

BVGer C-2912/2023 vom 25. Februar 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-02-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2912_2023

FR: TAF C-2912/2023 du 25 février 2026

IT: TAF C-2912/2023 del 25 febbraio 2026

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 1.2

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV begründete Zuständigkeit bleibt (unter Vorbehalt der vorliegend nicht einschlägigen Abs. 2bis-2quater von Art. 40 IVV) im Verlaufe des Verfahrens erhalten (vgl. Art. 40 Abs. 3 IVV). Die Verfügungen werden - wie vorliegend - von der IVSTA erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 25. April 2023 (BVGer-act. 1 Beilage 2). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen nach den Bestimmungen des IVG im Rahmen einer Erstanmeldung.

E. 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).

E. 3.2

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). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

E. 3.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 25. April 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 4.1

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

E. 4.2

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

E. 5.1

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 25. April 2023, soweit diese Leistungen über den 31. Dezember 2021 hinaus verweigere, bzw. um Zusprechung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere IV-Rentenleistungen und Eingliederungsmassnahmen. Zur diesbezüglichen Begründung führt er im Wesentlichen aus, er habe nie eine eingliederungsorientierte Beratung oder Begleitung erhalten. Die Rechtsprechung, wonach bei der Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen seien, gelte auch dann, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung befunden werde. Ein fortgeschrittenes Alter könne dazu führen, dass bei einer versicherten Person die verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt werde und ihre Verwertung nicht mehr zumutbar sei. Zudem sei auf die Botschaft des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2020 über Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose (ÜLG, SR 837.2) zu verweisen, wonach 86,1 % der (gesunden) Personen über 55 Jahre die nachhaltige Eingliederung in den Arbeitsmarkt nicht mehr gelinge. Es sei daher realitätsfremd, vom gesundheitlich angeschlagenen Beschwerdeführer ohne Eingliederungsmassnahmen zu erwarten, dass er einen Arbeitgeber finde, der ihn für ein ihm völlig unbekanntes Tätigkeitsfeld anlerne und ihm eine Anstellung anbiete. In der Replik führt der Beschwerdeführer zudem aus, dass die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde beantrage, dem Beschwerdeführer jedoch mit Schreiben vom 19. September 2023 mitgeteilt habe, dass ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung bestehe. Die Eingliederungsmassnahmen seien dem Beschwerdeführer nunmehr auf sein Gesuch vom 17. Februar 2021 hin mit Mitteilung vom 19. September 2023 zugesprochen worden. Nun fehle noch der Rentenanspruch während der Eingliederung bzw. bei misslungener Eingliederung auch darüber hinaus. In seiner unaufgeforderten Eingabe vom 13. August 2024 teilt der Beschwerdeführer mit, dass die zugesprochene Arbeitsvermittlung nicht erfolgreich gewesen sei. Gemäss Abschlussbericht würden die Erfolgchancen für eine Suche einer Festanstellung im ersten Arbeitsmarkt als nicht realistisch eingeschätzt. Die Vorinstanz habe mit Vorbescheid vom 24. Juli 2024 mitgeteilt, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werde. Es sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer über keine Restarbeitsfähigkeit mehr verfüge, weshalb ihm über den 31. Dezember 2021 hinaus ein Anspruch auf eine ganze, unbefristete Rente zuzusprechen sei. In seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2026 führte der Beschwerdeführer aus, dass die von der Vorinstanz vorgenommene undifferenzierte Pauschalisierung eines Leidensabzugs von 10 % auch angesichts der neuen Rechtsprechung materiell nicht haltbar sei. Die theoretische Berechnung sei jedoch durch die tatsächlichen Gegebenheiten überholt worden und damit für den Verfahrensausgang nicht entscheidend. Mit dem gescheiterten Eingliederungsversuch sei der Beweis erbracht, dass die dem Beschwerdeführer attestierte Restarbeitsfähigkeit faktisch nicht verwertbar sei.

E. 5.2

Die Vorinstanz beantragt in ihrer Vernehmlassung die Abweisung der Beschwerde. Die Anfrage der Bundesagentur für Arbeit vom 12. September 2022 lasse den Schluss zu, dass der Versicherte Arbeitslosengelder bezogen habe und somit vermittelbar gewesen sei. Als die festgestellte vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit durch die MEDAS-Sachverständigen bestätigt worden sei, habe die kantonale IV-Stelle den Versicherten wieder beruflich eingliedern wollen. In der Folge habe der Beschwerdeführer das Verfahren sistieren lassen wollen und habe neue medizinische Unterlagen eingereicht. Am 18. Mai 2023 habe er zudem die Durchführung von beruflichen Massnahmen beantragt,

da er mehr als 3 Stunden arbeitsfähig sei in einer körperlich leichten Tätigkeit. Das Angebot der kantonalen IV-Stelle auf Unterstützung bei der Stellensuche habe er nicht beansprucht. Stattdessen habe er die Dienstleistungen der Bundesagentur für Arbeit in Anspruch genommen. Der Beschwerdeführer sei über seine Ansprüche informiert und bemüht gewesen, eine Rentenzusage zu erlangen. Im Anhörungsverfahren habe der Beschwerdeführer ein Attest seiner Hausärztin eingereicht, wonach er im ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sei. Er könne lediglich für 3 Stunden täglich für leichte Arbeiten ohne Zwangshaltung eingesetzt werden. Unter diesen Umständen hätten berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht zielgerichtet begonnen werden können. Ein Eingliederungswille zeige sich seit der Mandatierung des Rechtsanwaltes. Die bis am 31. Dezember 2021 befristete Rentenzusage erweise sich daher als rechtskonform, zumal ab der rückwirkend ab Oktober 2021 gültigen MEDAS-Einschätzung noch die Dreimonatsfrist nach Art. 88a Abs. 1 IVV gewährt worden sei. Eine Unverwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit könne bei einer verbleibenden Aktivitätsdauer von neun Jahren nicht angenommen werden, zumal der Beschwerdeführer auch über einen Ausbildungsabschluss in einer körperlich leichten Tätigkeit als Steuerfachangestellter verfüge. Das ÜLG sei auf Personen ab 60 Jahren anwendbar, welche ausgesteuert seien. In ihrer ergänzenden Stellungnahme hält die Vorinstanz fest, dass die Erkenntnisse aus dem Verlauf der Arbeitsvermittlung und die Einschätzung des Eingliederungsspezialisten rechtsprechungsgemäss nichts an der beweiskräftigen Zumutbarkeitsbeurteilung des medizinischen Gutachtens änderten. Das Bundesgericht habe für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen hohe Hürden gestellt. Für invaliditätsfremde Erschwernisse auf dem Arbeitsmarkt habe nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Zudem sei ein Leidensabzug von 10 % gewährt worden.

E. 6

Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass das Gericht nicht zu allen Parteistandpunkten ausführlich Stellung beziehen und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegen muss. Es kann sich - wie nachfolgend - auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken (vgl. BGE 149 V 156 E. 6.1, Urteil des BGer 8C_266/2025 vom 28. Januar 2026 E. 5.1 m.w.H.).

E. 7

Der Beschwerdeführer rügt zunächst, ihm seien Eingliederungsmassnahmen zu Unrecht verwehrt worden:

E. 7.1

Mit Verfügung vom 18. August 2021 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass aufgrund der vorliegenden Unterlagen noch keine abschliessende Beurteilung bezüglich beruflicher Eingliederungsmassnahmen habe getroffen werden können (IV-act. 33). Die angefochtene Verfügung vom 25. April 2023 (IV-act. 111 S. 3 ff.) enthält keinen Beschluss bezüglich der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen. In der Begründung wird indes ausgeführt, Eingliederungsmassnahmen seien angeboten worden. Der Beschwerdeführer habe der IV-Stelle jedoch mitgeteilt, dass er sich momentan nicht entscheiden könne, wo er seine Restarbeitsfähigkeit verwerten möchte, weshalb die Arbeitsvermittlung wieder abgeschlossen worden sei (S. 11).

E. 7.2

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich in Form einer Verfügung Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Davon zu unterscheiden ist der Streitgegenstand, worunter das Rechtsverhältnis verstanden wird, welches - im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes - den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, d.h. ausserhalb des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage, ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäussert hat (vgl. BGE 122 V 34 E. 2a). Bei Beschwerden, welche sich gegen Verfügungen über die Zusprechung einer Rente der Invalidenversicherung richten, besteht im Umfang der von der Verwaltung anerkannten Erwerbsunfähigkeit materiellrechtlich in allen Fällen die Möglichkeit, die Priorität der Eingliederungsberechtigung vor dem Rentenanspruch zu prüfen, sofern die Prüfung unter Berücksichtigung der prozessualen Regeln erfolgt, welche die Rechtsprechung für die Ausdehnung des Beschwerdeverfahrens über den verfügten Gegenstand hinaus aufgestellt hat (vgl. Urteil des BGer I 66/03 vom 27. Mai 2003 E. 4.1 m.w.H.). Vorliegend steht die spruchreife Frage eines allfälligen Anspruchs des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen in derart engem Bezug zu dem streitgegenständlichen Anspruch auf eine Invalidenrente über den 31. Dezember 2021 hinaus, dass von einer Tatbestandsgesamtheit und daher von der Möglichkeit der Ausweitung des Streitgegenstandes auszugehen ist. Nachdem sich die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung zur Frage des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen geäussert hat, sind die erforderlichen Voraussetzungen für einen Entscheid zur Frage der Eingliederung gegeben.

E. 7.3

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben nach Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Bst. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Bst. b). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1bis IVG). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Art. 8 Abs. 3 IVG aus medizinischen Massnahmen (Bst. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Bst. abis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe, Bst. b) und Abgabe von Hilfsmitteln (Bst. d).

E. 7.4

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entsteht frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Art. 9 Abs. 1bis IVG). Mit anderen Worten muss eine Person der

Versicherung unterstellt sein, sobald und solange sie Eingliederungsmassnahmen beansprucht. Diese Voraussetzung ergibt sich bereits aus der Gesetzessystematik und gilt für alle Eingliederungsmassnahmen (vgl. BGE 145 V 266 E. 4.2; 143 V 261 E. 5.2.1 m.w.H.).

E. 7.5

Um bei Arbeitnehmenden oder Selbstständigen mit Wohnsitz in einem EU-Staat, welche den schweizerischen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit nicht mehr unterliegen, weil sie in der Schweiz ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben haben (in der Regel Grenzgänger) und folglich nicht mehr im schweizerischen Sozialversicherungssystem versichert sind, vor der Ausrichtung einer Rente die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen in der Schweiz zu ermöglichen, wurde gemäss BSV in Anhang XI der VO Nr. 883/2004 eine Bestimmung aufgenommen, wonach diese Personen als in der schweizerischen Invalidenversicherung für den Erwerb des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen als versichert gelten, sofern die Erwerbstätigkeit aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit aufgegeben werden musste. Gemäss Anhang XI, Schweiz, Ziff. 8 der VO Nr. 883/2004 (in der seit dem 1. April 2012 geltenden Fassung) gilt ein Arbeitnehmer oder Selbstständiger, der den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegt, weil er seine existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz infolge Unfalls oder Krankheit aufgeben musste, als in dieser Versicherung versichert für den Erwerb des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen bis zur Zahlung einer Invalidenrente und während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern er keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnimmt. Der Nachversicherungsschutz endet hingegen beim Bezug einer Invalidenrente (ganze Rente oder prozentualer Anteil einer ganzen Invalidenrente), bei abgeschlossener erstmaliger Eingliederung oder beim Bezug einer Leistung der Arbeitslosenversicherung des Wohnlandes (vgl. BGE 151 V 315 E. 3.2).

E. 7.6

Die Vorinstanz hat in ihrer Vernehmlassung ausgeführt, dass der Versicherte in Deutschland Arbeitslosengeld bezogen habe, weshalb kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen mehr bestehe. Diese Ausführungen wurden vom Beschwerdeführer replikweise weder kommentiert noch bestritten. Hingegen berichtete der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung vom Bezug von Arbeitslosengeld während drei Monaten, anschliessend an den Bezug von Taggeldleistungen während zwei Jahren nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit (September 2019, vgl. IV-act. 79.3 S. 3 [neurologisches Teilgutachten]). Bei den Akten liegt diesbezüglich eine Anfrage vom 10. Dezember 2021 der Agentur für Arbeit D. _____: Aus dem beigelegten Formular R001 geht ein vorläufiges Ersuchen um Einbehalt von nachzuzahlenden Beiträgen bzw. laufenden Zahlungen zufolge Leistung bei Arbeitslosigkeit hervor. Als Überzahlungszeitraum wird der 23. Dezember 2017 (Beginn) und der 13. Oktober 2021 (Ende) angegeben (IV-act. 77 S. 3 ff.). In der vorliegend angefochtenen Verfügung wies die Vorinstanz auf das laufende Verrechnungsverfahren hin und verfügte die Auszahlung der Rente auf ein Wartekonto (IV-act. 111 S. 6 f.). Die Voraussetzungen zur Gewährung von Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung gestützt auf den Nachversicherungsschutz sind demnach zufolge Bezugs von Leistungen der deutschen Arbeitslosenversicherung offensichtlich nicht gegeben.

E. 7.7

Im Übrigen besteht auch kein Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen gestützt auf die von ihm zitierte Rechtsprechung bezüglich Aufhebung einer Rente nach dem 55. Altersjahr: Für Rentenbezügerinnen und -bezüger ohne Wohnsitz und Erwerbstätigkeit in der Schweiz sind wegen fehlender Versicherteneigenschaft keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu prüfen bzw. durchzuführen (vgl. BGE 145 V 266 E. 6.3; vgl. auch Kreisschreiben über die Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022).

E. 8

Der Beschwerdeführer beantragt im Weiteren, ihm sei die zugesprochene Rente auch über den 31. Dezember 2021 hinaus zu gewähren.

E. 8.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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).

E. 8.2

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).

E. 8.3

Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragszeit ist vorliegend unbestrittenermassen erfüllt (IV-act. 53).

E. 8.4

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 (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

E. 8.5

Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Rente sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. BGE 150 V 67 E. 4.3 m.w.H., Urteile des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2). In solchen Fällen ist Art. 88bis IVV nicht anwendbar (vgl. BGE 133 V 67 E. 4.3.4; 109 V 125 E. 4b; 106 V 16).

E. 8.6

Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).

E. 9

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

E. 9.1

Gemäss undatiertem Austrittsbericht der Rheumaklinik E. _____ war der Versicherte vom 6. Februar bis 6. März 2001 hospitalisiert wegen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule, z.T. mit Ausstrahlungen in beide Hüften bzw. Waden, sowie Schmerzen in der Halswirbelsäule. Die Rehabilitationsdiagnose lautete auf Pseudoradikuläres LWS-Syndrom bei Fehlhaltung und Spondylolisthesis Grad I nach Meyerding, Hypermobilität, Pseudoradikuläres HWS-Syndrom mit myofaszialer Komponente. Der Beschwerdeführer sei arbeitsfähig entlassen worden (IV-act. 28 S 82 ff.).

E. 9.2

In ihrem ärztlichen Gutachten vom 26. Juni 2002 diagnostizierte Medizinaloberrätin Dr. med. F. _____ Rückenbeschwerden (ICD-10 M54) bei Bandscheibendegeneration LDK 5 F1 und Spondylolisthesis. Zudem äusserte sie den Verdacht auf ein Pseudoartikuläres Halswirbelsäulensyndrom mit Myofaszialer Komponente. Seitens der behandelnden Ärzte werde zu einer beruflichen Neuorientierung geraten. Die Arbeitsfähigkeit bei überwiegend leichter bis mittelschwerer Arbeit werde als uneingeschränkt beurteilt (IV-act. 28 S. 80 ff.).

E. 9.3

Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädie, stellte in seinem Bericht vom 25. Februar 2011 die Verdachtsdiagnose auf Impingementsyndrom der Schulter (ICD-10 M75.4). Weiter diagnostizierte er eine HWS-Funktionsstörung (IV-act. 28 S. 79).

E. 9.4

Gemäss Bericht der radiologischen Gemeinschaftspraxis am Klinikum H._____ in (...) vom 19. April 2011 ergab ein MRT des rechten Schultergelenkes eine mittelgradige AC-Gelenkarthrose, eine geringgradige glenohumerale Arthrose im ventralen Kompartiment mit degenerativen subchondralen Gelenkflächensklerosierungen (Signalabsenkung) sowie eine umschriebene Tendopathie der langen Bicepssehne intraartikulär nahe des Tuberculum supraglenoidale (IV-act. 28 S. 77).

E. 9.5

Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. Oktober 2012 eine Meniskopathie links (ICD-10 M23.2) und ein Plica- und Zottenimpingement (ICD-10 M67.86) und nannte als Procedere eine arthroskopisch erfolgte Teilmeniskektomie, eine Plicae- und eine Zottenresektion (IV-act. 28 S. 58).

E. 9.6

Gemäss Bericht des J._____-Klinikums (...) vom 20. Mai 2015 war der Versicherte vom 6. bis 13. Mai 2015 hospitalisiert. Dabei wurde ein Diabetes mellitus diagnostiziert (IV-act. 28 S. 74 ff.).

E. 9.7

Laut Bericht des Spitals C._____ vom 10. Juli 2017 befand sich der Versicherte vom 10. bis 12. Juli 2017 in stationärer Behandlung. Diagnostiziert wurden eine Ureterolithiasis links mit konsekutivem Harnstau, ein Insulinpflichtiger Diabetes mellitus, eine Bandscheibenprotrusion bei L5/S1 und ein Gleitwirbel im lumbo-sacralen Übergang Grad I nach Meyerding. Der Versicherte sei nach den entsprechenden Therapiemassnahmen rasch beschwerdefrei gewesen, für die Bandscheibenprotrusion werde eine ambulante orthopädische Vorstellung empfohlen (IV-act. 28 S. 71 f.).

E. 9.8

Im Bericht des Radiologischen Zentrums K._____ vom 21. Februar 2019 wird als Befund ein kleiner breitbasiger medialer Prolaps in Höhe C6/7 mit Impression des Duralsackes, ein Myelon von unauffälligem Signal ohne Anhalt für Tumor, entzündliche oder myelomalazische Läsion, eine mässige Osteochondrose C6/7 mit leichter Bandscheibendegeneration, geringe Unkovertebralarthrose C6/7 beidseits mit leichter Einengung der Foramina und dadurch in Kombination mit dem kleinen medialen Prolaps mögliche Wurzelirritation C7 beidseits angegeben (IV-act. 28 S. 69 f).

E. 9.9

Dr. med. L._____, Facharzt für Radiologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 24. September 2019 fest, dass die Lendenwirbelsäule eine Streckhaltung zeige ohne frische Fraktur. Bei L3/L4 bestehe eine leichte Osteochondrose, eine leichte Facettengelenksarthrose, eine flache allgemeine Diskusvorwölbung. Der Spinalkanal werde rezessal beidseitig leicht eingeengt. Die Neuroforamina seien nicht relevant eingeengt. Bei L7/L5 bestehe eine mässige Osteochondrose mit Betonung im rechtslateralen Drittel mit hier leichten erosiven Veränderungen sowie mit leichten Modic changes Typ I. Bei den breiten Facettengelenken bestehe eine mässige Arthrose, eine breite Diskusprotrusion von extraforaminal rechts bis paramedian links. Der Spinalkanal werde rezessal beidseits deutlich eingeengt. Beide Neuroforamina seien leicht eingeengt. Bei L5/S1 sei das Alignment gestört bei Anterolisthese Grad I nach Meyerding von L5 gegenüber S1. Die

Pars interarticularis sei beidseits unterbrochen. Das Segment zeige eine deutliche Oestochondrose. Die Facettengelenke zeigten ebenfalls deutliche Arthrosen. Es bestehe eine flache Diskusvorwölbung. Beide Neuroforamina seien deutlich eingeengt, links etwas mehr als rechts. Der Spinalkanal werde rezessal beidseitig mässig eingeengt, links etwas mehr als rechts. Gemäss Beurteilung bestehe konsekutiv der Verdacht einer Irritation bzw. Kompression der Nervenwurzeln L5 und S1 beidseits (IV-act. 1.9 S. 8).

E. 9.10

In ihrem Bericht vom 24. Oktober 2019 diagnostizierte Dr. med. M._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, ein Lendenwirbel-Syndrom, eine Lumboischialgie und eine lumbale Spinalkanalstenose, jeweils mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 1.9 S. 5 f.).

E. 9.11

In seinem Bericht vom 27. November 2019 diagnostizierte Dr. med. N._____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, eine Lumboischialgie und einen Bandscheibenvorfall L4/L5. Eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sei ca. Ende Februar 2020 vorgesehen. Die Prognose sei nach einer Operation gut. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 9. September 2019 bis auf Weiteres (IV-act. 19 S. 2 f.).

E. 9.12

Gemäss Entlassbrief der O._____
Klinik (...) vom 18. Dezember 2019 wurde der Versicherte vom 15. bis 20. Dezember 2019 stationär behandelt und operiert. Diagnostiziert wurde eine Spondylitische Spondylolisthese L5/S1 Grad II nach Meyerding, schwere Osteochondrose L4/5 sowie Bulging Disc und Recessusstenose beidseitig rechtsbetont. Der intra- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet, die Wundheilung sei bislang regelgerecht. Die Entlassung sei bei guter Beweglichkeit, reizlosen Wundverhältnissen und intakter peripherer Durchblutung, Motorik und Sensibilität erfolgt (IV-act. 18 S. 17).

E. 9.13

Gemäss ärztlichem Entlassungsbericht vom 4. Februar 2020 der P._____
-Klinik an die Deutsche Rentenversicherung betreffend einen stationären Aufenthalt vom 3. bis 31. Januar 2020 (IV-act. 18 S. 7 ff.) könne der Versicherte leichte bis mittelschwere Tätigkeiten für 6 und mehr Stunden pro Tag ausüben. Diese dürften keine monotonen Zwangshaltungen der Wirbelsäule, keine häufigen Rückenbelastungen, keine Arbeiten mit häufigen Erschütterungen oder Vibrationen beinhalten. Der Versicherte werde arbeitsunfähig entlassen zur Rekonvaleszenz für ca. drei Monate postoperativ. Als Diagnose werden chronisches degeneratives LWS-Syndrom rechts, Spondylolisthesis L5/S1, Zustand nach Spondylodese L4-S1, Schrauben-Stab-System am 16. Dezember 2019, insulinabhängiger Diabetes mellitus sowie arterielle Hypertonie genannt. Gemäss Bericht wiege der Patient bei einer Grösse von 174 cm 92 kg (BMI 30.35 kg/m²), eine Adipositas liege vor. Es bestünden keine Schlafstörungen, keine Allergien, und keine wesentlichen familiären oder psycho-sozialen Belastungen.

E. 9.14

In seinen beiden Berichten vom 5. Juni 2020 betreffend die Untersuchungen des Versicherten am 19. bzw. 27. Mai 2020 diagnostizierte Dr. med. Q._____, Facharzt für Neurochirurgie, eine Lumboischialgie beidseits (pseudoradikulär, rechtsbetont), eine Nuchalgie mit Ausstrahlung bis zur Schulterregion beidseits, eine

Bandscheibendegeneration bei HWK3/4, 4/5, 5/6 und 6/7, eine Foramenstenose bei HWK5/6, eine Spondylodese Grad I, Rezessus- und Foramenstenose sowie Bandscheibenvorfall rechts bei LWK3/4, bei LWK4/5 und LWK5/SWK1 Zustand nach Spondylodese, Facettensyndrom zervikal und lumbal bei multisegmentalen Spondylarthrosen, ISG-Arthrose beidseits sowie ein chronisches Schmerzsyndrom. Es bestehe eine Druckschmerzhaftigkeit über LWK3/4, mässig ausgeprägt auch über dem OP-Bereich sowie über den ISG beidseits. Es bestehe eine Hüftbeugerschwäche Kraftgrad 4/5 rechts. Angabe einer Hypästhesie nur leicht im Dermatome L5 rechts (IV-act. 1.9 S. 55 f.). Die CT-Aufnahmen der LWS und der ISG vom 22. Mai 2020 zeigten eine korrekte Lage des Schrauben-Stab-Systems bei LWK4/5 und LWK5/SWK1. Es zeigten sich auch intervertebrale Cages. Eine Verknöcherung habe bisher noch nicht stattgefunden. Das ISG zeige ausgeprägte arthrotische Veränderungen mit Gelenkinkongruenz. Die Etage LWK3/4 zeige im Vergleich zu den Aufnahmen von 2019 eine Retrolisthese von LWK3 zu LWK4. Hier sei axial rechtsseitig ein Bandscheibenvorfall nachweisbar und eine deutliche Rezessus- und Forameneinengung bei ausgeprägter Spondylarthrose. Die Röntgenfunktionsaufnahmen zeigten eine Beweglichkeit bei Inklination zu Reklination um ca. 0,5 cm. Es bestehe die Indikation zur operativen Therapie der Etage LWK3/4 (IV-act. 17.2 S. 16 f.).

E. 9.15

Gemäss Bericht des Radiologischen Zentrums K. _____ vom 9. Juni 2020 ergebe sich insbesondere eine geringe mediale Protrusion in Höhe L3/4 mit Impression des Duralsackes. Ersichtlich seien eine leichte Bandscheibendegeneration L3/4 sowie eine Spondylarthrose der unteren LWS, eine noch mässige Listhese L5 gegenüber S1 durch Spondylolyse L5 beidseitig, eine durch Spondylarthrose deutliche Rezessusstenose L4/5 beidseitig, eine leichte Einengung der Foramina L4/5 und L3/4 beidseitig und in Höhe L5/S1 eine geringe Einengung der Foramina rechtsbetont (IV-act. 1.9 S. 50).

E. 9.16

Gemäss Bericht von Dr. Q. _____ vom 22. Juni 2020 zeige das MRT der Lendenwirbelsäule vom 9. Juni 2020 bei LWK3/4 eine rechtsbetonte breitbasige Bandscheibenvorwölbung. Die Neuroforamina LWK5/ SWK1 seien beidseits eingeengt. Des Weiteren bestehe eine Einengung auf der Etage LWK3/4, besonders rezessal und foraminal. Die Funktionsaufnahmen zeigten hier eine Überbeweglichkeit (IV-act. 17.2 S. 11 f.).

E. 9.17

Gemäss Bescheinigung des J. _____-Klinikum (...) vom 8. Juli 2020 wurde der Versicherte vom 6. Juli bis 11. Juli 2020 stationär behandelt. Dabei wurde eine mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Wirbelsäule (ICD-10 T84.20) diagnostiziert (IV-act. 1.9 S. 57).

E. 9.18

Im Entlassbericht vom 9. Juli 2020 des J. _____-Klinikum, Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie, erfolgte eine Hospitalisation vom 6. bis 11. Juli 2020. Als Diagnosen werden genannt: LWK3 bis SWK1: Bandscheibendegeneration, LWK4/5 und LWK5/SWK1: Zustand nach Spondylodese (auswärts 12/19), Non-Fusion, Foramenstenose rechts; LWK3/4: Spinale und foraminal Stenose, Bandscheibendegeneration mit Verfall rechts, Spondylolisthese, ISG-Syndrom beidseits bei ISG-Arthrose. Die postoperativ

durchgeführte Bildgebung zeige nach der durchgeführten Therapie einen regelrechten Befund. Bei Entlassung seien keine neuen neurologischen Defizite nachweisbar (IV-act. 1.9 S. 46 ff.).

E. 9.19

In seinem Bericht von 28. September 2020 stellte Dr. Q. _____ die Diagnosen HWS-Syndrom mit rezidivierendem Schwindel und Nuchalgie mit Ausstrahlung bis zur Schulterregion beidseits (IV-act. 1.9 S. 44 f.).

E. 9.20

Gemäss Bericht vom 1. Oktober 2020 von Prof. Dr. med. R. _____, Facharzt für Radiologie, habe eine Lendenwirbelsäulen-Computertomografie am 30. September 2020 ergeben, dass zwischenzeitliche Erweiterung der dorsalen Spondylodese von vormals L4 bis S1 auf aktuell L3 bis S1 vorlägen, mit jeweils regelhafter Schraubenlage und Lage der Intervertebralspacer. Es bestünden weichteilige Verlegungen im rechts paramedianen Zutritt bis an den Spinalkanal nach jeweils rechtsseitiger Hemilaminektomie. Daneben bestünden beidseits knapp teilerfasste Konkremente in mehreren Nierenkelchen (IV-act. 1.9 S. 43).

E. 9.21

In ihrem Bericht vom 29. Januar 2021 hielten Dr. med. univ. S. _____ und Dr. med. T. _____, Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie am Ärztezentrum U. _____, fest, dass klinisch der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit bestehe. Es sei daher eine koronar-invasive Diagnostik angeraten worden (IV-act. 79.7 S. 4 ff.).

E. 9.22

Gemäss Entlassbericht des J. _____-Klinikum, Abteilung Wirbelsäulenchirurgie, vom 16. Februar 2021 war der Versicherte vom 15. bis 19. Februar 2021 hospitalisiert. Als Diagnosen werden genannt: LWK5/SWK1: Non fusion und Lockerung der SWK1-Schraube rechts, Facettensyndrom lumbal bei multisegmentaler Spondylarthrose, ISG-Symptomatik rechts bei ISG-Arthrose beidseits. Im Rahmen einer Operation am 15. Februar 2021 sei bei LWKS/SWK1 die Entfernung des Schrauben-Stab-Systems, eine Respondylodese mit Implantation eines Cages, die Dekompression von rechts mit Undercutting links, Arthrektomie und Stabilisierung der ventralen Säule mit Implantation eines Cages und Einsatz von Knochenersatzmaterial humaner Genese in mikrochirurgischer Technik sowie Thermokoagulation LWK4/S und ISG rechts erfolgt, bei komplikationslosem intra- und postoperativem Verlauf (IV-act. 28 S. 35 f).

E. 9.23

In ihrem Bericht vom 26. April 2021 an die Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit führt Dr. med. V. _____ aus, der Versicherte könne keine Tätigkeiten mehr verrichten. Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Eine Reisefähigkeit bestehe lediglich mit dem Auto und nur für kurze Strecken. Fragen zur psychischen Erkrankung wurden nicht beantwortet (IV-act. 19).

E. 9.24

Dr. med Q. _____ hielt in seinem Bericht vom 19. Mai 2021 fest, der Versicherte klage über lokale Schmerzen ohne Ischialgien nach einem Auffahrunfall am 28. April 2021. Laut Befund bestehe ein Druckschmerz direkt über den Schraubenköpfen bei LWK5/SWK1

beidseits. Das ISG sei nicht druckschmerzhaft. Das Taubheitsgefühl im rechten Fuss sei unverändert. Die CT-Aufnahmen vom 11. Mai 2021 würden eine korrekte Lage der Implantate und eine deutlich fortgeschrittene knöcherne Fusion bei LWK5/SWK1 zeigen. Es sei ein minimaler Lockerungssaum der SWK1-Schraube zu sehen, links mehr als rechts. Die Entfernung der Schrauben sei nach weiter fortgeschrittener Fusion zu empfehlen, frühestens im Juli 2021, sofern die Schmerzen aushaltbar seien (IV-act. 28 S. 27 f.).

E. 9.25

Laut Katheterbefund vom 27. Mai 2021 des Klinikum W._____, Zentrum für Innere Medizin, Prof. Dr. med. X._____, zeige sich beim Versicherten eine schwere diabetische koronare 3-Gefässerkrankung mit Indikation zur baldigen chirurgischen Revaskularisation (IV-act. 28 S. 22 ff.).

E. 9.26

Im vorläufigen Arztbrief vom 11. Juni 2021 des Universitätsklinikums Y._____, Herzzentrum, wird über den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 28. Mai bis 14. Juni 2021 berichtet. Als (kardiovaskuläre) Diagnosen werden eine Myokardrevaskularisation mittels T-Graft mit der linken Arteria mammaria interna auf den Ramus diagonalis 1 und 2, der rechten Arteria mammaria interna auf den Ramus circumflexus sowie einen Venenbypass auf den Ramus interventricularis posterior und posterolateralis am 2. Juni 2021 bei koronarer 3-Gefäss-Erkrankung mit hochgradiger Hauptstammstenose genannt. Es bestehe eine normale biventrikuläre Funktion sowie keine relevanten Vitien cordis. Der Versicherte habe sich im Verlauf des stationären Aufenthaltes kardiopulmonal stabil und beschwerdefrei gezeigt bei reizlosen Wundverhältnissen (IV-act. 57 S. 38 ff.).

E. 9.27

Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 9. Juli 2021 der Kliniken Z._____ GmbH an die Deutsche Rentenversicherung werden die Diagnosen Koronare Herzkrankheit, 3-Gefäss-Erkrankung, Bypass Arteria mammaria auf Ramus diagonalis 1 und 2, rechte Arteria mammaria auf Ramus circumflexus, Vene auf Ramus interventricularis posterior und posterolateralis (ICD-10 GM I25.13), Diabetes mellitus (ICD-10 GM E11.72), Arterielle Hypertonie (ICD-10 GM I10.00), sowie Zustand nach mehreren Bandscheibenoperationen lumbal mit Versteifung LWK2/4/5 (ICD-10 GM M51.3) genannt. Aufgrund der kardiologischen und orthopädischen Beeinträchtigungen werde eine Arbeitsfähigkeit von unter 3 Stunden bei leichten und mittelschweren Tätigkeiten empfohlen. Gemäss Würdigung der Reha-Ergebnisse seien unter guter Mitarbeit des Versicherten leichte Verbesserungen erzielbar bei aber insgesamt trotzdem deutlich bleibender - insbesondere schmerz- und geheinschränkungsbedingten - Einschränkungen der Teilhabe des Versicherten. Zudem sei beim Versicherten eine Depression zu diagnostizieren (ursprüngliche Version des Berichts: IV-act. 28 S. 3 ff.; korrigierte Version: IV-act. 36 S. 2 ff.).

E. 9.28

Gemäss Bericht der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Y._____ vom 23. August 2021 habe der Versicherte die Wirbelsäulen-Sprechstunde wegen persistierender Lumbalgien aufgesucht. Zudem bestünden in der Intensität im Hintergrund stehende ausstrahlende Schmerzen in den dorsalen Oberschenkel rechts und ein Taubheitsgefühl des rechten Beines, distalbetont, sowie eine Kraftabschwächung. Bei der

Untersuchung hätten sich druckdolente ISG beidseitig rechtsbetont sowie eine Hypästhesie des rechten Beines, betont vom Kniebereich nach distal, Kraftgrad 3/5, gezeigt (IV-act. 43 S. 8 f.)

E. 9.29

In ihrem ärztlichen Attest vom 20. Oktober 2021 nennt Dr. med. V. _____ die Diagnosen Bandscheibenvorfall, KHK 3-Gefäss und Bypass. Wegen der orthopädischen und kardiologischen Beeinträchtigungen sei dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von unter 3 Stunden täglich empfohlen (IV-act. 41 Beilage).

E. 9.30

Gemäss Bericht der psychiatrischen Institutsambulanz des Psychiatrischen Behandlungszentrums D. _____ vom 8. November 2021 komme beim Versicherten als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung und als Differenzialdiagnose eine Anpassungsstörung nach einer Herz-OP in Frage. Da der Patient eine ausgeprägte Polypharmazie habe, wolle er zuerst keine zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva (IV-act. 43 S. 3 f.). 9.31 In seinem Bericht zur kardialen Verlaufskontrolle vom 9. November 2021 hält Dr. S. _____ fest, dass der Versicherte momentan kardial beschwerdefrei sei. Er habe aber immer noch anhaltend massiv Rückenprobleme mit starken Schmerzen. Klinisch und echokardiographisch bestünden stabile kardiale Befunde ohne Hinweis auf einen Progress der bekannten KHK (IV-act. 79.7 S. 7 f.). 9.32 Gemäss Bericht des Psychiatrischen Behandlungszentrums D. _____ vom 18. November 2021 bestehe weiterhin eine gleichbleibende Symptomatik. Eine regelmässige Betreuung in der psychiatrischen Institutsambulanz werde angeraten (IV-act. 43 S. 2). 9.33 Im ausführlichen ärztlichen Bericht der Psychiatrischen Institutsambulanz D. _____ vom 4. Februar 2022 stellte Dr. med. Aa. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aufgrund der Untersuchung des Versicherten am 2. Februar 2022 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Der Versicherte habe zurzeit eine mittelgradig bis schwer ausgeprägte depressive Episode. Konzentration und Ausdauer seien deutlich reduziert. Der Versicherte sei sehr verzweifelt durch seine finanzielle Situation. Wegen der Verschlechterung der Symptomatik mit Auftreten von Suizidgedanken habe man sich für eine medikamentöse Behandlung mit Sertralin (75 mg) entschieden. Es sei keine Arbeitsleistung möglich (IV-act. 57 S. 2 ff.). 9.34 Im Kurzarztbrief des Psychiatrischen Behandlungszentrums D. _____ vom 11. August 2022 wurde dem Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1 G) diagnostiziert. Beim Versicherten sei die Konzentration etwas reduziert. Er habe keine Suizidgedanken. Es bestehe eine reduzierte Belastbarkeit und Funktionsfähigkeit, der Versicherte sei psychomotorisch angespannt, antriebsgemindert. Die medikamentöse Behandlung sei wirksam und unterstützend (Sertralin 50 mg). Bei der bestehenden Symptomatik sei eine Weiterbehandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz auch zur Aufrechterhaltung der Beziehungs- und Behandlungskontinuität indiziert (IV-act. 75). 9.35 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens der MEDAS Bern vom 24. Oktober 2022 stellten die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung die Diagnosen Chronische Rückenschmerzen bei Status nach dreifach Spondylodese-Operation L3-S1, funktional mit deutlich eingeschränkter Beweglichkeit und Belastbarkeit (gemäss EMG mittelfristig zurückliegende L5 Radikulopathie rechts), klinisch zwischenzeitlich aber ohne Lumboischialgie, kein radikulärer Schmerz mit residualer geringfügiger

Fussheberschwäche rechts und residualem sensiblem distalem L5-segmentalen Defizite rechts mit möglicher leichter ISG-Affektion rechts; Status nach partieller Menishektomie linkes Knie; leichtes Zervikalsyndrom bei degenerativen HWS-Veränderungen ohne radikuläre Reiz oder Defizitsymptomatik; mögliche beginnende periphere arterielle Verschlusskrankung rechts; Status nach Myokard-Revaskularisation wegen koronarer 3-Gefäss-Erkrankung; Diabetes mellitus (früh insulinpflichtig); arterielle Hypertonie; Adipositas Grad I (BMI 31.1); Status nach Nikotinabusus von ca. 10 PY; Status nach Ureterolithiasis beidseits; Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2). Weiter bezifferten die Gutachter die Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit auf 100 % seit aktenkundiger Attestierung im September 2019. In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit hingegen 90 % (um 10% reduzierte Leistungsfähigkeit infolge vermehrter Pausen), geltend zumindest ab Oktober 2021 nach dreimonatiger Rekonvaleszenz nach der Herzrevaskularisierungsoperation vom 2. Juni 2021 (IV-act. 79.1). 9.36 Gemäss Bericht vom 27. Januar 2023 von Bb._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, bestehe beim Versicherten eine eingeschränkte Belastbarkeit wegen chronischer Schmerzen zufolge degenerativer Veränderungen der gesamten Wirbelsäule und rezidivierendem ISG-Syndrom, einer subjektiven Dyspnoe bei guter Ejektionsfraktion von 63 %. Die Einschränkungen seien dauerhaft und bisher trotz intensiver medizinischer Intervention ohne Besserungstendenz. Die Gehstrecke betrage weniger als 200 Meter. Des Weiteren bestehe eine depressive Symptomatik mit Antriebslosigkeit und Anhedonie. Der Versicherte sei daher auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr zu vermitteln. Es bestehe eine Belastbarkeit von weniger als 3 Stunden ohne Zwangshaltung für leichte Arbeiten (IV-act. 95). 9.37 In seinem Bericht vom 10. März 2023 stellte Dr. med. Cc._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, folgende Diagnosen: Chronisches LWS-Syndrom (ICD-10 M54.16G); Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie (ICD-10 M51.1G, G55.1); Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden (ICD-10 G55.1G, M50-M51); Sonstiger chronischer Schmerz (ICD-10 R52.2G); Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen; nicht als entgleist bezeichnet (ICD-10 E11.90G); Koronare Herzkrankheit (ICD-10 I25.19G); Parese des Nervus peroneus (ICD-10 G57.3G). Es bestehe eine chronische Gefühlsstörung des rechten Unterschenkels im Sinne von Dysästhesien, verminderter Sensibilität, deutlicher Fuss und Zehenheberschwäche rechts. Auf den letzten Röntgenbildern zeige sich eine Spondylodese von L3-S1, Cage-Implantation, einseitig diskonnektierter Stab L4-L5. Er verweise auf die Vorberichte der Neurochirurgen, zuletzt der Klinik für Neurochirurgie der Uniklinik Y._____. Man habe dort noch mal eine weitere Operationsmöglichkeit angesprochen. Es bestehe derzeit ein Grad der Behinderung von 50 %. In der Untersuchung habe sich die Mobilität mit einem Gehstock gezeigt, Gefühlsstörungen des gesamten, rechten Unterschenkels, die Sensibilität auf Berührung sei gestört, auch teils einschliessende Schmerzen bei Zehenmobilisation, Zehen- und Fusshebeschwäche Kraftgrad 3-4/5. Der Röntgenbefund vom 10. März 2023 zeige den Status nach Spondylodese L3-S1, intervertebrale Platzhalter, regelrechte Stellungsverhältnisse, ein diskonnektierter Stab rechts L4-L5. Der Versicherte sei aufgrund der multiplen Erkrankungen und der eingeschränkten Funktion des rechten Beines in seiner Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt (IV-act. 105).

E. 10.1

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch

anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 10.2

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.).

E. 10.3

Administrativgutachten sind für die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren für das Gericht verbindlich, sofern nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E.4.4; 125 V 351 E.3b/bb; Urteile 8C_776/2018 vom 9. Mai 2019 E. 5.1 und 9C_609/2018 vom 6. März 2019 E. 3.2.2). Entscheidend für die Frage, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist somit, inwieweit die bereits vorliegenden Gutachten die von der Rechtsprechung gestellten inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllen (Urteile 9C_542/2022 vom 15. November 2023 E. 2.3; 8C_604/2021 vom 25. Januar 2022 E. 8; 8C_133/2021 vom 25. August 2021 E. 4.2).

E. 10.4

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 m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3), wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1).

E. 11

Die Vorinstanz stützt sich bei ihrer Entscheidung auf die Ergebnisse des polydisziplinären Gutachtens der MEDAS Bern vom 24. Oktober 2022 (IV-act. 79), auf die diesbezügliche Stellungnahme des RAD vom 4. November 2022 (IV-act. 81) sowie auf die Einschätzung des RAD vom 22. März 2023 bezüglich der vom Versicherten nachgereichten medizinischen Berichte (IV-act. 109).

E. 11.1

Gemäss interdisziplinärer Gesamtbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens (IV-act. 79.1) zeige sich beim Versicherten im klinischen Befund sowohl orthopädisch wie auch neurologisch lediglich eine Druckdolenz rechts lumbosakral paravertebral. Auch in der gutachterlich durchgeführten Elektromyographie (EMG) seien lediglich mittelfristige bis ältere leichte axonale Umbauzeichen im Myotom L5 rechts feststellbar, insbesondere seien auch in den Myotomen L3/L4 und S1 keine akuten, frischen oder alten axonale Umbauzeichen objektivierbar, sodass in diesen Ebenen weder aktuell noch in der Vergangenheit relevante neurokompressive radikuläre Störungen belegt werden könnten. Insgesamt könne in der Vergangenheit zwar eine leichte L5 Wurzelaffektion rechts angenommen werden, welche wohl spätestens mit der Operation im Februar 2021 remittiert sei. Entsprechend werde anamnestisch keine radikuläre Reizsymptomatik mehr beschrieben. Die festgestellte Druckdolenz sollte behandelbar sein und erkläre zumindest für leidensadaptierte Tätigkeiten keine höhergradige quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 4 f.). Für die Schmerztherapie würden nur Schmerzmitteln der WHO-Gruppe I angewendet, wobei die Einnahme von Metamizol bestätigt werden könne. In der klinischen Beobachtung zeige sich beim Versicherten ein weitgehend ruhiges Sitzen ohne ungewöhnliche Ausgleichsbewegungen. In der Gesamtschau sei keine wesentliche Schmerzsymptomatik erkennbar, auch wenn subjektiv zum Zeitpunkt der (neurologischen) Begutachtung ein Schmerz der Stärke 5-7/10 angegeben worden sei (S. 5). Aufgrund der deutlich verminderten lumbalen Rückenbelastbarkeit seien rein orthopädisch betrachtet nur noch körperlich rückschonende, leichte Arbeiten möglich. Aufgrund der vormals berufsbedingt kräftigen Muskulatur seien dennoch zumindest sehr leichte Arbeiten bis 5 kg, gelegentlich bis 10 kg möglich. Zu meiden seien aber längerdauernde Zwangshaltungen mit Oberkörpervorneigung, gebückter Haltung, Überkopfarbeit sowie Arbeiten im Knien oder Kauern. Dieses Fähigkeitsprofil sei zumindest ab Mai 2021 anzunehmen. Die Arbeitsunfähigkeit habe sich infolge des Herzleidens noch bis zum Ende einer anzunehmenden Rekonvaleszenzzeit von drei Monaten verlängert, mithin also längstens bis Ende September 2021. Zu diesem Zeitpunkt sei auch mehr als ein halbes Jahr vergangen

nach der letzten, dritten Rückenoperation und somit der aktuell gültige Status erreicht gewesen. Alle übrigen Diagnosen würden zu keiner zusätzlichen quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Aufgrund des Diabetes mellitus bestehe jedoch gemäss den schweizerischen arbeitsmedizinischen Richtlinien keine Eignung für Nacht- und Schichtarbeit. Beim Lenken von Fahrzeugen und Bedienen von Maschinen seien besondere Vorsichtsmassnahmen einzuhalten, berufsmässiges Lenken von Fahrzeugen sei nicht zulässig. Hinsichtlich der psychiatrischen Störungsdiagnose würden sich unter Zugrundelegung der Mini-ICF-APP beim Versicherten bezüglich des Durchhaltevermögens leichte Einschränkungen ergeben (S. 6). Es gebe keine Hinweise für eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung. Der Versicherte habe erstmalige psychiatrische Unterstützung gesucht, nachdem er den ablehnenden Bescheid der schweizerischen Invalidenversicherung erhalten habe. Es könne keine über das Ausmass einer Anpassungsstörung hinausgehenden psychischen Störungsdiagnose plausibilisiert werden. Im Rahmen des allein schon aus orthopädischen Gründen deutlich reduzierten Zumutbarkeitsprofils seien auch allfällige andere Störungsdiagnosen und deren funktionellen Folgen hinreichend mitberücksichtigt in dieser Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren würden nicht zu einer versicherungspsychiatrisch arbeitsrelevanten Störung führen und könnten entsprechend auch nicht in der Gesamtbetrachtung die Bewertung mindern (S. 7).

E. 11.2

Der Beschwerdeführer hat im Rahmen des vorinstanzlichen Verfahrens zum polydisziplinären Gutachten Stellung genommen. In seiner Eingabe vom 13. Februar 2023 (IV-act. 98 S. 3 ff.) widersprach er der gutachterlichen Einschätzung, dass zwischenzeitlich keine Lumboischialgie mehr vorliege, da er Schmerzen rechts ausstrahlend im Lendenwirbelbereich habe. Deshalb müsse er jeden Tag eine hohe Schmerzmedikation zu sich nehmen. Der behandelnde Arzt habe das Bestehen von chronischen Lumbalgien festgehalten. Die Schmerzen seien auf eine Schraubenlockerung und die Unterbrechung des rechten Stabsystems zurückzuführen. Es sei ihm zu einer weiteren Operation geraten worden. Beim rechten Bein sei vom Knie abwärts eine Taubheit vorhanden in Verbindung mit einer mittelgradigen Fussheberschwäche, welche vom Gutachter im Widerspruch zum behandelnden Arzt als geringfügig bezeichnet worden sei. Die Schmerzen seien - entgegen der gutachterlichen Einschätzung einer leichten Affektion - bei Belastung im Stehen, Beugen oder bei einer Drehbewegung sehr hoch und seien bei der Befragung auch mit sehr hoch (Intensität 8 von 10) angegeben worden. Die Gehbeschwerden seien im Gutachten und bei der Begutachtung nicht angesprochen worden. Bei längeren Wegen sei er auf einen Gehstock angewiesen. Der behandelnde Arzt habe darauf verwiesen, dass er durch die Beschwerdesymptomatik erheblich in der alltäglichen Lebensführung eingeschränkt sei. Die Ergebnisse einer Nervenmessung und der während der Begutachtung aufgetretene starke Entlastungsschmerz seien im Gutachten nicht erwähnt worden. Dass ihm gutachterlich keine dauerhafte psychische Störung attestiert werde, sei der behandelnden Psychologin zufolge richtig. Dennoch sei von den behandelnden Fachpersonen eine vorübergehende psychische Störung/Depression diagnostiziert worden, welche wichtig und ausschlaggebend für eine Arbeitsfähigkeit sei. Die angeratene Rückenoperation könne er aus psychischen Gründen derzeit nicht durchführen lassen. Der Tod seiner Ex-Frau und die damit verbundene Aufnahme seiner dadurch psychisch belasteten Tochter sei ein weiteres schwer zu bewältigendes Problem, ebenso die gesundheitliche Belastung seiner Lebenspartnerin. Er habe versucht, dies dem Gutachter mitzuteilen. Dieser habe ihm aber

kein Gehör geschenkt und auf sein abzuarbeitendes Schema verwiesen. Er habe bereits ab Sommer 2021 einen Psychologen gesucht, jedoch keine Termine erhalten können. Einer leidensadaptierten Tätigkeit von 90 % bei 100 % Präsenz widersprüchen das Schreiben der Hausärztin sowie der Bericht der Rehaklinik, welche jeweils eine Arbeitszeit von unter 3 Stunden empfehlen würden. Er müsse sich bereits nach zwei Stunden wegen unerträglicher Schmerzen hinlegen.

E. 11.3

Zu dieser Kritik ist Folgendes festzuhalten:

E. 11.3.1

Bezüglich der geltend gemachten Schmerzen ergibt sich, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität allein nicht genügen. Insofern fehlende Rückfragen respektive eine fehlende Konsensbesprechung hinsichtlich der (allfällig widersprüchlichen) Schmerzangaben vermögen die Beweiskraft von Expertisen daher nicht in Frage zu stellen (vgl. Urteil des BGer 9C_470/2021 vom 4. Januar 2022 E. 4.2.2).
Bezüglich abweichender Diagnosestellungen der behandelnden Ärzte ist darauf hinzuweisen, dass grundsätzlich die begutachtende Arztperson zuständig ist für die Beschreibung des Gesundheitszustandes und die Stellung der Diagnosen (vgl. Urteil des BGer 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 5.2.2). Eine fachärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit kann grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztlich abweichende Beurteilung entkräftet werden (vgl. Urteil des BGer 8C_584/2018 vom 13. November 2018 E. 4.1.1.2). Diagnostische Abweichungen vermögen jedoch nicht schon Zweifel an einer lege artis erstellten Expertise zu begründen (vgl. Urteil des BGer 8C_317/2024 vom 22. Januar 2025 E. 6.3). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des BGer 8C_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.2.2). Es ist grundsätzlich Sache des Gutachters zu entscheiden, ob und welche Abklärungen und Untersuchungen für eine umfassende Expertise notwendig sind (vgl. Urteil des BGer 9C_297/2017 vom 6. April 2018 E. 4.3 m.w.H.). Im Weiteren ist für die Folgenabschätzung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit nicht die Diagnose ausschlaggebend, sondern das dieser zugrunde liegende, hinreichend abgeklärte Beschwerdebild und dessen konkrete Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit (vgl. Urteil des BGer 8C_750/2024 vom 7. August 2025 E. 4.6 mit Hinweis auf BGE 144 V 245 E. 5.5.2 i.f.). Ebenfalls nicht ausschlaggebend für das Ausmass der Einschränkung ist die Anzahl der Diagnosen, sondern der Schweregrad der Befunde und deren konkrete Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit (vgl. Urteil des BGer 8C_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 5.1.2).

E. 11.3.2

Im neurologischen Teilgutachten wird ausgeführt, es sei weiterhin ein chronischer Rückenschmerz verblieben, welcher aber dezidiert im lumbosakralen Gelenk angegeben werde, jedoch ca. 5 cm paravertebral rechts, in etwa im ISG-Bereich gelegen. Dieser sei somit nicht der zuletzt festgestellten Schraubenlockerung und vermuteten Diskonnektion des Stangensystems in Höhe L3/4 zuzuschreiben, wie aktenkundig beschrieben (IV-act. 79.3 S. 12). Die Therapieaktivität sei mit der Einnahme von Metamizol, einem Schmerzmittel der WHO-Klasse I, vergleichsweise gering (IV-act. 79.3 S. 13). Im Bericht vom 10. März 2023 von Dr. med. Cc. _____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, wird im Röntgenbefund diesbezüglich festgehalten, es bestehe «kein Hinweis auf Implantatbruch», jedoch ein «diskonnektierter Stab rechts L4-L5» (IV-act. 105 Seite 3). Aus dem Bericht ergeben sich insgesamt keine Aspekte, welche von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden sind. Die vom Beschwerdeführer erwähnten Gehbeschwerden und der Gehstock wurden im neurologischen Teilgutachten (IV-act. 79.3 S. 6), im orthopädischen Teilgutachten (IV-act. 79.4 S. 4), im psychiatrischen Teilgutachten (IV-act. 79.5 S. 6) sowie im allgemein medizinisch internistischen Teilgutachten (IV-act. 79.6 S. 6) aufgezeichnet. Soweit der Beschwerdeführer auf den Bericht der Hausärztin verweist, ist der Umstand zu berücksichtigen, dass sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5 m.H.).

E. 11.3.3

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 21. September 2022 (IV-act. 79.5) attestierte der Gutachter dem Versicherten eine Anpassungsstörung (ICD-10: F34.2). Dabei stützte er sich auf die Vorakten, die Anamnese und das Interaktions- und Kommunikationsverhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchung vom 16. August 2022 sowie auf den dabei erhobenen psychopathologischen Befund. Diesbezüglich hält er fest, dass eine mittelgradig depressive Episode beim Versicherten gegenwärtig nicht vorliege. Er wirke zwar bedrückt, emotional jedoch durchaus schwingungsfähig und erreichbar. Er sei mit dem eigenen Auto angereist. Seine Sorgen würden sich einerseits auf seine organische Gesundheit und andererseits auf seine finanzielle Situation beziehen und seien berechtigt. Suizidgedanken, wie von den behandelnden Psychiatern geschildert, bestünden beim Versicherten nicht. Seine Einschränkungen würden sich nicht durch eine psychische Diagnose ergeben, sondern seien allein organisch bedingt. Die Schilderungen des Versicherten seien nachvollziehbar, andererseits zeige sich auch eine leichte Neigung zum «Katastrophisieren». Die Zeit auf der Intensivstation nach der Bypassoperation sei sicher nicht einfach gewesen. Hieraus jedoch eine psychische Erkrankung oder den Beginn einer Depression ableiten zu wollen, erscheine zu weit hergeholt (IV-act. 79.5 S. 8).

E. 11.3.4

Im ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik Z. _____ betreffend den Aufenthalt im Zeitraum vom 23. Juni 2021 bis am 14. Juli 2021 wurde dagegen festgehalten, dass beim Versicherten eine Depression zu diagnostizieren sei. Die Einnahme eines geeigneten

Antidepressivums sei zu überlegen, ebenso eine weitergehende psychologische Betreuung (IV-act. 36 S. 12). Die behandelnde Psychologin führte in ihrem Bericht vom 11. August 2022 aus, der Versicherte befinde sich in regelmässiger ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Er komme sehr verlässlich und motiviert. Er sei sehr belastet durch seine verschiedenen körperlichen Erkrankungen, eine anhaltende Schmerzsymptomatik, seine durch die Arbeitsunfähigkeit bedingte finanzielle Situation, eine belastete familiäre Situation und die ausstehenden Ergebnisse der Begutachtungen. Dadurch gerate er zunehmend in existenzielle Nöte, die seine depressive Symptomatik aufrechterhalten bzw. ungünstig verstärken würden. Als Diagnose wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1 G), festgehalten (IV-act. 75).

E. 11.3.5

Gestützt auf die Akten ist die Diagnosestellung einer Anpassungsstörung im psychiatrischen Gutachten indes nicht zu beanstanden. So ergeben sich insbesondere keine Hinweise auf psychische Beschwerden des Versicherten vor und bis 22 Monate nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-act. 18 S. 7 ff., 19 S. 8; erstmalige Erwähnung IV-act. 57 S. 35 [Bericht vom 9. Juli 2021]). Weder aus den während der Begutachtung gemachten Aussagen des Beschwerdeführers noch aus den gutachterlichen Feststellungen ergaben sich Hinweise auf Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration und des Gedächtnisses bzw. auf das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen, Zwängen, Phobien oder posttraumatischen Belastungsstörungen (IV-act. 79.5 S. 6 f., S. 9). Hingegen nannte der Beschwerdeführer - wie auch die behandelnden Fachpersonen - die aktuelle soziale und dabei insbesondere finanzielle Situation neben der organischen Gesundheit als zentralen (psychischen) Belastungsfaktor; dabei hat sich die gesundheitliche Situation der Tochter, welche der Beschwerdeführer als grosse (psychische) Belastung bezeichnete, offenbar entspannt: Die Ausführungen des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung, die Tochter sei auf Besuch in Dd. _____, sie sei ein sehr vernünftiges Mädchen und er habe volles Vertrauen zu ihr (IV-act. 79.5 S. 5), lassen nicht mehr auf eine - anlässlich der notfallmässigen Konsultation am 30. Oktober 2021 (IV-act. 43 S. 6 f.) noch festgestellte - akute Suizidalität der Tochter bzw. die Notwendigkeit ihrer stationären Behandlung schliessen. Dass die behandelnden Psychiater dem Beschwerdeführer keine Anpassungsstörung, sondern eine Depression attestierten (vgl. IV-act. 28 S. 3 ff. bzw. IV-act. 36 S. 2 ff. [korrigierte Version] bzw. IV-act. 57 S. 2, IV-act. 75), wurde vom Gutachter transparent ausgewiesen. Dabei setzte er sich mit den entsprechenden Berichten auseinander und legte dar, weshalb er zu einer anderen Diagnose gelangte. Die Diagnosestellung erweist sich daher als schlüssig und nachvollziehbar. Dabei ist zu beachten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Entsprechend kann die ärztliche Beurteilung abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung eine grosse Varianz aufweisen und trägt deshalb ebenfalls von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 m.H.). Im Weiteren ist nicht zu beanstanden, dass der Gutachter auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens verzichtet hat: Ein solches ist dort entbehrlich, wo im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen

Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1; 143 V 409 E. 4.5.3; Urteile des BGer 8C_153/2021 vom 10. August 2021 E. 5.4.1; 8C_269/2021 vom 1. Dezember 2021 E. 5.1). Nachdem vorliegend gemäss polydisziplinärem Gutachten eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen ist, konnte ein strukturiertes Beweisverfahren unterbleiben.

E. 11.3.6

Gemäss Bundesgericht kann grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinne sein. Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren (BGE 148 V 49 E. 6.2.2). Zudem wäre es nicht zulässig, aus einem diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit zu schliessen (BGE 145 V 361 E. 4.3). Selbst wenn bezüglich der Diagnosestellung der Beurteilung der behandelnden Ärzte gefolgt würde, lässt sich daraus somit nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ableiten.

E. 11.3.7

Medizinisch gesehen ist die Anpassungsstörung per definitionem ein zeitlich begrenztes Phänomen, weshalb sie als langandauernde und damit potenziell invalidisierende Krankheit ausser Betracht fällt (vgl. Urteile des BGer 9C_87/2017 vom 16. März 2017; 9C_210/2017 vom 2. Mai 2017 E. 3.2 in fine). Im Weiteren liegt kein verselbständigter Gesundheitsschaden vor, wenn durch soziale Umstände verursachte psychische Störungen wieder verschwinden, wenn die Belastungsfaktoren wegfallen. Die erwähnten Elemente fliessen auch in die Folgenabschätzung ein: Die funktionelle, letztlich erwerbsbezogene Auswirkung eines Gesundheitsschadens wird auch anhand der individuellen Eigenschaften der versicherten Person bestimmt. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind also mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Das Beschwerdebild mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen und nicht bloss mittelbar eine (verselbständigte) Gesundheitsschädigung aufrechterhalten oder ihre (unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden) Folgen verschlimmern, sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung somit als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Faktoren auszuscheiden (vgl. Urteil des BGer 9C_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 2.3.3, siehe auch BGE 139 V 547 E. 3.2.2). Der Gutachter hat in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass der Beschwerdeführer unter seiner gesundheitlichen, sozialen und insbesondere auch der finanziellen Situation leidet. Den Gutachtern waren die Einkünfte des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der Begutachtung bekannt (vgl. Angaben im psychiatrischen Teilgutachten zur sozialen Anamnese, IV-act. 79.5 S. 4). Der Beschwerdeführer bezog zum Begutachtungszeitpunkt eine deutsche Rente (EUR 828.-), eine Halbwaisenrente der Tochter (EUR 300.-) sowie Kindergeld (EUR 200.-). Seine Partnerin bezog eine deutsche Invalidenrente (EUR 1'000.-). Diese psychosozialen Belastungsfaktoren können indes gestützt auf die oben zitierte Rechtsprechung nicht berücksichtigt werden.

E. 11.4

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass gemäss allgemeinmedizinisch-internistischem Teilgutachten vom 3. Oktober 2022 (IV-act. 79.6)

beim Beschwerdeführer eine Adipositas diagnostiziert wurde. Nach neuer, erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung ergangenen Rechtsprechung des Bundesgerichts 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 die Folge von solchen Schäden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_513/2024 E. 6.2 mit Verweis auf BGE 151 V 66 E. 5.9 und 5.11; zur sofortigen Anwendbarkeit einer als richtig erkannten neuen Praxis vgl. BGE 120 V 128 E. 3a). Beim Versicherten wurde ein BMI von 31.1 kg/m² und damit eine Adipositas Grad I festgestellt, wobei daraus gemäss Gutachter keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit entstehen würden. Allfällige Affektionen des Bewegungsapparats, vor allem der Beine, könnten dadurch jedoch verstärkt werden. Diese Einschätzung erweist sich als nachvollziehbar, nachdem sich der errechnete BMI-Wert am untersten Rand - und weit unter dem in BGE 151 V 66 festgestellten BMI von 50 kg/m² - bewegt, sich aus den Akten kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Adipositas und den geltend gemachten bzw. festgestellten Beschwerden ergibt und als Verweistätigkeit lediglich eine körperlich sehr leichte bis leichte, rückschonende Tätigkeit in Frage kommt.

E. 11.5

Zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend ist der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil des BGer 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2 m.H.; so schon BGE 127 V 294 E. 4c).

E. 11.5.1

Bezüglich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit konnte weder die Darstellung der Schmerzsituation noch diejenige der psychischen Belastung in der angegebenen Schwere objektiviert werden. Die Einschätzung der Gutachter, wonach ab 1. Oktober 2021 aus somatischer Sicht lediglich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % zufolge erhöhten Pausenbedarfs (IV-act. 79.1 S. 7) und aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung (IV-act. 79.5 S. 9) der Arbeitsfähigkeit vorliege, erweist sich angesichts der Aktenlage als nachvollziehbar. Dabei floss die Beurteilung und Diagnosestellung des psychiatrischen Teilgutachtens in die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung mit ein und wurde berücksichtigt; es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Beurteilung des Psychiaters von den übrigen Ärzten mitgetragen wurde (vgl. Urteil des BGer 8C_148/2024 vom 30. April 2025 E. 4.6.2).

E. 11.5.2

Die Gutachter verweisen in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung darauf, dass ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich in Übereinstimmung mit den Ausführungen im Entlassbericht der RehaKlinik in (...) vom 9. Juli 2021 stehe (IV-act. 79.1 S. 5). Dort sei explizit eine Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes innerhalb des Zumutbarkeitsprofils von über 6 Stunden täglich attestiert worden. Nach Korrektur des Schriftsatzes sei lediglich in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Dachdecker eine Arbeitsfähigkeit von unter 3 Stunden konstatiert worden (IV-act. 79.1 S. 5). Hierzu ist festzuhalten, dass - entgegen den gutachterlichen Ausführungen - in der korrigierten Version des Entlassberichtes nicht nur die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Dachdecker, sondern auch in einer Verweistätigkeit auf unter 3 Stunden korrigiert

wurde (vgl. IV-act. 36 S. 3). Gleichzeitig blieb allerdings die Einschätzung leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten bezüglich des positiven Leistungsvermögens bestehen. Dies erweist sich angesichts der Aktenlage nicht nur per se, sondern auch aufgrund der im polydisziplinären Gutachten gemachten medizinischen Feststellungen als nicht nachvollziehbar. Weitere Berichte oder auch Hinweise, aufgrund derer die zum Zeitpunkt der Erstellung des polydisziplinären Gutachtens bestehende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anders zu bewerten gewesen wäre, liegen nicht vor.

E. 11.6

Zusammenfassend ergibt sich, dass die einzelnen Teilgutachten des polydisziplinären Gutachtens in den Fachdisziplinen Neurologie (IV-act. 79.3), Orthopädie (IV-act. 79.4), Psychiatrie (IV-act. 79.5) sowie Allgemeine Innere Medizin (IV-act. 79.6) von Fachärzten der jeweiligen Disziplinen in Kenntnis der Vorakten (IV-act. 79.2) und auf Grundlage einer persönlichen Untersuchung des Versicherten erstellt wurden. Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen der jeweiligen Fachärzte und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden abgegeben. Im Weiteren wurden die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen sowie deren Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers begründet. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurden sowohl der Gesundheitszustand als auch die gutachterlich als umfassend eingeschätzte Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 9. September 2019 bis längstens 30. September 2021 sowie die ab 1. Oktober 2021 in einer angepassten Tätigkeit auf 90 % eingeschätzte Arbeitsfähigkeit schlüssig erörtert. Differenzen gegenüber früheren Arztberichten wurden transparent diskutiert und die abweichenden Beurteilungen nachvollziehbar begründet. Der aufgrund einer interdisziplinären Konsensdiskussion der Gutachter erfolgten gesamthaften Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit kommt dabei grosses Gewicht zu (vgl. Urteil des BGer 8C_317/2024 vom 22. Januar 2025 E. 9 m.w.H.). Das Gutachten erweist sich damit als beweiskräftig.

E. 11.7

Hinsichtlich der nach Erstellung des Gutachtens eingereichten medizinischen Unterlagen stützte sich die Vorinstanz auf die Stellungnahme des RAD vom 22. März 2023 (IV-act. 109). Darin wird festgehalten, dass sowohl die im Bericht vom 27. Januar 2023 der Hausärztin (IV-act. 95) als auch die im Bericht vom 10. März 2023 von Dr. Cc. _____ (IV-act. 105) genannten Problemfelder bekannt und bereits berücksichtigt worden seien. Die auf den Röntgenbildern zur Darstellung kommenden Pathologien seien seit dem Bericht des Universitätsklinikums Y. _____ vom 23. August 2021 (IV-act. 43 S. 8 f.) bekannt. Es würden in den beiden vorgelegten Arztberichten keine neuen medizinischen Sachverhalte mitgeteilt, die nicht schon Eingang in die bisherigen Beurteilungen der Gutachter und des RAD gefunden hätten. Diese Ausführungen entsprechen der Aktenlage. Aus den nach Erstellung des polydisziplinären Gutachtens eingereichten Arztberichten ergeben sich daher keine Hinweise auf eine erfolgte Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, welche weitere Abklärungen vor Erlass der angefochtenen Verfügung notwendig gemacht hätten. Von weiteren Beweiserhebungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb antizipierend darauf verzichtet werden kann (BGE 136 I 229 E. 5.3 m.H.).

E. 12

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ausreichend abgeklärt hat. Entsprechend ist von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 9. September 2019 bis 30. September 2021 auszugehen. Ab 1. Oktober 2021 beträgt die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit 90 %.

E. 13

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass er über keine Restarbeitsfähigkeit mehr verfüge, ist Folgendes anzumerken:

E. 13.1

Nach der Rechtsprechung hängt die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend sind die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers rechnen können. Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteile des BGer 9C_59/2025 vom 8. Januar 2026 E. 5.1.2; 9C_21/2022 vom 15. Juni 2022 E. 2.3.1; 8C_416/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 4). Das Bundesgericht hat relativ hohe Hürden für die Annahme einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen aufgestellt (vgl. Urteil des BGer 8C_535/2021 vom 25. November 2020 E. 5.6 m.H.). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 m.w.H.). Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 143 V 431 E. 4.5.1).

E. 13.2

Im vorliegenden Fall war der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens vom 24. Oktober 2022 55 Jahre alt. Dem Beschwerdeführer verblieb ab diesem Zeitpunkt noch eine Aktivitätsdauer von fast zehn Jahren, um eine neue Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben (vgl. Urteil des BGer 9C_693/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.1.1). Hinzu kommt, dass Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. BGE 146 V 16 E. 7.2.1; Urteil des BGer 8C_128/2022 vom 15. Dezember 2022 E. 6.2.3). Aufgrund der gutachterlichen Feststellungen ist der Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit zu 90 % arbeitsfähig und nicht derart eingeschränkt, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine entsprechenden Tätigkeiten mehr zur Verfügung stehen

würden bzw. eine Anstellung nicht mehr als realistisch erscheint (vgl. Urteil des BGer 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2.3). Ausserdem steht ihm ein breites Spektrum an Verweistätigkeiten offen. Gemäss seinem Schreiben an die Vorinstanz vom 18. Mai 2023 (IV-act. 117 S. 2) konnte der Beschwerdeführer sich zu diesem Zeitpunkt eine Auffrischung seiner Kenntnisse als Steuerfachangestellter, welche er im Rahmen einer von der Deutschen Rentenversicherung finanzierten Umschulung im Jahr 2005 erworben hatte (IV-act. 79.5 S. 3 f., IV-act. 1.6 S. 3), bzw. eine stundeweise Tätigkeit als Hausmeister vorstellen. Dass der Beschwerdeführer Arbeitslosengeld in Deutschland bezog (vgl. oben E. 7.6), spricht ebenfalls für eine Vermittlungsfähigkeit im regulären Arbeitsmarkt.

E. 13.3

Soweit der Beschwerdeführer auf den Bericht zur (erfolglosen) Arbeitsvermittlung (BVGer-act. 17 Beilage) verweist und gestützt darauf eine Unverwertbarkeit seiner Arbeitsfähigkeit erkennen will, ist darauf hinzuweisen, dass die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten ist (vgl. Urteil des BGer 8C_802/2017 vom 21. Februar 2018, E. 5.1.1.). Zudem stammt der Bericht betreffend Abschluss der Arbeitsvermittlung vom 2. Juni 2024 und datiert damit mehr als 18 Monate nach Erstellung des polydisziplinären Gutachtens sowie mehr als ein Jahr nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Somit ist er nicht geeignet, die im Gutachten bzw. in der angefochtenen Verfügung gemachten Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen. Schliesslich vermag der Beschwerdeführer auch aus dem von ihm angeführten Urteil des BGer 9C_833/2007 vom 4. Juli 2008 nichts zu seinen Gunsten abzuleiten: Gemäss dem diesem Urteil zugrunde liegenden Sachverhalt befand sich der Bericht der Berufsberatung bereits vor Erlass der Verfügung bei den Akten und war aus diesem Grund in die Entscheidungsfindung einzubeziehen (vgl. E. 3.3.1 f.). Soweit der Beschwerdeführer auf einen Arbeitsversuch während des hängigen Beschwerdeverfahrens verweist, kann auf die gutachtliche Zumutbarkeitsbeurteilung verwiesen werden, welche von allen Fachärzten konsensual mitgetragen wurde. Die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung ist in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteil des BGer 8C_334/2018 vom 8. Januar 2019 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Dies gilt auch für die in der Stellungnahme vom 23. Februar 2026 (BVGer-act. 26) des Beschwerdeführers genannten Urteile des Bundesgerichts 9C_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.2 bzw. BGE 141 V 5, soweit diese im konkreten Fall als einschlägig zu erachten sind (vgl. oben E. 7).

E. 14

Nachfolgend ist die Invalidität zu bemessen und der daraus resultierende Invaliditätsgrad zu bestimmen.

E. 14.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung] aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

E. 14.1.1

Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

E. 14.1.2

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

E. 14.1.3

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Weist das erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteil des BGer 9C_341/2022 vom 8. November 2022 E. 4.3 m.w.H.).

E. 14.1.4

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 m.H.; Urteil des BGer 9C_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3). Gemeint sind damit grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt (hier: 25. April 2023) bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns

aktuellsten veröffentlichten Daten (BGE 150 V 67 E. 4.2; 143 V 295 E. 4.1.3 f.; Urteil des BGer 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2).

E. 14.1.5

In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 m.w.H.). Wird auf die LSE 2012 oder neuer abgestellt, ist - zumindest bis auf Weiteres - nur die Tabelle TA1 zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b/bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen, wobei nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen ist (BGE 129 V 408 E. 3.1.2).

E. 14.1.6

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

E. 14.2

Vorliegend ist die Mindestbeitragszeit gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt (IV-act. 53). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG ist - wie die Vorinstanz zu Recht festgestellt hat - am 9. September 2020 abgelaufen. Aufgrund der am 15. Februar 2021 bei der Vorinstanz eingegangenen IV-Anmeldung (IV-act. 1.5) besteht ein frühestmöglicher Rentenanspruch ab 1. August 2021 (vgl. oben E. 8).

E. 14.3

Für den Zeitraum vom 1. August 2021 bis 30. September 2021 ist von einer umfassenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Unter diesen Umständen kann auf die genaue ziffernmässige Berechnung von Validen- und Invalideneinkommen verzichtet werden, zumal sich unabhängig davon eine erwerbliche Einbusse von 100 % ergibt. Demzufolge hat der Beschwerdeführer ab dem 1. August 2021 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung.

E. 14.4

Ab Oktober 2021 ist dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 90 % zumutbar.

E. 14.4.1

Die Vorinstanz hat zufolge schwankender Einkommen das Valideneinkommen aufgrund des Einkommensdurchschnitts der Jahre 2017 bis 2019 berechnet (vgl. IV-act. 111 S. 11). Aus den Akten ergibt sich jedoch, dass der Beschwerdeführer in der Schweiz seit mindestens 2016 - und auch beim letzten aktenkundigen Arbeitgeber - ausschliesslich im Rahmen von Temporäreinsätzen gearbeitet hat (vgl. IV-act. 53, 56). Die Schwankungen in den Jahresverdiensten ergeben sich daher aus den unterschiedlich langen Arbeitseinsätzen mit - ausser 2018 - jeweils mehrmonatigen Unterbrüchen. Entsprechend ist bei der Bestimmung des Valideneinkommens auf die LSE abzustellen (vgl. Urteil des BGer 8C_389/2024 vom 20. November 2024 E. 3.3).

E. 14.4.2

Vorliegend kommen die LSE 2020 zur Anwendung (Veröffentlichung am 23. August 2022 und damit aktuell zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 25. April 2023). Der Wert für den Wirtschaftszweig 41-43 Baugewerbe beträgt gemäss Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1 Männer, Fr. 5'731.- bei 40 Wochenstunden (www.bfs.admin.ch Statistiken Arbeit und Erwerb Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten Lohnstruktur Nach Berufsgruppen Tabelle: Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht - Privater Sektor [TA1_skill-level], abgerufen am 22.01.2026). Das Kompetenzniveau 1 ist zu wählen, weil der Beschwerdeführer zwar über mehrjährige berufliche Praxis, jedoch weder über eine Ausbildung als Dachdecker noch über einen Nachweis besonderer Fertigkeiten und Kenntnisse verfügt und nicht in leitender Stellung tätig war (vgl. Urteil des BGer 8C_575/2024 vom 2. Juni 2025 E. 5.2). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,3 Stunden für das Jahr 2021 (www.bfs.admin.ch > Statistiken > Arbeit und Erwerb > Erhebungen > Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit [BUA] > Tabelle: Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008] in Stunden pro Woche, abgerufen am 22.01.2026) ergibt dies einen Wert von Fr. 5'917.- (vgl. auch Urteil des BGer 9C_368/2022, 9C_422/2022 vom 9. Dezember 2022 E. 5.1.2). Der Lohnindex für das Jahr 2020 betrug 105.6, derjenige für das Jahr 2021 105.7 (Nominallohnindex [T1.1.10], Männer, Wirtschaftszweig F41-43 Baugewerbe/Bau; vgl. www.bfs.admin.ch Statistiken Arbeit und Erwerb Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten Schweizerischer Lohnindex Tabelle: Index und Veränderung auf der Basis 2010 = 100 [NOGA08], abgerufen am 22.01.2026). Daraus resultiert ein indexiertes Valideneinkommen von monatlich Fr. 5'923.-.

E. 14.5

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist ebenfalls auf die Tabellenlöhne abzustellen, da der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Verfügung kein Einkommen erzielte. Auch hier kommen die LSE 2020 zur Anwendung (vgl. oben E. 14.1.2). Der Zentralwert für Männer, einfache, repetitive Tätigkeiten aller Wirtschaftszweige, beträgt gemäss Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, im Jahr 2020 Fr. 5'261.- bei 40 Wochenstunden. Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Wochenstunden für das Jahr 2021 ergibt dies einen Wert von Fr. 5'485.-. Der Lohnindex für das Jahr 2020 betrug 106.8, derjenige für das Jahr 2021 106.0. Daraus resultiert ein Wert von Fr. 5'444.-. Aus medizinischer Sicht steht fest, dass der Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2021 in einer angepassten Verweistätigkeit zu 90 % arbeitsfähig war. Demnach ergibt sich ein Invalideneinkommen von monatlich Fr. 4'900.-.

E. 14.6

Ein Leidensabzug ist - entgegen den Ausführungen der Vorinstanz mit Hinweis auf das ergonomische Profil und Grenzgängerstatus - nicht zu berücksichtigen:

E. 14.6.1

Dass der Beschwerdeführer keine schweren Arbeiten mehr leisten kann, führt nicht automatisch zu einem leidensbedingten Abzug. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur noch leichte Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst. Angesichts des Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen. Folglich können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind. Solche Umstände sind vorliegend nicht ersichtlich. Die leidensbedingten Einschränkungen wurden bereits im Belastungsprofil berücksichtigt und dürfen nicht nochmals als abzugsrelevant herangezogen werden (Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.5.2).

E. 14.6.2

Das Bundesgericht qualifiziert den (invaliditätsfremden; vgl. Urteil des BGer 9C_385/2022 vom 2. November 2022 E. 4.6.2) Grenzgängerstatus in ständiger Rechtsprechung unter dem Kriterium «Nationalität/Aufenthaltskategorie» als potenziell abzugsrelevant (vgl. BGE 146 V 16 E. 6.1). Vorliegend wurden jedoch beide Vergleichseinkommen anhand der LSE-Tabellenwerte ermittelt. Die dabei einschlägige Tabelle TA1 bildet den monatlichen Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht im privaten Sektor der Schweiz ab. Dabei wird nicht unterschieden, ob es sich um schweizerische oder ausländische Arbeitnehmende handelt. Vielmehr entsprechen die Löhne gemäss der LSE-Tabelle TA1 Durchschnittswerten, welche jeweils auf sämtlichen erfassten Lohnangaben von besser und schlechter verdienenden, schweizerischen wie auch ausländischen Arbeitnehmenden basieren (vgl. Urteil des BGer 8C_484/2008 vom 4. Juni 2009 E. 5.2.2). Wenn Validen- und Invalideneinkommen - wie vorliegend - anhand statistischer LSE-Tabellenwerte festgelegt werden, sind die potenziell tieferen Einkommen ausländischer versicherter Personen auf beiden Seiten bereits miteinbezogen. Daher fällt ein Abzug vom Tabellenlohn grundsätzlich ausser Betracht. Ähnlich wie bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen (vgl. dazu BGE 134 V 322; 135 V 297) gilt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen im Grundsatz entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (statt vieler: BGE 141 V 1 E. 5.4; 129 V 222 E. 4.4). Im konkreten Fall ist denn auch weder geltend gemacht noch ersichtlich, inwieweit sich der Grenzgängerstatus in einer Verweistätigkeit derart lohnmindernd auswirken soll, dass diesem Umstand durch einen (zusätzlichen) Abzug vom Tabellenlohn Rechnung getragen werden müsste, nachdem sich bereits beide Vergleichseinkommen auf statistische Durchschnittseinkommen stützen (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_253/2024 vom 31. Januar 2025 E. 5.2).

E. 14.6.3

Ebenfalls liegen keine anderen Gründe für die Gewährung eines Abzugs vor.

E. 14.7

Somit ergibt der Vergleich von Valideneinkommen (Fr. 5'923.-) und Invalideneinkommen (Fr. 4'900.-) eine Erwerbseinbusse von Fr. 1'023.-, was einem Invaliditätsgrad von 17 % entspricht. Bei diesem Invaliditätsgrad besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Folglich hat der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ab 1. Januar 2022 (vgl. oben E. 8.5 f.) keinen Rentenanspruch mehr. Die vorinstanzliche Aufhebung der Rente per 31. Dezember 2021 erweist sich damit als korrekt.

E. 14.8

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass die Rentenberechtigung des Beschwerdeführers in Deutschland vorliegend nicht massgeblich ist. Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist (vgl. auch Urteil des BVGer C-1905/2020 vom 6. Juli 2021 E. 3.3).

E. 15

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 16.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 800.- festzusetzenden Verfahrenskosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen und dem geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- zu entnehmen.

E. 16.2

Weder dem unterliegenden Beschwerdeführer noch der obsiegenden Vorinstanz ist eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2)).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.