu verweisen. Gestützt auf die heute festgestellten Bewegungsabläufe, die klinischen Untersuchungsbefunde und ohne Sichtung der fachorthopädischen Bilddokumente könne von einer Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke geringen Grades links und mittleren Grades rechts ausgegangen werden. Zum Verdacht auf Vorliegen einer enteropathischen Spondylo-/Oligoarthritis liessen sich weder in den Vorbegutachtungen, den klinischen Untersuchungsberichten noch in aktueller Untersuchung klinische Zeichen einer extraintestinalen

Manifestation mit Arthritiden darstellen. Der Tinnitus werde als störend empfunden, jedoch weder im Alltag noch in den Nachtphasen als entscheidendes Symptom angegeben. Somit sei er ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinung. Zur Septumdeviation der Nase hielt er fest, dass diese Diagnose HNO-ärztlich objektiviert worden sei, wiederholte Nasennebenhöhlenentzündungen aber nicht erfragbar seien und während der klinischen Untersuchung keine relevante Atembehinderung feststellbar sei. In der Gesamtbegründung (des GdB) führte er schliesslich aus, der Morbus Crohn zeige einen schubweisen Verlauf, dieser sei aktuell mit floriden Entzündungszeichen im Blut objektivierbar. Es bestünden bereits Komplikationen mit einer Beteiligung des distalen Ösophagus, einer – mit dem Koloskop nicht mehr überwindbaren – Sigmastenose, einem relevanten Kräfteverfall des Patienten, einer signifikanten Gewichtsabnahme bis an die Grenze der Kachexie (pathologischer Gewichtsverlust) und einer klinisch spürbaren Eisenmangelanämie. In Anbetracht der fehlenden Medikation der Grunderkrankung (der Beschwerdeführer lehne bisherige Therapiestrategien ab) sei von einer weiteren Verschlechterung auszugehen, eine operative Intervention in naher Zukunft nicht auszuschliessen. Die Grunderkrankung werde schubweise weiter fortschreiten. Auch der Allgemeinzustand werde sich nicht verbessern (B-act. 22 B1).

4.3.15 Im Entlassungsbericht vom 7. Mai 2020 berichtete Dr. U._____, Gastroenterologie, Klinikum V._____, über einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 29. April - 7. Mai 2020. Er führte aus, der Beschwerdeführer habe wegen schleichenden Gewichtsverlust von 15 kg in den letzten Monaten (recte: Jahren [s. unten]), allgemeiner Schwäche und diffuser Beschwerden in den Extremitäten stationär aufgenommen werden müssen. Auch wenn die klinische Symptomatik gering sei, bestehe ein zu erwartender komplikativer Verlauf und eine erhebliche Erkrankungsschwere des Morbus Crohn; Indiz seien die erhebliche Gewichtsabnahme mit hochpathologischer Bioimpedanzanalyse sowie CRP (C-reaktives Protein) -Erhöhung mit entsprechender Hypalbuminämie und bedeutsamer Anämie. Hinzu komme der fortgesetzte Nikotinabusus, der den Verlauf der Erkrankung sehr ungünstig beeinflusse. Durch fehlende Durchfälle oder Blutabgang im Stuhl neige der Patient eher zur Dissimulation und eingeschränkter Therapieadhärenz, sodass es bisher zu keiner vernünftigen immun-modulatorischen Behandlung gekommen sei. Durch Gabe eines klassischen Prednisolon-Schemas (während stationärem Aufenthalt) sei es zu einem deutlichen Abfall der Entzündungsparameter und zur Appetitsteigerung mit Gewichtszunahme bis 52.8 kg gekommen. Koloskopisch bestün-

den zwei dominante Stenosen im Colon mit kleinen sonographisch nachweisbaren Fistelbildungen ins Mesenterium (Aufhängevorrichtung Dünndarm). Für ein operatives Vorgehen sei der Patient nicht zu gewinnen, die entnommenen Biopsien wiesen bislang keine Malignität auf. Die hypertrophen Colonstenosen seien jedoch bis zum Beweis des Gegenteils malignomverdächtig. Die Entlassung sei am 7. Mai 2020 in leicht gebessertem Zustand erfolgt; dem Beschwerdeführer sei eine Nikotinkarenz dringend nahegelegt worden (B-act. 28 B6).

Im Befundbericht vom 16. Juni 2020 zuhanden des Sozialgerichts Ll. _____ führte derselbe Arzt ergänzend aus, beim letzten stationären Aufenthalt vom 29. April - 7. Mai 2020 habe eine deutliche Verschlechterung der chronisch entzündlichen Darmerkrankung (Morbus Crohn) festgestellt werden müssen. Es bestehe ein deutlicher Gewichtsverlust und eine Mangelernährung. Offenbar sei die Gelenksentzündung in beiden Hüftgelenken zur Ruhe gekommen, eine aktuelle rheumatologische oder orthopädische Einschätzung liege ihm jedoch nicht vor. Als Funktionseinbussen bestünden – bei erneuter entzündlicher Aktivität der Erkrankung – eine allgemeine Schwäche und Abgeschlagenheit im Rahmen der Entzündung und der Blutarmut. Hierunter sei es zu schleichender Gewichtsabnahme von 15 kg in den letzten vier Jahren gekommen. Durchfälle mit sichtbarem Blutverlust hätten offenbar zu keinem Zeitpunkt bestanden (B-act. 28 B1).

4.3.16 Im Entlassungsbericht vom 30. Juni 2020 führten Dr. Yy. _____ und Dr. Zz. _____, Endokrinologie, L. _____ Krankenhaus (...), zur stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 25. Juni - 10. Juli 2020 aus, der Patient sei am 26. Juni 2020 mit radiologischem Hinweis auf eine Perforation im Bereich des Colon descendens aus der internistischen Abteilung übernommen worden. Gleichentags sei eine Laparotomie und aufgrund der Befunde (perforiertes Colon descendens mit grossem retroperitonealem Abszess mit Stenose und Ileus) eine erweiterte Hemikolektomie links (Entfernung des Colon ascendens und des rechten Teils des Colon transversum mit anschließender Verbindung des Dünndarms mit dem Colon transversum) mit Ascendo-Decendostomie und doppeläufigem Ileostoma durchgeführt worden. Am 10. Juli 2020 habe der Patient mit reizlosen Wunden aus der stationären Behandlung entlassen werden können. Eine Verlaufskontrolle sei am 22. Juli 2020 im MVZ (...) zur Planung der Ileostomarückverlagerung geplant (B-act. 28 B8).

4.3.17 Mit Bericht vom 10. August 2020 stellten Dr. Aaa. _____ und Dr. Bbb. _____ der Klinik Ccc. _____ einen Antrag auf Verlängerung des

Spitallaufenthalts (vom 28. Juli - 17. August 2020) an die Gg. _____ (B-act. 30 B1). Der Patient habe bei der Aufnahme geltend gemacht, er sei völlig kraftlos, könne nicht mehr schlafen. Er wolle, dass die Aktivität des Morbus Crohn nachlasse und die Entfernung des Ileostoma zulasse. Es liege eine gute Stuhlentleerung über das reizlose Stoma vor, der Patient habe keine Bauchschmerzen, aber chronische Gelenkschmerzen. Er sei vom 28. Juli bis 17. August 2020 mit phytotherapeutischen Arzneimittelrezepturen der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) behandelt worden. Es sei bisher zu einer Verbesserung der Gelenkschmerzen gekommen; auch habe die Prednisolon-Therapie wie geplant reduziert werden können. Allerdings seien die Nächte immer noch ruhelos, einerseits wegen der Stomaentleerungen, andererseits wegen Ängsten und Grübelns. Aktuell stehe die psychovegetative Erschöpfung im Vordergrund der Behandlung. Eine Verlängerung der Behandlung um zwei Wochen sei dringend indiziert und nicht durch ambulante Behandlungen ersetzbar. Die Ärzte hielten folgende Diagnosen fest: 1. Psychovegetatives Erschöpfungssyndrom (F48.0) mit Ein- und Durchschlafstörungen (F51.0) aufgrund eines Morbus Crohn EM 2003 (K50.9), 2. Zustand nach Hemikolektomie, Appendektomie, Abszessspaltung bei stenosierte und perforierte Kolon und Ileus [Darmverschluss] mit Ileostoma-Anlage am 26.6.2020, 3. Arthritis bei Crohn-Krankheit: Knie, Schulter und Zustand nach immobilisierende Coxitis 2016 (M07.49), 4. chronische Eisenmangelanämie (B-act. 30 B1).

4.3.18 Wie dem Entlassungsbericht von Dr. Yy. _____ und Dr. Eee. _____ der L. _____ Kliniken (...) vom 16. September 2020 entnommen werden kann, wurde der Beschwerdeführer am 9. September 2020 zum geplanten chirurgischen Eingriff (Ileumsegmentresektion, Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes mittels Klammernahtanastomose) aufgenommen. Er konnte nach komplikationslosem Verlauf am 17. September 2020 nahezu beschwerdefrei aus der Behandlung entlassen werden (B-act. 30 B6).

4.3.19 In einem MRT der Lendenwirbelsäule vom 17. September 2020 wurden eine rechts betonte ausgeprägte Bandscheibenprotrusion L5/S1 mit Einriss im Anulus fibrosus und eine mögliche Tangierung der rechten Nervenwurzel S1 genannt (erwähnt in B-act. 30 B6 S. 2).

4.4

4.4.1 Dr. B. _____, Ärztin des RAD C. _____, nannte in einer ersten Stellungnahme vom 1. Juni 2017 folgende Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Hüftkopfnekrose beidseits unklarer Ätiologie, bei Symptombeginn zirka Mai 2016, bis März 2017 ohne spezifische Behandlung. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen hielt sie einen Verdacht auf Morbus Crohn, eine Refluxösophagitis sowie einen Status nach Anämie unbekannter Ätiologie Juni 2016, remittiert im Oktober 2016, fest. Sie führte aus, dass nach einer Abklärungssodyssee schliesslich eine Hüftkopfnekrose beidseits gefunden worden sei. Ausser Schonung habe bislang keine spezifische Therapie stattgefunden, längerfristig stehe eine hüftprothetische Versorgung an. Die gastrointestinalen Diagnosen (Verdacht auf Morbus Crohn und Status nach Refluxösophagitis) sowie die vorübergehende Anämie unklarer Ursache hätten keine längerfristigen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Seit kurzem würden leichte Wirbelsäulen-Beschwerden beklagt, für die sich geringe muskuläre Verspannungen als Korrelat fänden, ohne zusätzliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei seit 2014 als Hausmann tätig. Von April 2015 bis am 21. Mai 2016 sei er noch zu 20% in seiner angestammten Tätigkeit beschäftigt gewesen. Infolge der Hüftkopfnekrose sei diese Tätigkeit nicht mehr zumutbar, werde es auch nie mehr werden. Die Arbeitsaufgabe im Mai 2016 aus gesundheitlichen Gründen sei nachvollziehbar. In einer angepassten Tätigkeit (leicht, wechselbelastend, vorwiegend sitzend) habe jedoch nie eine relevante Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die im Haushaltsfragebogen gemachten Angaben bezüglich fast völliger Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. Es bestünden Limiten für schwere Arbeiten (Gartenarbeiten, schwere Putzarbeiten), aber sonst nicht; diese Limiten gälten ab Mai 2016. Mögliche Tätigkeiten seien: nicht qualifizierter Arbeiter/Hilfsarbeiter in einem Werk/Fabrik/Produktionsstätte, Verkauf auf dem Korrespondenzweg/via Telefon/Internet, wenn die versicherte Person die notwendigen Kenntnisse dafür habe (sitzende Tätigkeit), Reparatur von Kleingeräten/Haushaltartikeln, Kassierer sitzend, Billetverkäufer (sitzend), Empfang/Rezeption sitzend, Telefonvermittlung/Telefonistin sitzend, Datenerfassung/Scannage sitzend. Die Arbeitsunfähigkeit liege bei 70% in bisheriger Tätigkeit, bei 25.5% im Haushalt und bei 0% in angepasster Tätigkeit, alle ab 22. Mai 2016. Als funktionelle Einschränkungen seien dabei zu beachten: Arbeitsposition sitzend/stehend/wechselnd, Heben von Gewichten bis max. 10 kg (3-4x/Tag), 5 kg repetitiv, keine schweren Arbeiten, keine längeren Gehstrecken am Stück, nicht in unebenem Gelände, nicht repetitiv Treppen gehen, keine Einflüsse wie Schlechtwetter, Feuchtigkeit

und Kälte, nicht auf Leitern/Gerüste steigen, nicht länger kniend/kauernd/vornüber geneigt. In der Haushaltsführung bestünden folgende Invalidditäten: Haushaltsführung: 0%, Ernährung: 0%, Wohnungspflege: 10%, Einkauf: 5%, Wäsche und Kleiderpflege: 1%, Betreuung von Kindern: 2%, Verschiedenes: 7.5% (doc. 61).

4.4.2 Daran wurde in späteren Stellungnahmen festgehalten: In ihrem Bericht vom 16. April 2018 nannte die Ärztin des RAD dieselben Diagnosen und führte dazu aus, die eingereichten Unterlagen und insbesondere das Gutachten Ee._____ bestätigten die Beurteilung vom 1. Juni 2017 vollumfänglich. Die genannten Arbeitsunfähigkeits-Beurteilungen und geschilderten Limitationen seien praktisch identisch, lediglich werde der Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf einen späteren Zeitpunkt (12/2016) verlegt (doc. 109).

4.4.3 In einer Stellungnahme vom 21. August 2018 führte Dr. D._____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz aus, es seien verschiedene nicht mehr aktuelle Dokumente eingereicht worden. Darin seien keine neuen Sachverhalte bekannt gemacht worden. Massgebend für die Invalidität seien die (bekannten) Funktionseinschränkungen gemäss vorgelegten Berichten und nicht die Arbeitsaufgabe des Beschwerdeführers. Die Beurteilung vom 20. April 2018 bleibe bestehen (doc. 142).

4.4.4 Am 16. November 2018 nahm Dr. B._____ des RAD C._____ zum Radiologiebericht vom 19. September 2018 und zum Arztbericht von Dr. X._____ vom 1. Oktober 2018 Stellung und hielt fest, es würden keine neuen, für die Arbeitsfähigkeit relevanten Informationen vorgelegt. Bei angepassten Tätigkeiten würden die aufgeführten Limitationen gelten. Die Verweistätigkeiten entsprächen einer Liste der Verwaltung. Diese Tätigkeiten könnten konkret sehr unterschiedlich sein und gälten nur als angepasst, wenn sie die geforderten Limitationen beachteten (doc. 157).

4.4.5 Mit ergänzender Stellungnahme vom 18. April 2019 (im Rahmen der Vernehmlassung) prüfte Dr. B._____ die eingereichten Berichte vom 31. Juli 2018, 5. September 2018, 11. September 2018, 11. Oktober 2018, 16. Oktober 2018, 18. Oktober 2018, 14.-21. November 2018 (stationäre Behandlung), 19. November 2018, 20. November 2018, 21. November 2018, 2. und 11. Januar 2019. Sie führte dazu aus, die Berichte des HNO-Arztes zeigten einen Tinnitus, eine leichte Hochton-Schwerhörigkeit, eine benigne Leukoplakie der Wangenschleimhaut, eine Nasenseptum-Deviation und einen Status nach Nasenbluten beidseits. Diese Symptome begründeten

keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Die Laborwerte zeigten eine minim normochrome, normocytäre Anämie (Hb 12.3); in diesem Bereich spüre der Beschwerdeführer davon nichts, ausser vielleicht bei aussergewöhnlichen Anstrengungen, die von ihm nicht verlangt würden. Eine Arbeitsunfähigkeit könne damit nicht begründet werden. Die übrigen Werte seien normal bzw. ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ein Doppler der Carotiden schliesse eine relevante Stenose aus. Der Bericht von Dr. X. _____ an das Sozialgericht Ll. _____ vom 11. Oktober 2018 enthalte dieselben Informationen wie derjenige vom 1. Oktober 2018. In der Hospitalisierung vom 14.-21. November 2018 habe sich als Hauptbefund eine langstreckige Stenose des Colons infolge entzündlicher Darmerkrankung gezeigt. Die übrigen Abklärungen seien bland oder zeigten bekannte Befunde (Arthrosen, Hüften). Die vom Spezialisten vorgeschlagene Therapie mit einem TNF-alpha-Blocker werde vom Patienten aus Angst vor Nebenwirkungen abgelehnt. Bezüglich des Morbus Crohn werde schon länger keine Therapie durchgeführt, ein relevanter Leidensdruck sei nicht vorhanden. Die Beurteilung bleibe daher unverändert. Die vorgelegten Unterlagen begründeten keine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit (B-act. 7 B1).

4.4.6 Am 23. September 2019 nahm B. _____ (im Rahmen der Duplik) ergänzend Stellung zu folgenden Arztberichten: MRI BWS vom 6. April 2017, MRI Schädel und HWS vom 7. April 2017, Arztbericht Dr. Mm. _____ vom 5. Oktober 2018, Gutachten Dr. Oo. _____ vom 13. November 2018, Arztbericht Dr. Tt. _____ vom 22. Februar 2019, Gutachten von PD Dr. Vv. _____ und Dr. Ww. _____ vom 23. August 2019. Als Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie: 1. Hüftkopfnekrose beidseits unklarer Ätiologie (bei Symptombeginn wahrscheinlich 05/2016, bis 11/2017 ohne spezifische Behandlung). Als Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie fest: 2. Morbus Crohn (Erstdiagnose: entzündliche Darmerkrankung 2016, Refluxösophagitis, keine Medikation 07/2016 bis 06/2017, Colonoskopie 07/2017 zeigt unspezifische Entzündung, 06/2017 - ??; Behandlung mit Salofalk und Prednison [11/2017 keine Medikation], Colonoscopie/virtuelle Colonoscopie vom 20. November 2018: langstreckige entzündliche Wandveränderungen Colon transversum und sigmoideum mit Stenosierung und Umgebungsfibrose im Bereich Colon transversum; Dünndarm o.B., vorgeschlagene Behandlung mit Anti-TNF-alpha indiziert [01/2019], aber vom Patienten abgelehnt [01/2019], 3. chronisches Lumbovertebralsyndrom, bei Fehlhaltung, muskulärer Dysbalance, ohne neurologische Reiz-/Ausfallsymptomatik. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit listete sie einen Tinnitus beidseits und eine Anämie unbekannter

Ätiologie (06/2016, remittiert 10/2016; 07/2018: grenzwertig erniedrigtes Hämoglobin). In ihrer Beurteilung hielt sie fest, dass offensichtlich eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung bestehe, am wahrscheinlichsten ein Morbus Crohn. Vom 29. Juni bis ca. 14. Juli 2017 (recte wohl 2016: Hospitalisierung vom 29. Juni bis 7. Juli 2016 und Kontroll-MRT der Hüfte am 14. Juli 2016 [doc. 8]) habe wegen der Darmerkrankung eine Arbeitsunfähigkeit bestanden; im November 2017 (Anmerkung Gericht: s. Gutachten Ee. _____) bestünden anamnestisch keinerlei Beschwerden diesbezüglich. Vom 14.-21. November 2018 sei eine Hospitalisation erfolgt bei hochgradiger entzündlicher Stenose im oberen Sigma. Im Januar 2019 werde eine Behandlung mit einem Biologicum vorgeschlagen, die der Patient abgelehnt habe. Im Gutachten von August 2019 berichte der Patient von 1-2 Stuhlentleerungen mit imperativem Stuhlgang und Ängsten, die Toilette nicht rechtzeitig zu erreichen. Eine Therapie erfolge weiterhin nicht. Anhand der vorhandenen Unterlagen könne wegen der Darmerkrankung keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit nachempfunden werden. Es sei jedoch zu postulieren, dass eine Toilette in der Nähe sei und diese jederzeit aufgesucht werden könne. Im Weiteren bestünden verschiedene Beschwerden des Bewegungsapparates, deren Ursache teilweise unklar blieben. Es werde der Verdacht auf eine enteropathische Arthritis geäußert. Dieser könne aber nie belegt werden (mehrfache Szintigraphien hätten nie entzündliche Anreicherungen gezeigt), eine entsprechende Therapie erfolge nicht. Eine Arbeitsunfähigkeit für eine körperlich leichte Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar, die Arbeitsunfähigkeiten des letzten Gutachtens beruhten auf rezidivierenden, unvorhersehbaren Krankheitsabsenzen wegen akuter Schübe der Erkrankung. Auffallend sei aber der langsam stetige Gewichtsverlust des Patienten. Die Ursache sei hier nicht belegt. Aber so seien nur körperlich leichte Aufgaben möglich. Dr. B. _____ schloss auf die bisher bereits festgehaltenen Arbeitsunfähigkeiten seit 22. Mai 2016 und führte dazu aus, infolge Hüftkopfnekrosen und sekundären Coxarthrosen bestehe ab 22. Mai 2016 (Anmerkung Gericht: Aufgabe der Teilbeschäftigung als Estrichleger) eine Arbeitsunfähigkeit von 70% als Estrichleger; diese Tätigkeit werde nie mehr zumutbar sein. Für eine hüftschonende Tätigkeit sei aber keine IV-relevante Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Somit ändere sich die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach nochmaliger detaillierter Gesamtanalyse aller vorliegenden Unterlagen nicht. Das letzte (orthopädische) Gutachten sei bezüglich seiner Schlussfolgerung bezüglich Arbeits(un)fähigkeit absolut nicht nachvollziehbar (B-act. 16 B2).

4.4.7 In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 16. Juni 2020 führte Dr. B. _____ aus, im Gutachten von Dr. E. _____ vom 24. Februar 2020 gehe es in erster Linie um die Beurteilung des GdB, was für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der CH bedeutungslos sei. Zum Morbus Crohn würden ein Gewichtsverlust von 10 kg in vier Jahren, 3-4 Mal täglich breiiger bis flüssiger Stuhlgang, teils mit Dranginkontinenz (klar für Crohn sprechend) und vor allem nächtliche Bauchschmerzen (möglicherweise Crohnbedingt) festgehalten. Die detaillierte körperliche Untersuchung (Bewegungsapparat: keine groben Pathologien) zeige keine Hautmanifestationen eines Morbus Crohn. Es finde sich ein rechts diskret abgeschwächter ASR (Achillessehnenreflex). Im Darmultraschall fänden sich Wandverdickungen im Colon transversum und atone (schlaffe) Segmente. Die korrekte Behandlung sei dem Patienten mehrfach vorgeschlagen worden, werde von ihm aber aus Angst vor Nebenwirkungen verweigert. Der Patient nehme lediglich ein homöopathisches Präparat gegen Traumaschmerzen ein. Es werde der Befund der Colonoskopie 11/2018 mit nicht passierbarer Stenose genannt. Sie schloss, das vorliegende Gutachten enthalte keine neuen Aspekte; alles sei bekannt und bereits mehrfach dokumentiert. Eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit werde nicht gemacht. Die beklagten Beschwerden und geschilderten Befunde seien bekannt. Es gebe keinen Grund, die Beurteilung zu ändern (B-act. 24 B2).

4.5

4.5.1 Einleitend ist (mit der Vorinstanz) darauf hinzuweisen, dass die Festlegung des Grads der Behinderung in Deutschland nicht mit der Bestimmung einer rentenrelevanten Invalidität nach schweizerischem Recht verglichen werden kann (s. Urteil des BGer 9C_818/2013 vom 24. Februar 2014 E. 4.3.1 in fine). Entsprechende Festlegungen sind daher im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen. Des Weiteren ist festzuhalten, dass medizinische Berichte, die nach dem Verfügungszeitpunkt (10. Januar 2019) erstellt worden sind und inhaltlich keine Rückschlüsse auf die medizinische Situation vor diesem Zeitpunkt zulassen, im vorliegenden Verfahren ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Diese zeitliche Einschränkung wird vorliegend insbesondere bezüglich des Verlaufs der Morbus Crohn-Erkrankung (mit zunehmender Aktivität, Stenosierung und schliesslich operativem Eingriff am 26. Juni 2020) zu beachten sein.

4.5.2 Im Vordergrund der gesundheitlichen Einschränkungen seit Aufgabe der bisherigen Tätigkeit als Estrichleger im Mai 2016 stehen der im Juli

2016 diagnostizierte und seither klinisch relevante Morbus Crohn sowie in rheumatologischer Hinsicht die attestierten Hüftkopfnekrosen beidseits mit stattgehabter Coxitis bzw. die umstritten diskutierten Auswirkungen der Darmerkrankung auf verschiedene Gelenke (Wirbelsäule, Hüfte, Knie, Schultern). Zu ersterer Erkrankung ist festzustellen, dass die Ärztin des RAD davon ausgeht, der Morbus Crohn habe seit seiner Erstdiagnose im Jahre 2016 bis zur angefochtenen Verfügung bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit keine wesentlichen Änderungen erfahren (E. 4.4.5-4.4.7). Dabei übersieht sie, dass im Entlassungsbericht des Qq._____ - Krankenhauses in (...) vom 21. November 2018 erstmals eine mit dem konventionellen Koloskop nicht passierbare, polypoide, entzündliche, hochgradige Stenose befundet wurde (B-act. 1 B3). Dementsprechend und zu Recht gingen Dr. Tt._____ des Landesamtes Uu._____, Cc._____ (Bundesland) und das Landesamt selber von einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit 14. November 2018 infolge Aktivierung des Morbus Crohns aus (E. 4.3.12). Auch PD Dr. Vv._____ und Dr. Ww._____ führen in ihrem Gutachten vom 23. August 2019 aus, im Gutachten von Dr. Ee._____ vom 22. November 2017 werde eine mögliche Teilzeitbeschäftigung von drei Stunden pro Tag als Estrichleger attestiert. Seitdem sei eine Verschlechterung der Beschwerden hinsichtlich enteropathische Spondylo-/Oligoarthritis mit Affektion der Kniegelenke, Schultern und Hüftgelenke als auch betreffend Aktivität des Morbus Crohn mit Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und Gewichtsverlust eingetreten (E. 4.3.13). Diese Verschlechterungen spiegeln sich in den im Beschwerdeverfahren abgegebenen Stellungnahme des RAD nicht: War im ersten Bericht von Dr. B._____ vom 1. Juni 2017 noch die Rede von einem Verdacht auf Vorliegens eines Morbus Crohns (E. 4.4.1), führte sie in ihrer Stellungnahme vom 18. April 2019 in Bezug auf die stationäre Behandlung vom 14.-21. November 2018 einzig aus, bezüglich des Morbus Crohn werde schon länger keine Therapie durchgeführt, ein relevanter Leidensdruck sei nicht vorhanden. Die Beurteilung bleibe daher unverändert (E. 4.4.5). Mit Stellungnahme vom 16. Juni 2020 ergänzte sie nach eingehender Diskussion des Gutachtens von Dr. E._____, das Gutachten enthalte keine neuen Aspekte; alles sei bekannt und bereits mehrfach dokumentiert. Eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit werde (darin) nicht gemacht. Die beklagten Beschwerden und geschilderten Befunde seien bekannt. Es gebe keinen Grund, die Beurteilung zu ändern. Entsprechend hielt sie die bereits im Bericht vom 1. Juni 2017 (E. 4.4.1) aufgelisteten Arbeitsfähigkeiten fest. Die medizinische Sachverhalts-erhebung, wie sie dem angefochtenen Entscheid zugrunde lag, erweist sich deshalb als unvollständig; zumindest ist sie geeignet, Zweifel an der

Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Beurteilung zu wecken (E. 3.6.2).

4.5.3 Weiter ist festzustellen, dass sich die deutschen Ärzte nicht einig sind darüber, ob beim Beschwerdeführer nicht-entzündliche bzw. rein behandlungsbedingte (iatrogene) Erkrankungen am Bewegungsapparat vorliegen oder diese Folgen der chronischen Darmerkrankung und eines damit verbundenen entzündlichen Prozesses mit Auswirkungen auf verschiedene Gelenke (enteropathische Spondylarthritis, sekundäre Coxarthrose beidseits, abgelaufene rheumatischer Coxitis, sekundäre Hüftkopfnekrose, Gonarthrose beidseits, entzündliche Schultergelenke) sind. *Verneinend* äusserten sich dazu: Dr. U. _____ in seinem Arztbericht vom 8. August 2016 ("Eine zusätzliche HLA-B27-positive Spondylitis ankylosans bestätigte sich nicht"; doc. 10 S. 7), Dr. Bb. _____ in seinem Ausführlichen Ärztlichen Bericht vom 23. März 2017 ("keine Verdachtsdiagnose einer Arthritis, keine Hinweise auf entzündlichen Prozess"; doc. 52 S. 12 f.), der Hausarzt R. _____ in seiner Stellungnahme vom 14. Juli 2017 ("Behandlung der akuten Entzündungsreaktion mit Corticosteroiden, die im weiteren Verlauf zu einer Coxitis mit Schmerzen in Ruhe und Belastung beider Hüftgelenke führte"; doc. 66), Dr. Ee. _____ in seinem orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachten vom 22. November 2017 ("Eine zusätzliche HLA-B27-positive Spondylitis ankylosans konnte nicht bestätigt werden; gegenwärtig keine wesentliche Symptomatik. Auch zeitweilig geäusserte Beschwerden anderer grosser Gelenke können heute nicht bestätigt werden"; doc. 97 S. 43). *Bejahend* äusserten sich demgegenüber: Dr. Y. _____ in seinem Bericht vom 22. Dezember 2016 ("Verdacht auf ankylosierende Spondylitis HLA-B27 positiv; doc. 19), Dr. R. _____ in seinem Bericht vom 16. Dezember 2017 ("Diagnose: rheumatoide Arthritis", doc. 25 S. 1), Dr. X. _____ im Bericht vom 1. Oktober 2018 ("Diagnosen: 1. Dringender Verdacht auf enteropathische Spondylarthritis"; doc. 152), Prof. Dr. Mm. _____ im Bericht vom 26. Oktober 2018 ("Verdacht auf enteropathische Spondyloarthritis/Oligoarthritis [HLA-B27 negativ] bei Morbus Crohn; B-act. 10 B1), Prof. Dr. Rr. _____ und Dr. Ss. _____ in ihrem Bericht vom 21. November 2018 ("Diagnose: Morbus Crohn [ED 2016] mit Verdacht auf extraintestinale Manifestationen mit Spondyloarthritis/Oligoarthritis [HLA-B27 negativ]; B-act. 1 B3), Prof. Dr. Rr. _____ in seinem Nachtrag vom 2. Januar 2019 ("Wir schliessen uns der Einschätzung von Dr. Mm. _____ hinsichtlich des Verdachts auf eine enteropathische Spondylarthritis/ Oligoarthritis [HLA-B27 negativ] vollumfänglich an; B-act. 1 B8), PD Dr. Vv. _____ und Dr. Ww. _____ in ihrem Gutachten vom 23. Au-

gust 2019 ("Diagnose: Verdacht auf enteropathische Spondylo-/Oligoarthritis [HLA-B27 negativ] bei Morbus Crohn"; B-act. 14 B1 S. 19), Dr. E._____ in seinem Gutachten vom 24. Februar 2020 ("Diagnose: Verdacht auf extraintestinale Manifestation mit beidseitiger Hüftkopfnekrose, rechts mehr als links, sekundäre Gonarthrose, wiederholter Verdacht auf enteropathische Spondylo-/Oligoarthritis [HLA-B27 negativ] im Rahmen der Grunderkrankung; B-act. 22 B 1 S. 11) sowie die Dres. Aaa._____ und Ddd._____ in ihrem Entlassungsbericht vom 7. September 2020 ("Diagnosen: Arthritis bei Crohn-Krankheit [Knie, Schulter, Zustand nach immobilisierender Coxitis 2016, Rheuma-Serologie und HLA-B27 negativ]; B-act. 30 B2).

Der RAD hielt hierzu in erster Stellungnahme vom 1. Juni 2017 fest, die gastrointestinalen Diagnosen (Verdacht auf Morbus Crohn und Status nach Refluxösophagitis) hätten keine längerfristigen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Für die leichten Beschwerden der Wirbelsäule liessen sich nur geringe muskuläre Verspannungen als Korrelat finden (doc. 61 S. 4). Mit Stellungnahme vom 18. April 2019 führte Dr. B._____ weiter aus, im Entlassungsbericht vom 21. November 2018 zeige sich als Hauptbefund eine langstreckige Stenose des Colons infolge entzündlicher Darmerkrankung. Die übrigen Abklärungen seien bland oder zeigten bekannte Befunde (Arthrosen, Hüften). Die Beurteilung bleibe unverändert. Die vorgelegten Unterlagen begründeten keine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit (B-act. 7 B1). Im Rahmen der Duplik führte sie am 23. September 2019 zum Bewegungsapparat schliesslich aus, es bestünden verschiedene Beschwerden des Bewegungsapparates, deren Ursache teilweise unklar bleibe. Es werde der Verdacht auf eine enteropathische Arthritis geäussert. Dieser könne aber nie belegt werden (mehrfache Szintigraphien zeigten nie entzündliche Anreicherungen), eine entsprechende Therapie erfolge nicht. Eine Arbeitsunfähigkeit für eine körperlich leichte Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar. Die Arbeitsunfähigkeit des letzten Gutachtens beruhe auf rezidivierenden, unvorhersehbaren Krankheitsabsenzen wegen akuter Schübe der Erkrankung, dafür müsse aber die Erkrankung bewiesen sein, was hier nicht der Fall sei, und eine entsprechende Therapie erfolglos sein, was hier ebenfalls klar nicht der Fall sei (B-act. 16 B2). Die sich teilweise widersprechenden Befunde und (Verdachts-) Diagnosen zum Bewegungsapparat wurden damit weder diskutiert noch wurden die Diskrepanzen schlüssig aufgelöst. Auch erfolgte keine abschliessende bidisziplinäre Beurteilung, worum die Vorinstanz mit Zwischenverfügung vom 27. Mai 2020 gebeten wurde (B-act. 23). Der Sachverhalt erweist sich damit auch in dieser Hinsicht als ungenügend geklärt.

4.5.4 Im Weiteren bleibt festzustellen, dass die gutachterlich und auf einer persönlichen klinischen Prüfung des Beschwerdeführers erstellten Berichte von deutlichen Einschränkungen ausgehen, die sich in der Ausübung einer den Leiden angepassten Tätigkeiten niederschlagen. Zwar hatte Dr. Bb. _____ in seinem Ausführlichen Ärztlichen Bericht E 213 vom 23. März 2017 zuhanden der Dt. Rentenversicherung noch ausgeführt, der Beschwerdeführer sei in angepasster Tätigkeit vollzeitlich d.h. noch zu mindestens sechs Stunden täglich arbeitsfähig (E. 4.3.2). Dr. Ee. _____ erachtete den Beschwerdeführer in seinem (ausschliesslich) fachorthopädischen Gutachten vom 22. November 2017 in der Tätigkeit als Hausmann, in der die Schwerpunkttätigkeit nicht in extrem körperlich belastender Arbeit liege und in der kniende, gebückte bzw. Tätigkeiten mit maximaler Aussetzung in Kälte, Nässe bzw. Zugluft vermieden werden könnten, als zu mehr als sechs Stunden täglich belastbar (Berufsunfähigkeit als Hausmann von max. 25%) (E. 4.3.3). Jedoch beurteilte Dr. X. _____, Orthopädie, (...), den Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 11. Oktober 2018 zuhanden des Sozialgerichts Ll. _____ als arbeitsunfähig, seit Mai 2016 (E. 4.3.6). Der Hausarzt des Beschwerdeführers hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Oktober 2018 an das Sozialgericht Ll. _____ fest, er habe den Beschwerdeführer vom 28. Oktober bis 23. Dezember 2016 arbeitsunfähig geschrieben Die erhobenen Befunde hätten sich (zwischenzeitlich) nicht gebessert (E. 4.3.8). PD Dr. Vv. _____ und Dr. Ww. _____, Orthopädie & Unfallchirurgie, Zentrum Xx. _____, (...), hielten in ihrem Gutachten vom 23. August 2019 schliesslich fest, infolge Verschlechterung der Beschwerden hinsichtlich enteropathische Spondylo-/Oligoarthritis mit Affektion der Kniegelenke, Schultern und Hüftgelenke als auch betreffend Aktivität des Morbus Crohn mit Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und Gewichtsverlust, sei die Arbeitsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt auf unter drei Stunden täglich einzustufen (E. 4.3.13). Damit erscheint die Beurteilung des RAD bezüglich Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit für den vorliegenden relevanten Zeitraum bis Januar 2019 als nicht schlüssig.

4.5.5 Bleibt darauf hinzuweisen, dass Dr. Oo. _____ in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 13. November 2018 ein degeneratives Lumbosacralsyndrom mit lumbosacraler Aufbaustörung attestiert und unter anderem ausführt, es sei aufgrund dessen, dass die beschriebenen Körperbeschwerden nicht vollumfängliche durch organmedizinische Befunde erklärt werden könnten, eine psychosomatische Komponente im Sinne einer Somatisierungsstörung im Umfeld der chronisch entzündlichen Darmerkrankung anzunehmen (B-act. 10 B2 S. 18 f.). Auch anderen Arztberichten

sind Hinweise auf ein Halswirbelsäulen- und/oder Lumbalsyndrom zu entnehmen (doc. 52, doc. 152, B-act. 1 B19, B-act. 10 B1, B-act. 10 B2, B-act. 14 B1). Diese Befunde lassen eine ergänzende Prüfung der gesundheitlichen Einschränkungen mittels Standardindikatoren i.S.v. BGE 141 V 281 als notwendig erscheinen. Eine solche Prüfung ist bisher nicht erfolgt und deren Notwendigkeit vom ärztlichen Dienst auch nicht diskutiert worden.

4.6 Damit erweist sich die Ermittlung des medizinisch relevanten Sachverhalts als unvollständig. Zudem besteht zwischen der Beurteilung durch den medizinischen Dienst der IVSTA bzw. den RAD C._____ zum einen und den behandelnden Ärzten sowie Gutachtern zum anderen Dissens in der Beurteilung des Krankheitsbildes und der Auswirkung der Erkrankungen auf die Restarbeitsfähigkeit. Wie in E. 3.6 festgehalten ist, kommt den von der Vorinstanz nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Stellungnahmen des RAD und des medizinischen Dienstes rechtsprechungsgemäss kein erhöhter Beweiswert, sondern bloss der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4). Insofern genügen bereits geringe Zweifel im Hinblick auf die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen der Dres. B._____ und D._____, um den Beweiswert deren Stellungnahmen entscheidend zu schmälern. Vorliegend sind die in E. 4.5 festgehaltenen Unstimmigkeiten geeignet, Zweifel an der (arbeits-) medizinischen Sachverhaltserhebung, die der angefochtenen Verfügung zugrunde liegt, zu wecken. Damit bilden die Stellungnahmen des RAD und des medizinischen Dienstes im vorliegenden Verfahren keine rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage und kann darauf nicht abgestellt werden (vgl. BGE 125 V 351 und E. 3.6.2).

4.7

4.7.1 Damit ist der Gesundheitszustand und die Auswirkungen desselben auf die Restarbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erhoben. Die Sache ist deshalb zu weiteren Abklärungen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Aufgrund der im Vordergrund stehenden Leiden ist eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz (vgl. für viele: Urteil des BVGer C-3863/2018 vom 28. November 2018 S. 4 m.w.H.) in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Rheumatologie und Psychiatrie/Psychotherapie zu veranlassen. Es bleibt der Gutachterstelle überlassen, bei Bedarf weitere Fachgutachter beizuziehen. Die Gutachterstelle ist nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem

«SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Bei der Begutachtung wird zu beachten sein, dass aus Sicht des Bundesverwaltungsgerichts während des Verfahrens erwiesenermassen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, was eine sorgfältige Ermittlung des Verlaufs des Krankheitsbildes und allfälliger revisionsrechtlich relevanter Zeitabschnitte notwendig machen wird. Die IV-Stelle wird darauf aufbauend zu prüfen haben, ob für die Beurteilungsperiode ab Mai 2016 bis 10. Januar 2019 eine zum angefochtenen Entscheid abweichende Beurteilung zu erfolgen hat und ob sich die (nach heutiger Aktenlage) im November 2018 und Juni 2020 eingetretenen Veränderungen revisionsrechtlich auswirken (vgl. Urteil BGer 9C_262/2019 vom 23. März 2020 E. 4.3 f.).

4.7.2 Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt auch nach neuerer Rechtsprechung möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Vorliegend sind im Laufe des Rentenverfahrens in der Schweiz weder die Interdisziplinarität des multimorbiden Krankheitsbildes, die Zumutbarkeit von schadensmindernden Massnahmen (Behandlung des Morbus Crohn mit Anti-TNF-Therapie, allfällige operative orthopädische Eingriffe am Bewegungsapparat bei Darmerkrankung), noch die bei Schmerzsyndromen erforderliche Standardindikatoren-Prüfung beurteilt worden, weshalb sich eine erstmalige, gesamtheitliche Prüfung hierzu aufdrängt. Zudem litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliegt (BGE 137 V 210 E. 4.2). Vorliegend hat die Vorinstanz zudem die Anweisung des Bundesverwaltungsgerichts, eine bidisziplinäre Beurteilung durch den RAD vornehmen zu lassen, nicht beachtet (vgl. B-act. 23, E. 4.5.3 in fine). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens ist bei dieser Sachlage abzusehen.

4.8 Bei diesem Ausgang des Verfahrens kann darauf verzichtet werden, auf weitere Rügen des Beschwerdeführers (genauere Bezeichnung eines angepassten Arbeitsplatzes) näher einzugehen.

5.

Damit ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägung 4 und zu neuem Entscheid zurückzuweisen ist.

6.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

6.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

6.2 Der teilweise obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Der Anwalt hat keine Kostennote eingereicht, weshalb das Gericht die Höhe der Parteientschädigung aufgrund der Akten festsetzt (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Vorliegend erachtet das Bundesverwaltungsgericht – unter Berücksichtigung des notwendigen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Beschwerdeverfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigung – eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inklusive Auslagen; Mehrwertsteuer ist nicht geschuldet [vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG {SR 641.20} und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE]), als angemessen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägung 4 und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurück-erstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zu-lasten der Vorinstanz zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Daniel Golta

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: