



Abteilung III
C-7880/2024

Urteil vom 3. Juli 2026

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richterin Selin Elmiger-Necipoglu, Richter David Weiss,
Gerichtsschreiberin Della Batliner.

Parteien

A. _____, (Spanien),
vertreten durch Jose Diaz Lopez, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch
(Verfügung vom 23. September 2024).

Sachverhalt:

A.

Der am (...) 1965 geborene und in Spanien wohnhafte A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) arbeitete von Juli 1980 bis Ende Dezember 1994 als Serien-Apparate-Monteur beziehungsweise Vorarbeiter KS/Bau bei der B._____ AG in (...) (Akten der Vorinstanz [nachfolgend: IVSTA-act.] 5 S. 10). Ab Dezember 2018 war er als Hilfsarbeiter in einer Ölfabrik (vgl. IVSTA-act. 38 S. 29 ff.) und ab 1. Juni 2022 bis 31. August 2022 als Zimmermann in Spanien arbeitstätig, wobei ihm an seiner letzten Arbeitsstelle bereits während der Probezeit per 13. Juni 2022 gekündigt worden war (IVSTA-act. 1 S. 1; IVSTA-act. 38 S. 26). Seit dem 13. Juni 2022 bestand eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

B.

B.a Am 7. November 2023 meldete er sich über den spanischen Versicherungsträger zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung an (vgl. IV-act. 6). Die IVSTA tätigte daraufhin medizinische (vgl. IVSTA-act. 1, 2, 10-36) und erwerbliche Abklärungen (vgl. IVSTA-act. 3, 8, 9, 37 und 38) beim Versicherten.

B.b Mit Bescheid vom 3. November 2023 wurde dem Versicherten vom spanischen Versicherungsträger ab dem 2. November 2023 eine Invalidenrente zugesprochen (Akten des Beschwerdeverfahrens [nachfolgend: BVGer-act.] 1 Beilage 3).

B.c Am 9. April 2024 nahm der medizinische Dienst der IVSTA erstmals zur medizinischen Situation des Versicherten Stellung (IVSTA-act. 40).

B.d Mit Vorbescheid vom 30. Mai 2024 stellte die IVSTA in Aussicht, das Rentenbegehren des Versicherten abzuweisen (IVSTA-act. 43).

B.e Dagegen erhob der Versicherte am 25. Juni 2024 Einwand (IVSTA-act. 46) und reichte weitere medizinische Unterlagen ein (vgl. IVSTA-act. 44 f.).

B.f Gestützt auf eine weitere RAD-Stellungnahme vom 5. Juli 2024 (IVSTA-act. 48) verfügte die IVSTA am 23. September 2024 eine Rentenabweisung bei einem Invaliditätsgrad von 7% ab 13. Juni 2022 und von 17% ab 1. Januar 2024 (IVSTA-act. 51).

C.

Mit Eingabe vom 30. Oktober 2024 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Jose Diaz Lopez, Beschwerde erheben und sinngemäss beantragen, ihm seien rückwirkend die gesetzlichen Rentenleistungen zuzusprechen, eventualiter sei eine unter Rückweisung der Sache an die Vorinstanz eine fachmedizinische Begutachtung in der Schweiz anzuordnen; unter Kostenfolgen. Nebst der angefochtenen Verfügung und Vollmacht liess er den Bescheid vom 3. November 2023 über die Gewährung einer spanischen Invalidenrente und weitere medizinische Befundberichte einreichen, welche der Vorinstanz zwar bereits vorgelegen hätten, aber von ihr nur teilweise oder gar nicht erwähnt worden seien (BVGer-act. 1).

D.

Der mit Zwischenverfügung vom 7. Januar 2025 eingeforderte Kostenvorschuss von Fr. 800.– ging am 29. Januar 2025 bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 3 und 8).

E.

Mit Vernehmlassung vom 5. März 2025 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 10).

F.

Mit Replik vom 9. April 2025 liess der Beschwerdeführer seine Beschwerdebegehren dahingehend neu formulieren, dass er weiterhin die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Gutheissung der Beschwerde beantrage. Eventualiter, falls das Gericht keine eigene Begutachtung anordne, sei die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung und zur neuen Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Subeventualiter sei eine interdisziplinäre medizinische Untersuchung durch den schweizerischen Versicherungsträger in Spanien anzuordnen, und diese gegebenenfalls mit weiterführenden Untersuchungen in der Schweiz zu ergänzen; Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Vorinstanz (BVGer-act. 13).

G.

Mit Duplik vom 22. Mai 2025 verwies die Vorinstanz im Wesentlichen auf ihre Ausführungen in der Vernehmlassung und hielt an ihren Anträgen fest (BVGer-act. 15).

H.

Mit Instruktionsverfügung vom 27. Mai 2025 stellte der Instruktionsrichter ein Doppel der Duplik zur Kenntnisnahme an den Beschwerdeführer zu und schloss den Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen ab (BVGer-act. 16).

I.

Am 5. Februar 2026 erkundigte sich die Schwester des Beschwerdeführers telefonisch nach dem Verfahrensstand (BVGer-act. 19).

J.

Auf die weiteren Aktenstücke sowie Eingaben ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1; zu verfahrensrechtlichen Neuerungen vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.2, zu den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.2 Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Da auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

2.

2.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 23. September 2024, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Umstritten und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente zu Recht verneint hat.

2.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: vom 23. September 2024) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1, 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, bilden im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 8C_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.; BGE 121 V 362 E. 1b). Nach der Rechtsprechung sind neue Verfahrensvorschriften mangels anders lautender Übergangsbestimmungen mit dem Tag des Inkrafttretens sofort und in vollem Umfang anwendbar (BGE 130 V 1 E. 3.2; 129 V 113 E. 2.2).

2.3 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).

2.4 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad

der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6).

2.5 Der Beschwerdeführer wohnt in Spanien, ist spanischer Staatsangehöriger und war in der Schweiz erwerbstätig. 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 (vgl. Art. 80a Abs. 1 IVG). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010 (AS 2015 343), Nr. 465/2012 (AS 2015 345) und Nr. 1224/2012 (AS 2015 353) erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung (EG) Nr. 883/2004; Urteil des BVGer C-7544/2014 vom 13. Oktober 2016 E. 2).

2.6 Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems in Kraft getreten (Weiterentwicklung der IV [WEIV], Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2017 2535). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1 f.). Vorliegend sind in Anbetracht der im November 2023 erfolgten Anmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 31. Dezember 2021 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) beurteilt sich die Streitigkeit demnach nach der ab 1. Januar 2022 geltenden Rechtslage.

3.

Nachfolgend sind die weiteren, im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Grundsätze darzustellen.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

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

3.3 Gemäss Art. 28b IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Abs. 1). Bei einem Invaliditätsgrad von 40% resultiert ein prozentualer Anteil von 25%. Ab einem Invaliditätsgrad von 40% bis zu einem solchen von 49% erhöht sich der prozentuale Anteil ausgehend von 25% schrittweise um jeweils 2,5% pro Invaliditätsgrad, bis ein prozentualer Anteil von 47,5% bei einem Invaliditätsgrad von 49% erreicht wird (Abs. 4). Bei einem Invaliditätsgrad von 50% bis 69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). 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. Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 4 und 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters- Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend unbestritten der Fall ist (Art. 6 VO [EG] Nr. 883/2004; BGE 131 V 390 E. 5 ff.; Kreisschreiben über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSbIL], gültig ab 4.4.2016, S. 25 f Ziff. 3005; vgl. IK-Auszug Schweiz [IV-act. 8 f.]) und IK-Auszug Spanien [act. 5, 37]).

3.4 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht. Der Rentenanspruch erlischt mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung, das heisst insbesondere bei Erreichen des vollendeten 65. Altersjahres (vgl. Art. 30 IVG und Art. 21 Abs. 1 Bst. a AHVG in der seit 1. Januar 2022 geltenden Fassung [AS 2002 3371, BBl 1991 II 85 910, 1994 V 921, 1999 4523; AS 1996 2466, BBl 1990 II 1]; vgl. auch Art. 30 Bst. b IVG sowie Art. 21 Abs. 1 AHVG [Referenzalter] in der seit 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Fassung [AS 2023 92, BBl 2019 6305]).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf Unterlagen angewiesen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 m.w.H.; 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.w.H.).

3.6 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

3.7 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

3.8 Von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4 m. w. H., 125 V 351 E. 3b/bb). Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens gemäss Verfahren nach Art. 44 ATSG im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich gestützt auf vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H.; Urteile des BGer 8C_772/2019 vom 4. August 2020 E. 4.2.1, 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2; Urteil C-5025/2018 vom 24. September 2020

E. 4.5.3; vgl. dazu näher E. 8.2.3 f. infra). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). Berichte behandelnder Ärzte oder Ärztinnen sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie die behandelnde Spezialärztin (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potenziellen Stärken der Berichte behandelnder Arztpersonen nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 mit Hinweis). Auch aus dem Ausland stammende Beweismittel unterstehen der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (BGE 130 V 253 nicht publizierte E. 4 f. [= Urteil des BGer I 793/03 vom 7. April 2004] und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2; Urteil des BVGer C-6398/2009 vom 18. Mai 2012 E. 2.1 mit Hinweis auf Urteil des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

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

beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

4.

4.1 Aus den medizinischen Akten des vorinstanzlichen Verfahrens ergibt sich zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers folgendes Bild:

4.1.1 Im Arztbericht vom 19. November 2020 diagnostizierte Dr. C._____, Spezialistin für den Verdauungsapparat, eine gastroösophageale Refluxkrankheit und stellte noch keine kardiovaskulären Risikofaktoren fest (IVSTA-act. 10).

4.1.2 Am 1. Februar 2021 führte Dr. D._____ eine Gastroendoskopie durch und stellte dabei eine Hiatushernie von 3cm, ein Barrett-Ösophagus sowie eine peptische Speiseröhrenentzündung Grad B fest (IVSTA-act. 12 ff.).

4.1.3 Im Spitalaustrittsbericht Kardiologie vom 27. September 2021 wurden als Diagnosen ein akuter Herzinfarkt (kompletter Verschluss einer grossen unteren Koronararterie, koronare Arteriosklerose in nativen Arterien, Myokardinfarkt am 22. September 2021), Dyslipidämie und Übergewicht (103 kg) festgehalten. Nach Aufnahme am 22. September 2021 wurde eine Herz-Katheterisierung links sowie eine Angioplastie mit Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents vorgenommen (IVSTA-act. 15). Die Echokardiographie vom 27. September 2021 ergab eine normale Herzfunktion (insbesondere linksventrikuläre Auswurfraction [EF] 55%; vgl. IVSTA-act. 15).

4.1.4 Im Spitalbericht vom 20. Oktober 2021 informierte Dr. E._____ über eine Erstkonsultation im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation und ein tiefes Risiko des Versicherten bei seit 2021 bestehender chronischer ischämischer Kardiomyopathie (IVSTA-act. 16).

4.1.5 Gemäss Spitalbericht vom 26. Oktober 2021 von Dr. med. F._____ wies der Versicherte keine Einschränkungen in Bezug auf den Bewegungsapparat zur Durchführung des kardiologischen Rehabilitationsprogramms auf (IVSTA-act. 17).

4.1.6 Mit Bericht vom 27. April 2022 hielt der Rheumatologe Dr. med. G._____ als Diagnosen eine Gonalgie links bei möglicher struktureller Läsion im linken Knie sowie eine schmerzhaft linke Schulter bei Tendinopathie der Rotatorenmanschette fest (IVSTA-act. 22 S. 7 f.).

4.1.7 Gemäss Arztbericht vom 17. Juni 2022 suchte der Versicherte wegen Atemnotbeschwerden, Druckgefühl und Brennen in der Brust eine Notfallklinik auf (IVSTA-act. 18).

4.1.8 Eine Ultraschalluntersuchung vom 21. Juni 2022, die aufgrund von Schmerzen durchgeführt worden war, zeigte eine Tendinopathie der Rotatorenmanschette an der linken Schulter (IVSTA-act. 22 S. 5).

4.1.9 Am 1. Juli 2022 fand eine hämatologische Laboruntersuchung statt (IVSTA-act. 19).

4.1.10 Gemäss Befundbericht vom 15. Juli 2022 ergaben Untersuchungen des linken Knies myxoide degenerative Entwicklungen am Hinterhorn ohne klare entzündliche Anzeichen, aber positiven internen Meniskuszeichen (IVSTA-act. 22 S. 4).

4.1.11 Aus der Medikamentenliste vom 26. Juli 2022 des Hausarztes Dr. med. H._____ ist ersichtlich, dass dem Versicherten bis 1. Dezember 2022 mehrere Medikamente verschrieben worden waren (IVSTA-act. 20).

4.1.12 Dem Arztbericht vom 1. August 2022 von Dr. med. I._____, Facharzt für Traumatologie, ist zu entnehmen, dass der Versicherte an Schulterschmerzen auf der rechten Seite leide, die nicht traumatisch seien, überwiegend in der Nacht auftauchten und eine Bewegungseinschränkung mit sich zögen. Eine Infiltration im Juli 2016 habe eine teilweise Verbesserung gebracht, eine anschliessende Rehabilitation nicht. Dr. I._____ stellte als Hauptdiagnose einen partiellen Riss der Rotatorenmanschette, degenerative Veränderungen im Acromioclaviculargelenk (nachfolgend: AC-Gelenk) sowie einen Riss in der Supraspinatussehne an der Schulter rechts fest (IVSTA-act. 21).

4.1.13 Am 8. September 2022 berichtete Dr. G._____ über die Diagnosen einer degenerative innere Meniskopathie des linken Knies, Tendinopathie der Supraspinatussehne sowie Arthrose im AC-Gelenk an der linken Schulter (IVSTA-act. 22 S. 1 f.).

4.1.14 Bildgebende Untersuchungen der rechten Schulter vom 20. September 2022 durch Dr. med. J. _____ zeigten eine Arthropathie des AC-Gelenks mit subakromialem Schmerzsyndrom und einer Teilruptur der Rotatorenmanschette (IVSTA-act. 24)

4.1.15 Im Spitalbericht vom 29. September 2022 wurde bei Schmerzen und Limitationen der linken Schulter eine Tendinopathie der Supraspinatussehne diagnostiziert. Eine Infiltration habe sich schmerzlindernd ausgewirkt (IVSTA-act. 22 S. 9 f.).

4.1.16 Gemäss Arztbericht vom 3. Oktober 2022 von Dr. I. _____ funktionierten hinsichtlich der rechten Schulter zwei Infiltrationen nicht und es trat keine Besserung ein (IVSTA-act. 25).

4.1.17 Am 5. Oktober 2022 ergab sich in Bezug auf das linke Knie eine beginnende Gonarthrose (IVSTA-act. 22 S. 3).

4.1.18 Im kardiologischen Spitalbericht vom 7. November 2022 wird über eine gute klinische Situation seit der Durchführung des Rehabilitationsprogramms und einer ausbleibenden kardiovaskulären Symptomatik berichtet. Aufgrund der rheumatologischen Probleme habe der Versicherte mit dem körperlichen Training aufgehört und an Gewicht zugenommen. Aufgrund der Besserung sei er gewillt, das körperliche Training wieder aufzunehmen (IVSTA-act. 26).

4.1.19 Am 8. November 2022 fand wegen Schmerzen und funktionellen Einschränkungen eine weitere Ultraschalluntersuchung der linken Schulter statt, wobei eine partielle Ruptur am Oberarmkopf festgestellt wurde (IVSTA-act. 22 S. 6).

4.1.20 Im Spitalbericht vom 28. Dezember 2022 hielt Dr. med. K. _____ fest, der Versicherte habe am Tag zuvor ein Zerren in der rechten Schulter gespürt, als er die Einkaufstasche ins Fahrzeug gelegt habe. Aufgrund funktioneller Einschränkung und Schmerzen hielt er als Diagnosen eine chronische Tendinopathie des langen Bizeps bei partieller Ruptur der Rotatorenmanschette fest (IVSTA-act. 28).

4.1.21 Am 30. Januar 2023 empfahl Dr. L. _____ wegen Subakromialsyndroms beider Schultern eine arthroskopische Bursektomie mit Acromioplastik der linken Schulter (IVSTA-act. 29). In der rechten Schulter bestehe das Leiden schon länger (IVSTA-act. 30).

4.1.22 Im Arztbericht vom 30. Januar 2023 diagnostizierte Dr. med. M._____, Facharzt für Dermatologie, eine Psoriasis der Haut. Betroffen seien vor allem Knie, Ellbogen, Fersen und in zweiwöchentlichen Abständen die Handrücken (IVSTA-act. 31).

4.1.23 Am 27. Februar 2023 wurden weitere bildgebende Untersuchungen beider Schultern durchgeführt. Sie zeigten bei beiden Schultern eine moderate bis schwere Arthrose der AC-Gelenke, eine moderate Tendinopathie der Supraspinatussehne mit Teilrissen sowie eine leichte Tendinopathie der vorderen und hinteren Sehne der Rotatorenmanschette (Subscapularis- und Infraspinatussehne) mit Teilrissen (IVSTA-act. 32).

4.1.24 Am 26. Juli 2023 führte Dr. med. N._____ eine weitere Gastroendoskopie und eine Koloskopie durch. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Versicherte keine Verdauungsbeschwerden (IVSTA-act. 35 f.).

4.1.25 Am 3. Oktober 2023 berichtete Dr. med. O._____ nach Begutachtung des Versicherten zwecks Überprüfung einer andauernden Arbeitsunfähigkeit über folgende organische und funktionelle Einschränkungen: einen inkompletten Riss oder eine Ruptur der Rotatorenmanschette der rechten Schulter, die nicht als traumatisch spezifiziert sei (ICD-10: M75.11) sowie eine Bursektomie und Akromioplastik der linken Schulter nach Trauma. Zudem bestehe eine generalisierte Polyarthralgie, eine partielle Amputation des dritten distalen Fingerknochens der linken Hand, beginnende Bouchard- und Heberden Knoten, Rhizarthrose, degenerative Veränderungen an den Hüften sowie am Iliosakralgelenk. Dr. O._____ erachtete die Arbeitsfähigkeit in moderaten bis intensiven Tätigkeiten, solche mit Überlastung der Schultern, häufigen Bewegungen der oberen Gliedmassen, moderaten Kraftanwendungen und dem Tragen von Gewichten als allgemein eingeschränkt an. Der Versicherte habe ihr gegenüber erklärt, die Arbeit als Hilfsarbeiter in der Ölfabrik sei anstrengender gewesen wie diejenige als Zimmermann (IVSTA-act. 1).

4.1.26 Mit Stellungnahme vom 9. April 2024 erklärte Dr. med. P._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom medizinischen Dienst der IVSTA die Diagnosen beidseitige Läsionen der Rotatorenmanschetten (ICD-10: M75.1), beidseitige Arthrose der AC-Gelenke (ICD-10: M19.0) sowie Polyarthrose der Hände mit beidseitiger Rhizarthrose (ICD-10: M18.0) als solche mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit blieben gemäss Dr. P._____ die Diagnosen einer chronischen ischämischen Herzkrankheit (ICD-10: I25) bei Status nach akutem

Myokardinfarkt am 22. September 2021 und Status nach Angioplastie mit Stent-Positionierungen, arterielle Hypertonie, Barrett-Ösophagus sowie leichte Psoriasis. Anfänglich habe der Versicherte Schmerzen an der linken Schulter gehabt, später auch an der rechten Schulter. Beides sei auf Läsionen der Rotatorenmanschetten und Arthrosen an den AC-Gelenken zurückzuführen. Mit diesen Einschränkungen sei es nicht möglich, eine Tätigkeit fortzuführen, die eine gute Mobilität und Kraftaufwendung beider Arme verlange. Zusammen mit der Polyarthrose der Hände attestiere er eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit seit dem 13. Juni 2022. Hinsichtlich des Datums (13. Juni 2022) stütze er sich auf das Gutachten vom 3. Oktober 2023 von Dr. O._____. Er sei aber der Meinung, dass der Versicherte mit einer leichten Tätigkeit weiterhin vollumfänglich arbeitsfähig sei. In kardiovaskulärer Hinsicht seien keine Einschränkungen vorhanden (IVSTA-act. 40).

4.2 Nach Erlass des Vorbescheids vom 30. Mai 2024 reichte der Versicherte zwei weitere medizinische Berichte nach:

4.2.1 Aus dem Spitalbericht vom 6. Mai 2024 geht hervor, dass Dr. med. Q._____ am 3. April 2024 eine arthroskopische Intervention (Bursektomie und vordere Acroplastik) an der linken Schulter durchgeführt hat (IVSTA-act. 44).

4.2.2 Im Arztbericht vom 18. Juni 2024 übermittelte Hausarzt Dr. R._____ eine Aufzählung der von ihm erhobenen klinischen Probleme (IVSTA-act. 45).

4.2.3 Mit Stellungnahme vom 5. Juli 2024 ergänzte Dr. P._____ die Diagnoseliste beidseitige Läsionen der Rotatorenmanschetten (ICD-10: M75.1) um den Status nach Bursektomie und Acromioplastik links am 3. April 2024. Ansonsten blieb die Diagnoseliste unverändert. Die letzte medizinische Dokumentation bestätige einen arthroskopischen Eingriff in Höhe der linken Schulter mit einem ersten Erfolg bezüglich Schmerzsymptomatik. Die Beweglichkeit sei gestützt auf die letzten Informationen limitiert. Dr. P._____ bleibe bei seiner bisherigen Bewertung der Arbeitsunfähigkeit. Es erscheine ihm wenig wahrscheinlich, dass die Belastbarkeit der operierten Schulter in signifikanter Weise steigen könne, auch wenn eine positive Entwicklung hinsichtlich der Schmerzen zu erhoffen sei. Die weiteren gelenkbezogenen Beschwerden beständen weiterhin (IVSTA-act. 47).

4.3 Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer erstmals folgende Unterlagen ein:

4.3.1 Am 24. Juli 2023 berichtete Dr. med. S. _____, Abteilung Rehabilitation, über Knieschmerzen links bei myxoider Degeneration des Hinterhorns des inneren Meniskus (BVGer-act. 1 Beilagen S. 6).

4.3.2 Im Spitalbericht vom 5. September 2023 wurden degenerative Veränderungen in den Hüften sowie Rhizarthrose an den Händen festgehalten (BVGer-act. 1 Beilagen Arztberichte, S. 7).

4.3.3 Der OP-Bericht vom 3. April 2024 informiert über die arthroskopische Intervention (Bursektomie und vordere Acroplastik) an der linken Schulter durch Dr. Q. _____ (BVGer-act. 1 Beilagen Arztberichte, S. 28 f.).

4.3.4 Am 9. September 2024 suchte der Beschwerdeführer erneut wegen Atemnot (aber ohne Herzinsuffizienzzeichen und ohne charakteristische ischämische Thoraxschmerzen) die kardiologische Abteilung auf, und es stellte sich die Frage nach einem weiteren Myokardinfarkt. Bei unauffälligem echokardiographischem Befund wird zur weiteren Abklärung eine Myokardszintigraphie empfohlen und als Hauptdiagnosen Dyspnoe in Abklärung genannt, als «andere Diagnose» Myokardinfarkt (BVGer-act. 1 Beilagen Arztberichte, S. 13).

4.3.5 Im Spitalbericht vom 21. Oktober 2024 wird festgehalten, dass bei unauffälligem Befund in der Echokardiographie (insbesondere EF 60%) aufgrund der durchgeführten Myokardszintigraphie eine vaskuläre Mikroangiopathie (leichte subendokardiale Ischämie) nicht ausgeschlossen werden könne, und hauptsächlich die Diagnose Myokardinfarkt gestellt, als «andere Diagnose» Dyspnoe in Abklärung (BVGer-act. 1 Beilagen Arztberichte, S. 15).

5.

5.1 In der angefochtenen Verfügung (IVSTA-act. 51) hält die Vorinstanz im Wesentlichen fest, sie habe sich bei ihrer Beurteilung insbesondere auf den kardiologischen Spitalbericht vom 27. September 2021, die rheumatologischen Berichte vom 27. April 2022 und 29. September 2022 sowie den medizinischen Befundbericht vom 3. Oktober 2022 gestützt. Es bestehe eine Gesundheitsbeeinträchtigung, die seit 13. Juni 2022 zu einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Zimmermann führe. Die Schmerzen in den Schultern aufgrund der Läsionen der Rotatorenmanschette

sowie einer Arthrose des AC-Gelenks verhinderten eine Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit. Hingegen seien leidensadaptierte Tätigkeiten ab 13. Juni 2022 vollschichtig zumutbar bei Beachtung folgender funktio-neller Einschränkungen:

- Überwiegend sitzende oder alternierend sitzende und stehende Tätig-keit
- Keine Überkopfarbeiten
- Keine knieenden oder kauernenden Tätigkeiten
- Kein Tragen von Gewichten über 5kg
- Vermeiden von balancierenden Tätigkeiten (wie auf einer Leiter oder einem Gerüst)
- Vermeiden von Tätigkeiten mit Verletzungsgefahr (wie Schnittwunden oder Verstauchung)
- Kein Führen eines Motorfahrzeugs
- Vermeiden von Tätigkeiten, die Schnelligkeit erfordern oder Stress im-plizieren
- Vermeiden von Kälte, Feuchtigkeit und schlechtes Wetter

Ab 13. Juni 2022 bestehe ein Invaliditätsgrad von 7%, ab 1. Januar 2024 ein solcher von 17%. Damit bestehe kein Rentenanspruch.

5.2 In seiner Rechtsmitteleingabe vom 30. Oktober 2024 (BVGer-act. 1) lässt der Beschwerdeführer insbesondere geltend machen, der Invaliditäts-grad sei unter Berücksichtigung der von der Vorinstanz nicht anerkannten weiteren Erkrankungen und Gesundheitseinschränkungen viel höher zu bewerten und diese seien zu Unrecht nicht berücksichtigt und in die er-werbsmindernde Bewertung eingebracht worden. Das Krankheitsbild des Beschwerdeführers sei wesentlich schwerwiegender und von chronischer und progressiver Natur. Die Vorinstanz habe bei ihrer Beurteilung nicht alle dokumentierten Erkrankungen und Gesundheitseinschränkungen des Be-schwerdeführers berücksichtigt, obwohl sie keine eigene persönliche me-dizinische Untersuchung vor Ort vorgenommen habe. Der Arzt vom medi-zinischen Dienst habe weitere medizinische Unterlagen grösstenteils igno-riert und in seine Beurteilung seien nicht alle Erkrankungen und Gesund-heitseinschränkungen mitberücksichtigt worden.

5.3 Mit Vernehmlassung vom 5. März 2025 (BVGer-act. 10) erklärte die Vorinstanz im Wesentlichen, Invalidität werde nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Kriterien definiert, und stimme daher nicht unbe-dingt mit dem vom behandelnden Arzt festgesetzten Grad an funktioneller Einschränkung überein. Nicht der Gesundheitsschaden selbst sei als Ge-genstand der Versicherung zu betrachten, vielmehr habe diese nur eine rechtliche Bedeutung, sofern er sich über die Arbeitsfähigkeit auf die

Erwerbsfähigkeit auswirke. Der beurteilende IV-Arzt habe unter Berücksichtigung sämtlicher Diagnosen ein schlüssiges und nachvollziehbares Bild der vorliegenden Beschwerden bilden und diesbezügliche Aussagen zur verbliebenen Arbeitsfähigkeit machen können. Der Beschwerdeführer leide an einer Periarthropathie der Schultern beidseitig (M75.1; Zustand nach Bursektomie und Akromioplastik links am 3. April 2024), an einer bilateralen acromioklavikulären Arthrose (M19.0) sowie an einer Polyarthrose der Hände mit bilateraler Rhizarthrose (M18.0). Im Gegensatz zu den weiteren aufgeführten Diagnosen (Chronische ischämische Herzkrankheit [I25] – Zustand nach akutem Myokardinfarkt am 22. September 2021 – Zustand nach Angioplastie mit Stent-Implantation, arterielle Hypertonie [I10], Barrett-Ösophagus [K22.7] sowie leichte Psoriasis [L40]), welche keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten, begründeten die einleitend erwähnten Diagnosen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Zimmermann. Denn mit diesen Verletzungen sei es dem Versicherten seit dem 13. Juni 2022 nicht mehr möglich, seine Arbeit fortzusetzen, die eine gute Beweglichkeit erfordere und beide Schultern beanspruche. Für leichtere, leidensangepasste Tätigkeiten, wie sie exemplarisch in der Beilage 1 zur Stellungnahme vom 9. April 2024 (IVSTA-act. 40) erwähnt würden, beständen aus arbeitsmedizinischer Hinsicht keine Einschränkungen. Mangels neuer medizinischer Sachverhaltselemente im Beschwerdeverfahren sei an dieser Einschätzung somit weiterhin festzuhalten.

5.4 Mit Replik vom 9. April 2025 (BVGer-act. 13) wendete der Beschwerdeführer ein, die ärztliche Beurteilung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz beruhe in zentralen Punkten nicht auf einer umfassenden, objektiven und fachärztlich differenzierten Untersuchung, sondern auf einer selektiven Bewertung. Damit werde das tatsächliche Ausmass seiner gesundheitlichen Einschränkungen in gravierender Weise verkannt. Der medizinische Dienst habe eine lückenhafte und methodisch unzureichende Bewertung vorgenommen. Die Begutachtung sei ausschliesslich auf Aktenbasis, ohne eigene medizinische Untersuchung erfolgt. Angesichts der Vielzahl komplexer Diagnosen sei dies rechtlich geboten gewesen. Es werde kein Gesamtbild erstellt, sondern die gesundheitlichen Einschränkungen seien auf ein paar orthopädische Diagnosen reduziert worden. Dies werde seiner Multimorbidität nicht gerecht. Sämtliche kardiologischen, dermatologischen und gastroenterologischen Diagnosen – mit teils erheblichem chronischem Verlauf – würden aus der Erwerbsfähigkeitsbewertung vollständig ausgeklammert, obwohl sie nach fachärztlicher Einschätzung zumindest eine leidensangepasste Tätigkeit ebenfalls

erschweren oder gar ausschliessen würden. Der medizinische Dienst habe eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung versäumt, die bei multiplen Leiden erforderlich sei. Zudem werde nicht konkretisiert, welche Tätigkeiten für einen 60-jährigen Mann mit den oben genannten Diagnosen realistisch zugänglich wären. Die Einschränkungen beträfen nicht nur die Feinmotorik und Mobilität, sondern auch die allgemeine Belastbarkeit aufgrund kardiologischer Beschwerden und Dyspnoe. Selbst leichtere körperliche Tätigkeiten könnten aufgrund dieser Einschränkungen nicht ausgeführt werden. Der medizinische Aktenstand sei lückenhaft und widersprüchlich. Die Vorinstanz habe ihre Abklärungspflicht verletzt, indem sie keine persönliche medizinische Untersuchung, keine interdisziplinäre Begutachtung und keine differenzierte sozialmedizinische Einschätzung vorgenommen habe. Sie habe eingereichte fachärztliche Berichte unzureichend berücksichtigt und keine individualisierte Einschätzung der leidensangepassten Erwerbsfähigkeit vorgenommen.

5.5 Mit Duplik vom 22. Mai 2025 hielt die Vorinstanz fest, eine aktenbasierte medizinische Beurteilung schmälere den Beweiswert nicht, obwohl sie nicht auf einer persönlichen beruhe, sofern die Untersuchungsberichte dem beurteilenden Arzt des IV-ärztlichen Dienstes ein vollständiges Bild der vorliegenden Leiden zu vermitteln vermochte und sich damit die entscheidungsrelevanten Fragen zweifelsfrei und nachvollziehbar beantworten liessen. Die Beurteilung durch den IV-ärztlichen Dienst habe sich auf die orthopädischen Einschränkungen fokussiert, da diese hauptsächlich für die Einschränkungen als Zimmermann gälten. Andere Diagnosen seien jedoch nicht ausgeblendet worden, sondern seien im Hinblick auf ihre funktionelle Relevanz für die Erwerbsfähigkeit als nicht einschränkend gewertet worden. Mangels neuer medizinischer Sachverhalte halte die Vorinstanz an den Ausführungen und Anträgen der Vernehmlassung fest.

6.

6.1 Zuerst ist zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten (vgl. oben E. 4.1-4.3.5) es dem medizinischen Dienst der IVSTA erlaubten, sich ein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des RAD-Arztes Dr. P. _____ nachvollziehbar und schlüssig sind.

6.2 Bei der Beurteilung des vorliegenden Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers holte die Vorinstanz kein externes Gutachten nach Art. 44

ATSG ein, sondern stützte sich auf die Einschätzungen des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 9. April 2024 (IVSTA-act. 40) und vom 5. Juli 2024 (IVSTA-act. 48).

6.2.1 RAD-Arzt Dr. P._____ hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Die beiden Aktenbeurteilungen sind keine medizinischen Stellungnahmen im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV, da Dr. P._____ selbst keine medizinischen Befunde erhoben hat (Urteil des BGer 8C_608/2025 vom 24. März 2026 E. 2.3 m.H.a. BGE 135 V 254 E. 3.3.2). Nach der Rechtsprechung ist es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden (Urteil des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.2 m.H.).

6.2.2 Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteil 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1).

6.2.3 An die Beweiswürdigung solcher Stellungnahmen des RAD sind jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Enthalten die Akten für die

streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

6.3 Die körperlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Versicherten an beiden Schultern und Händen haben gemäss den RAD-Stellungnahmen von Dr. P._____ einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf die ebenfalls festgestellten kardiovaskulären Beschwerden, der arteriellen Hypertonie, des Barrett-Ösophagus oder der Hauterkrankung Psoriasis sah er die Arbeitsfähigkeit hingegen nicht als tangiert an. Dabei hatte sich Dr. P._____ in seinen beiden RAD-Stellungnahmen insbesondere auf die rheumatologischen Berichte vom 27. April 2022 und 28. September 2022 sowie den Arztbericht vom 3. Oktober 2022 und auf das Gutachten vom 3. Oktober 2023 (vgl. oben E. 4.1.25 f.) gestützt.

6.3.1 Im rheumatologischen Bericht vom 27. April 2022 wurden nebst Schulter- auch Knieprobleme festgehalten und links eine Gonalgie mit möglicher struktureller Läsion festgestellt (IVSTA-act. 22 S. 7 f.). Aus der RAD-Stellungnahme vom 9. April 2024 geht hervor, dass Dr. P._____ die Kniebeschwerden zwar im Sachverhalt aufgenommen, sich aber anschliessend nicht explizit zu deren möglichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit geäussert hatte. Im Zumutbarkeitsprofil empfahl er lediglich die Vermeidung von knieenden oder kauenden Tätigkeiten. Ebenso wenig nahm er zu einzelnen weiteren Diagnosen Stellung, die das Gutachten vom 3. Oktober 2023 von Dr. O._____ aufgenommen hatte – obwohl er dieses Gutachten insbesondere mit Bezug auf das Datum des Beginns (13. Juni 2022) herangezogen hatte: Dies betrifft die Diagnosen einer partiellen Amputation des dritten distalen Fingerknochens der linken Hand, beginnende Bouchard- und Heberden Knoten, degenerative Veränderungen an den Hüften sowie am Iliosakralgelenk. Zwar scheint der partiell amputierte dritte Finger der linken Hand den Versicherten auch in seiner angestammten Tätigkeit als Zimmermann beziehungsweise Hilfsarbeiter in einer Ölfabrik in keiner Weise eingeschränkt zu haben (sofern dieser Zustand zu diesem Zeitpunkt bereits bestand). Doch geht aus der Einschätzung von Dr. P._____ – trotz Diagnose einer Polyarthrose an den Händen – nicht hervor, ob der teilamputierte Finger die dominante Hand betrifft und ob beziehungsweise mit welchen Beeinträchtigungen dadurch sowie aufgrund der Fingergelenkarthrosen in leidensadaptierten Tätigkeiten zu rechnen ist. Dr. P._____ hat in seinem Zumutbarkeitsprofil keinerlei

qualitative Einschränkungen der Hände – zum Beispiel mit Blick auf feinmotorische Tätigkeiten – formuliert. In Bezug auf die degenerativen Veränderungen an den Hüften und am Iliosakralgelenk ist wie bei den Kniebeschwerden ebenfalls unklar, ob die RAD-Stellungnahme bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils mit überwiegend sitzenden oder alternierend sitzenden und stehenden Tätigkeiten sowie Vermeiden von balancierenden Tätigkeiten diesen funktionellen Einschränkungen hinreichend Rechnung getragen hat. Der Beschwerdeführer macht eine darüberhinausgehende eingeschränkte Mobilität geltend.

6.3.2 In seiner zweiten RAD-Stellungnahme vom 5. Juli 2024 ergänzte Dr. P._____ lediglich den Sachverhalt in Bezug auf die Schulteroperation links vom 3. April 2024, wobei er nicht von einer Veränderung des Gesundheitszustands ausging.

6.3.3 Beim Beschwerdeführer wurde nebst Barrett-Ösophagus auch eine Hiatushernie von 3cm und eine peptische Speiseröhrenentzündung Grad B diagnostiziert. Sein Bruder verstarb an Magenkrebs. Ohne sich mit diesen Diagnosen und ihren Auswirkungen auseinanderzusetzen, ging Dr. P._____ in seiner Beurteilung davon aus, dass sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Dabei ist ebenfalls aktenkundig, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Herzprobleme mehrere Medikamente einnimmt und unklar bleibt, ob und inwiefern diese Medikamente auch Auswirkungen auf die gastroenterologischen Beschwerden haben.

6.3.4 Zudem bestehen die Akten vorwiegend aus Behandlungsberichten von Spitälern, die sich nicht zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten äussern. Einzig Dr. O._____ sieht im Gutachten vom 3. Oktober 2023 die Arbeitsfähigkeit in qualitativer Hinsicht (vgl. oben E. 4.1.25) als allgemein eingeschränkt an, wobei auch sie sich diesbezüglich in quantitativer Hinsicht nicht äusserte. Dr. P._____ setzte sich bei seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht mit diesem Gutachten auseinander und es lagen keine weiteren Aussagen zur Arbeitsfähigkeit vor, zu welchen sich der RAD-Arzt im Rahmen seiner Würdigung überhaupt hätte äussern können. Da es an entsprechenden medizinischen Akten mangelte, wäre Dr. P._____ dazu gehalten gewesen, zusätzliche Abklärungen zu empfehlen und nicht eine eigene Würdigung vorzunehmen.

6.3.5 Damit hat Dr. P._____ nicht alle aufgrund der Aktenlage vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen und Diagnosen in seinen RAD-Stellungnahmen berücksichtigt und sich nur selektiv damit

auseinandergesetzt. Da nicht alle Gesundheitsbeeinträchtigungen in die RAD-Stellungnahmen von Dr. P._____ eingeflossen sind, fehlt auch eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu ihren Folgen für die Arbeitsfähigkeit, insbesondere in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten. In den Akten lagen keine verwertbaren Arbeitsfähigkeitszeugnisse oder -schätzungen vor, auf die er hätte zurückgreifen können und mit dem Gutachten von Dr. O._____ setzte er sich nicht auseinander. Dr. P._____ durfte somit nicht ohne eigene Untersuchung oder externe Begutachtung eine Arbeitsfähigkeitsschätzung aufgrund der Akten vornehmen.

6.4 Des Weiteren wurde auch mehrfach eine Adipositas des Beschwerdeführers erwähnt, ohne dass sein Body Mass Index (BMI) aus den Akten hervorgeht. Lediglich eine nicht spezifizierte Gewichtszunahme ist dokumentiert (vgl. IVSTA-act. 26). Nach neuester Rechtsprechung kann eine Adipositas eine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität bewirken, auch wenn sie grundsätzlich behandelbar ist und keine körperlichen oder geistigen Schäden verursacht und auch nicht Folge von solchen Schäden ist (Urteil BGE 151 V 66 E. 5.9 und 5.11). Diese Änderung der Rechtsprechung erging kurz nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung. Eine als richtig erkannte neue Praxis ist aber im Grundsatz sofort auf alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen, nicht rechtskräftig verfügten oder beurteilten Fälle anzuwenden (vgl. Urteil 8C_513/2024 vom 15. April 2025 E. 6.2 m.H.a. BGE 120 V 128 E. 3a m.H.). Auch diesbezüglich enthält die Sachverhaltserhebung eine mangelhafte Grundlage und ist daher zu ergänzen.

6.5 Hinzu kommt, dass der Versicherte am 9. September 2024, kurz vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung, möglicherweise einen weiteren Myokardinfarkt erlitten hat, wie aus den im Beschwerdeverfahren eingereichten Akten hervorgeht. Zwar bilden die nach Erlass der strittigen Verfügung erfolgten Veränderungen des gesundheitlichen Zustands und Behandlungen grundsätzlich nicht Gegenstand der Beurteilung des Beschwerdeverfahrens, sondern können allenfalls Gegenstand einer Neuanschuldung bilden. Doch ist bei einer Aufhebung der angefochtenen Verfügung ohnehin eine Aktualisierung des Sachverhalts vorzunehmen und dabei zu ergänzen, ob sich der Gesundheitszustand nach dem Myokardinfarkt allenfalls (nochmals) bleibend verschlechtert hat.

6.6 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die RAD-Stellungnahmen von Dr. P._____ nicht alle aufgrund der Aktenlage vorliegenden

Gesundheitsbeeinträchtigungen und Diagnosen berücksichtigt und sich nur selektiv damit auseinandergesetzt hat. Die medizinische Aktenlage war vor allem dahingehend unvollständig, als eine fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau der unterschiedlichen geltend gemachten somatischen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit und vor allem in leidensadaptierten Tätigkeiten fehlt. In der Folge enthalten die RAD-ärztlichen Stellungnahmen von Dr. P. _____ vom 9. April 2024 und 5. Juli 2024 keine nachvollziehbaren Schlussfolgerungen – weder zu den Diagnosen noch zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, weshalb auf diese Aktenbeurteilungen zwecks Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht abgestellt werden kann. Die Vorinstanz hat den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenüglich abgeklärt. Da eine zuverlässige medizinische Entscheidungsgrundlage fehlt, ist es vorliegend nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer im Rahmen der Rentenprüfung Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat.

7.

7.1 Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es an einer Gesamtbeurteilung fehlt und die Vorinstanz im vorliegenden Rentenprüfungsverfahren selbst noch kein Gutachten eingeholt hat, sondern die RAD-Beurteilungen als ausreichend betrachtet hatte, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Überdies würde dem Beschwerdeführer mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug verwehrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

7.2 Die Beschwerde ist folglich im Eventualantrag gemäss Replik (vgl. BVGer-act. 13) gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben ist. Die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen und diese ist anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Unterlagen unter Berücksichtigung sämtlicher Arztberichte ein interdisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie

– und bei Bedarf zusätzlich in den Fachbereichen Handchirurgie, Gastroenterologie, Dermatologie – in der Schweiz einzuholen (bei Bedarf sind auch weitere Disziplinen einzubeziehen, wobei die Gutachter gemäss ständiger Rechtsprechung verantwortlich sind für die Vollständigkeit der gutachterlichen Entscheidungsgrundlage). Dabei hat sie insbesondere eine Gesamtschau über die Auswirkungen aller Gesundheitsbeeinträchtigungen im zeitlichen Verlauf in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, und vor allem auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten zu veranlassen. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen lassen. Im Rahmen der Begutachtung ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Insbesondere wird sich die Vorinstanz auch über die Frage der Verwertbarkeit einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit zu äussern haben (BGE 145 V 2 E. 5.3.1, 138 V 457 E. 3.1; Urteil des BGer 9C_755/2024 vom 20. Februar 2024 E. 5.2).

8.

8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6), weshalb dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

8.2 Der obsiegende, 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 Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Dabei sind insbesondere der Verfahrensausgang, der gebotene und aktenkundige Aufwand, die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens zu berücksichtigen. Bei der hier zu beurteilenden Angelegenheit fällt ins Gewicht, dass

sich angesichts der wenig umfangreichen Aktenlage auch keine besonderen Rechtsfragen stellten, so dass insgesamt nicht von einem schwierigen Fall auszugehen ist. Dies zeigt sich auch an den (vom Deckblatt abgesehen) lediglich viereinhalb- beziehungsweise dreieinhalbseitigen Eingaben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, BVGer-act. 1; Replik, BVGer-act. 13). In Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'500.– (inkl. Auslagen) angemessen. Der unterliegenden Vorinstanz ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 23. September 2024 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen (insbesondere E. 6.3.5-6.6 und 7) 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 zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'500.– zugesprochen.

4.

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Christoph Rohrer

Della Batliner

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: