

BVGer C-4071/2023 vom 25. Februar 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-02-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4071_2023

FR: TAF C-4071/2023 du 25 février 2026

IT: TAF C-4071/2023 del 25 febbraio 2026

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. 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 der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 VwVG, Art. 52 Abs. 1 VwVG sowie Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und somit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 134 V 418 E. 5.2; 131 V 164 E. 2.1) bilden die beiden Verfügungen vom 19. Juni 2023, mit welchen die Vorinstanz dem Beschwerdeführer vom 1. September 2022 bis 30. April 2023 eine befristete ganze IV-Rente und ab 1. Mai 2023 eine unbefristete IV-Rente bei einem prozentualen Anteil von 42,5 % zugesprochen hat. Dabei ist zu beachten, dass es in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant ist, dass die Vorinstanz die rückwirkend abgestufte Rente in zwei separaten Verfügungen gleichen Datums eröffnet hat. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt materiell ein einziges Rechtsverhältnis vor, wenn eine Leistung rückwirkend zugesprochen, diese aber gleichzeitig befristet, herauf- oder herabgesetzt wird. Die Zusprechung und (rückwirkende) Revision der Rente sind somit Gegenstand ein und derselben Verfügung, welche integral der gerichtlichen Prüfung unterliegt (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2 und E. 2.3-2.3.2 und 2.3.4; vgl. auch Urteil des BVGer C-6068/2020 vom 26. Januar 2023 E. 2.1 mit weiteren Hinweisen). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Sachverhalt korrekt ermittelt und dem Beschwerdeführer, welcher beschwerdeweise eine «höhere Rente» beantragt, zu Recht ab dem 1. September 2022 bis am 30. April 2023 eine ganze IV-Rente zugesprochen hat und ob sie diese zu Recht ab 1. Mai 2023 auf eine (unbefristete) IV-Rente bei einem prozentualen Anteil von 42,5 % herabgesetzt hat.

E. 2.1

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

E. 2.2

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). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst damit nicht unesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2).

E. 2.3

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). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

E. 2.4

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert (IV-act. 176 und 182). Es liegt daher 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). Somit 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. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1).

E. 3.2.1

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 vom 3. November 2021 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; RS 831.201; AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach dem Inkrafttreten dieser Änderungen entstanden sind, werden nach den neuen Normen geprüft. Soweit aber Ansprüche zu prüfen sind, welche noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen diejenigen Bestimmungen zur Anwendung, die bis zum 31. Dezember 2021 galten (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. 3.2.2

Vorliegend hat die Vorinstanz ein erstes am 19. April 2018 über die Deutsche Rentenversicherung eingereichtes Leistungsgesuch mit Verfügung vom 24. Januar 2019 abgewiesen. Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Der Beschwerdeführer hat seinen neuen Antrag entsprechend der in Art. 45 Abs. 4 der Durchführungsverordnung Nr. 987/2009 vorgesehenen Regelung, wonach der Antragsteller einen entsprechenden Antrag beim Träger seines Wohnorts oder beim Träger des Mitgliedstaats, dessen Rechtsvorschriften zuletzt für ihn galten, zu stellen hat, bei der in casu zur Entgegennahme zuständigen Deutschen Rentenversicherung eingereicht. Das offizielle Antragsformular E 204 betreffend das zweite Gesuch wurde von der Deutschen Rentenversicherung mit Begleitschreiben vom 25. Februar 2022 an die Vorinstanz

übermittelt und ging am 8. März 2022 bei dieser ein. Im übermittelten Antragsformular wird als Datum der Gesuchseinreichung der 24. September 2018 genannt. Gemäss Art. 45 Abs. 5 der Durchführungsverordnung Nr. 987/2009 ist grundsätzlich der Zeitpunkt der Antragstellung (beim zuständigen Träger) für alle beteiligten Träger verbindlich. Auf das im offiziellen Antragsformular E 204 genannte Datum kann vorliegend jedoch offensichtlich nicht abgestellt werden, fällt dieses Datum doch in die Zeit des ersten Gesuchsverfahrens, welches erst mit in Rechtskraft erwachsener abweisender Verfügung vom 19. Januar 2019 abgeschlossen worden ist. Hinzuweisen ist daher auf Abs. 6 derselben Rechtsnorm, welcher Absatz 5 folgendermassen präzisiert: Für die Antragsgleichstellung (betreffend Zeitpunkt) ist die Angabe von Versicherungs- und Wohnzeiten anderer Mitgliedstaaten zwingend erforderlich, ansonsten ist erst der Zeitpunkt der Vervollständigung der Angaben oder in dem ein neuer Antrag gestellt wurde verbindlich.

E. 3.2.3

Wann der Beschwerdeführer in casu einen neuen vollständigen Antrag betreffend Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherungen bei der Deutschen Rentenversicherungen gestellt hat, lässt sich anhand der vorliegenden Akten nicht genau eruieren. Die Vorinstanz hat das genaue Anmeldedatum nicht weiter abgeklärt, sondern auf das Eingangsdatum des Anmeldeformulars E 204, d.h. den 8. März 2022, abgestellt. Jedoch wurde, wie oben ausgeführt, in casu das offizielle Formular von der Deutschen Rentenversicherung mit Übermittlungsschreiben vom 25. Februar 2022 an die Vorinstanz gesendet, was bereits auf ein früheres Anmeldedatum hindeutet. Im Weiteren hat die Deutsche Rentenversicherung zuvor mit Schreiben vom 1. Dezember 2021 im Rahmen ihres Ersuchens um Zusendung eines aktuellen E 205-Formulars betreffend Versicherungsverlauf in der Schweiz die Vorinstanz darüber informiert, dass der Beschwerdeführer um «Überprüfung der Schweizer Rente» ersucht habe (vgl. IV-act. 77 S. 3). Zwar ergibt sich auch aus diesem Schreiben nicht, wann genau der Beschwerdeführer bei der deutschen Verbindungsstelle die Neuanschreibung betreffend Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherungen anhängig gemacht hat. Allerdings ist aufgrund des Ausgeführten nicht gänzlich auszuschliessen, dass in casu nicht nur Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 31. Dezember 2021 streitig sind, sondern allenfalls auch Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 31. Dezember 2021. Dies wäre gegebenenfalls entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) in Bezug auf das anwendbare Recht zu beachten (E. 3.2.1 hiervor). Entsprechende Nachforschungen wird die Vorinstanz noch zu tätigen haben (vgl. E. 9.5 hiernach).

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: 19. Juni 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGR 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3).

E. 4.1

Invaldität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invaldität kann Folge von

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

E. 4.2.1

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden wie auch in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss dem seit 1. Januar 2022 in Kraft stehenden Art. 28 Abs. 1bis IVG wird eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1bis und 1ter IVG nicht ausgeschöpft sind (zum bereits zuvor geltenden Grundsatz «Eingliederung vor respektive statt Rente» vgl. etwa BGE 148 V 397 E. 6.2.4 mit Hinweis auf Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG und Urteile des BGer 9C_108/2012 vom 5. Juni 2012 E. 2.2.1 und 9C_99/2010 vom 6. Dezember 2010 E. 3.1, je mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_539/2024 vom 12. Juni 2025 [zur Publikation vorgesehen] E. 4.5 ff. m.w.H.).

E. 4.2.2

Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend der Fall ist (vgl. IK-Auszug vom 30. April 2019 [IV-act. 176 und 182]).

E. 4.3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG, vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht.

E. 4.4

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein.

Das Verwaltungsverfahren ist mithin vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (statt vieler Urteile des BGer 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 und 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 4.5.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanschuldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Ist die Verwaltung, wie im vorliegenden Fall, auf die Neuanschuldung eingetreten und hat sie eine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs vorgenommen, unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 4.5.2

Bei einer Neuanschuldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevision (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) analog Anwendung (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; BGE 133 V 108 E. 5.2; 130 V 71). Daher ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob das Erfordernis einer anspruchserheblichen Veränderung des Sachverhalts erfüllt ist; erst in einem zweiten Schritt ist der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9; Urteil des BGer 8C_40/2024 vom 21. November 2024 E. 3.2.1 m.w.H.). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2 und 5.4).

E. 4.5.3

Die Zusprache einer Rente aufgrund einer Neuanschuldung setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche etwa in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verringerter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine neuanschuldungs- bzw. revisionsrechtlich relevante Änderung dar (BGE 147 V 161 E. 4.2 m.H.; Urteil des BGer 9C_46/2023 vom 23. April 2024 E. 3.3). Hat der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren, so ist das neue Gesuch abzuweisen. Liegt hingegen eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, ist in einem zweiten Schritt der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des BGer 8C_40/2024 E. 3.2.1 9C_603/2023 vom 14. März 2024 E. 2.3.1). Im Rahmen einer solchen umfassenden Neuprüfung ist praxismässig nicht erforderlich, dass gerade die geänderte Tatsache zu einer

Neufestsetzung der Invalidenrente führt; vielmehr kann sich bei der allseitigen Prüfung des Rentenanspruchs ergeben, dass ein anderes Anspruchselement zu einer Rentenzusprache führt (Urteil des BGer 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 5.2; vgl. auch BGE 143 V 91 E. 4.2). Dabei steht das Erfordernis einer Änderung des Invaliditätsgrades um mindestens fünf Prozentpunkte gemäss Art. 17 Abs. 1 Bst. a ATSG der Entstehung eines Rentenanspruchs bei einer Neuanschuldung nicht entgegen (vgl. BBl 2017 2535, 2681).

E. 4.5.4

In der Invalidenversicherung ist für die Bestimmung des Rentenanspruchs letztlich grundsätzlich unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und unbeschadet der Ätiologie ausschlaggebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2, 143 V 409 E 4.2.1 f.; Urteil des BGer 8C_674/2022 vom 15. Mai 2023 E. 5.3.1). Für die Annahme einer anspruchserheblichen Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG genügt unter medizinischen Aspekten weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens; massgeblich ist vielmehr eine (erheblich) veränderte Befundlage (Urteil des BGer 9C_367/2024 vom 31. Juli 2024 E. 2.3.2 m.w.H.).

E. 4.6.1

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. 4.6.2

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. 4.6.3

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 145 V 97 E. 8.5; 139 V 225 E. 5.2). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 4.6.4

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). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 5

Nach der rechtskräftigen ersten Rentenabweisung im Januar 2019 hat die Vorinstanz dem Beschwerdeführer auf Neuanschuldung hin rückwirkend ab dem 1. September 2022 bis am 30. April 2023 eine ganze Invalidenrente und ab dem 1. Mai 2023 eine Invalidenrente bei einem prozentualen Anteil von 42,5 % zugesprochen. Gemäss den Beschwerdebegehren streitig ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf mehr respektive eine höhere Rente hat. Dabei ist in Anwendung der höchstrichterlichen Rechtsprechung (E. 4.5 hiavor) zunächst zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass im massgebenden

Vergleichszeitraum zwischen der letzten auf einer umfassenden materiellen Beurteilung basierenden leistungsabweisenden Verfügung vom 24. Januar 2019 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2023 tatsächlich eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, bzw., ob sich der medizinische Sacherhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist. Unbestritten ist zu Recht, dass dem Beschwerdeführer bei der Berechnung allfälliger Rentenbetreffnisse Erziehungsgutschriften für fünf statt lediglich drei volle Jahre anzurechnen sind. Denn der Beschwerdeführer war gemäss den Akten von 2001 bis 2010 in der Schweiz obligatorisch versichert und hat anhand der mit Beschwerde vom 19. Juli 2023 eingereichten Kopien der Geburtsurkunden zweifelsfrei nachgewiesen, dass er Vater zweier Kinder ist (geboren am [...] 1988 und am [...] 1990, vgl. BVGer-act. 1 Beilagen).

E. 6

Die rentenablehnende Verfügung vom 24. Januar 2019 beruhte auf der Einschätzung, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege und trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung eine gewinnbringende Tätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar sei (vgl. IV-act. 32). Die Verfügung vom 24. Januar 2019 basierte dabei in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf der Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Gutachterin SIM, vom 26. Oktober 2018 (IV-act. 30), die sich auf medizinische Unterlagen aus dem Zeitraum von 5. Februar 2016 bis 12. Februar 2018 stützte.

E. 6.1

Dr. med. C._____ standen damals ein pneumologischer Kurzbefund-Bericht von Dr. med. D._____, Facharzt für Pneumologie und Allergologie, vom 5. Februar 2016 (IV-act. 11), ein Spitalbericht vom 28. April 2016 betreffend eine vom 11. April 2016 bis 29. April 2016 dauernde stationäre Behandlung wegen einer erlittenen medialen Schenkelhalsfraktur rechts (AO 31 B2), im Rahmen welcher eine Hüftgelenks-Totalendoprothese (TEP) implantiert wurde (IV-act.9), ein physiotherapeutischer Abschlussbefund betreffend Krankengymnastik im Zusammenhang mit der Hüft-TEP vom 28. April 2016 (IV-act. 10), ein Formularbericht E 213 vom 6. Dezember 2016 betreffend eine von 15. November 2016 bis 6. Dezember 2016 dauernde stationäre Reha-Massnahme nach einem am 10. Oktober 2016 erlittenen Medianinfarkt (IV-act. 12), ein Bericht des Herzzentrums P._____ betreffend eine Verlaufskontrolle vom 25. Oktober 2017 (IV-act. 13), ein Befundbericht zuhanden der Deutschen Rentenversicherung von Dr. med. E._____, Facharzt für Dermatologie, Phlebologie und Allergologie, vom 3. Dezember 2017 (IV-act. 14 f.), ein Befundbericht zuhanden der Deutschen Rentenversicherung von Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, vom 12. Februar 2018 (IV-act. 16) sowie eine sozialmedizinische Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung von Dr. G._____, Facharzt für Chirurgie und Sozialmedizin, vom 11. Mai 2018 (IV-act. 17) zur Verfügung.

E. 6.2.1

Gestützt auf diese Berichte fasste die RAD-Ärztin die in den Berichten erwähnten Befunde wie folgt zusammen, wobei sie keine Hauptdiagnosen, sondern lediglich Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte: Cerebrovaskulärer Insult am 10. Oktober 2016 (Medianinfarkt links) mit/bei: - persistierendem Foramen ovale (Verschluss am 26. Oktober 2016) - initialer Aphasie (am 18. November 2016 nicht nachweisbar in

logopädischer Beurteilung) - bei Austritt Reha im Dezember 2016 normal Blutneigung mit/bei: - Morbus Osler - Orale Blutverdünnung mit Vit. K-Antagonist wegen TVT und LE (Juli 1999; April 2016), schlecht eingestellt Lumbale Minderbelastbarkeit bei: - Status nach Spondylodiszitis L4/5 mit Abszedierung im Februar 2014 (dorsale Spondylodese und Cage-Implantation) - festgehaltene Befunde immer normal Varikosis bei - Status nach rezidivierenden Thrombophlebitiden - Status nach Varizen-OP links 1983 - Status nach Varizen-OP beidseits 1998 - Status nach Erysipel links 1986 - Rezidivierende Ulcera seit 2010, keine 2017 Im Weiteren stellte sie die folgenden Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Status nach Mittelgesichtsrekonstruktion wegen maxillärer Hypoplasie 2008 Status nach Unterarmphlegmone rechts August 2014 Status nach medialer Schenkelhalsfraktur rechts am 11. April 2016 bei -Implantation zementfreie Hüft-Totalendoprothese am 11. April 2016

E. 6.2.2

Im Rahmen ihrer Beurteilung führte die RAD-Ärztin aus, anhand der vorliegenden Akten habe keine Einschränkung mit ausreichend langer Arbeitsunfähigkeit bestanden. Zur Begründung führte sie zusammenfassend aus, im Oktober 2016 sei offensichtlich als Folge einer akuten Sprachstörung ein Medianinfarkt festgestellt worden. Als Ursache sei ein offenes Foramen ovale gefunden worden, welches am 26. Oktober 2016 verschlossen worden sei. Bereits in der Anschlussrehabilitation habe von logopädischer Seite keine Sprachstörung mehr festgestellt werden können. Eine anderwärtige Ausfallsymptomatik habe nie bestanden. Aus Sicht der neuropsychologischen Testung im Dezember 2016 sei die Fahrtauglichkeit gegeben gewesen, indessen bestehe gemäss Angaben im Austrittsbericht der Reha in Deutschland aber ein Fahrverbot nach einem Schlaganfall. Aus rein medizinischer Sicht habe vom 11. Oktober 2016 bis Januar 2017 eine Arbeitsunfähigkeit resultiert. Im April 2016 habe der Versicherte eine Schenkelhalsfraktur rechts erlitten, die mittels einer Hüft-Totalprothese versorgt worden sei. Dabei habe keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit resultiert, sondern gemäss Angaben des Arbeitgebers lediglich vom 11. April 2016 bis 19. August 2016. Wegen rezidivierender Thrombosen und Lungenembolien sei der Versicherte seit vielen Jahren blutverdünnt, was jedoch nie eine Arbeitsunfähigkeit verursacht habe. Ebenso wenig resultiere aus der seit vielen Jahren bestehenden beidseitigen Beinvarikosis mit den Befunden einer chronischen Venösen Insuffizienz eine längere Arbeitsunfähigkeit. 2010 hätten offensichtlich venöse Ulcera bestanden, im Juni 2017 hingegen nicht. Längere Hitzeexposition und eine rein stehende Tätigkeit seien ungünstig, träfen aber auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht zu.

E. 6.3

Diese Beurteilung bildete die Grundlage für die damalige rentenablehnende Verfügung vom 24. Januar 2019, welche in der Folge unangefochten in Rechtskraft erwachsen ist.

E. 7

Vor der Übermittlung des neuen Gesuchs des Beschwerdeführers im Jahr 2022, teilte die Deutsche Rentenversicherung der Vorinstanz mittels des dafür vorgesehenen Formulars E 210 vom 26. Oktober 2021 mit, dass dem Beschwerdeführer in Deutschland eine von 1. Mai 2020 bis 30. April 2023 befristete Erwerbsminderungsrente gewährt worden sei (IV-act. 74 und 77), und übermittelte zusammen mit ihrer Nachricht zahlreiche weitere medizinische Unterlagen an die Vorinstanz, die den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus dem Zeitraum vom 3. September 2014 bis 3. Dezember 2020 dokumentierten (vgl. IV-act.

36-72); darunter befanden sich auch die bereits aktenkundigen Berichte aus dem ersten Gesuchsverfahren (vgl. dazu IV-act. 9-17 sowie IV-act. 41-44, 46-49, 52 sowie 54).

E. 7.1

Unter den neu übermittelten Dokumenten, welche vor dem 24. Januar 2019 erstellt worden sind, befanden sich zunächst die Berichte im Zusammenhang mit der Behandlung des bereits im ersten Gesuchsverfahren festgestellten Status nach Unterarmphlegmone rechts im Jahr 2014. So lässt sich den beiden Berichten des Städtischen Klinikums H. _____ vom 3. und vom 29. September 2014, dem physiotherapeutischen Bericht vom 4. Dezember 2014, dem Bericht betreffend das sozialmedizinische Beratungsgespräch der I. _____ vom 8. Dezember 2014 sowie dem Entlassungsbericht der Med Reha J. _____ vom 15. Mai 2015 zusammenfassend entnehmen, dass der Beschwerdeführer wegen einer Abszessbildung und Phlegmone am rechten Unterarm zunächst vom 10. August 2014 bis 3. September 2014 und danach aufgrund einer Wunddehiszenz nochmals vom 29. bis 30. September 2014 in stationärer Behandlung war, im Rahmen welcher mehrere Revisionsoperationen durchgeführt wurden. Aufgrund von danach bestehenden Funktionseinschränkungen des rechten Unterarms und der rechten Hand begab sich der Beschwerdeführer vom 27. Januar 2015 bis 23. Februar 2015 in stationäre Reha-Massnahme, wobei zusätzlich auch bestehende, jedoch erträgliche Rückenschmerzen nach einer Spondylodese L4/5 bei Spondylodiszitis im Februar 2014 sowie der Morbus Osler als reha-relevante Erkrankungen angegeben wurden. Der Beschwerdeführer wurde nach Abschluss der Reha-Massnahmen als arbeitsunfähig entlassen, dies jedoch lediglich bis zum Abschluss des Heilungsprozesses. Danach sei er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne Überlastung der rechten Hand, ohne besondere Anforderungen an die manuelle Feinmotorik rechts und ohne länger dauernde Zwangshaltungen wieder leistungsfähig gewesen, was - so der Bericht weiter - dem Profil seiner letzten beruflichen Tätigkeit als Polier entsprochen habe (vgl. IV-act. 36-40).

E. 7.2

Daneben lagen die folgenden kurzen (Befund-)Berichte sowie sozialmedizinischen Stellungnahmen aus der Zeit vor dem 24. Januar 2019 bei.

E. 7.2.1

Im Kurzbericht vom 12. Januar 2017 empfahl die Assistenzärztin Dr. med. K. _____ (ohne Nennung eines Facharztstitels) aufgrund einer festgestellten Sickerblutung die intensive Pflege der Nasenschleimhaut (IV-act. 45).

E. 7.2.2

Am 20. Februar 2018 nannte Dr. med. L. _____ (ohne Nennung eines Facharztstitels) ein Postthrombotisches Syndrom (ICD-10 87.0) als Haupt- und als Nebenleiden Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration sowie Entzündung (ICD-10 83.2), eine Venöse Insuffizienz (ICD-10 87.2) sowie eine Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass wechselbelastende Tätigkeiten ohne Unfallgefahr und unter Vermeidung von Nässe, Kälte und Zugluft sowie von Heben und Tragen von mittelschweren Lasten zu 6 Stunden und mehr zumutbar seien (IV-act. 50).

E. 7.2.3

Im Weiteren lagen auch Auswertungen zu einer Prick-Testung und sowie einem Epicutan-Test bei (vgl. die Berichte von Dr. E._____ Facharzt für Dermatologie, Phlebologie, Allergologie sowie ambulante Operationen, vom 28. Februar 2018 sowie vom 7. Mai 2018 [IV-act. 51]).

E. 7.2.4

Im Rahmen eines am 2. Juli 2018 durchgeführten MRT des Schädels konnte ein Verdacht auf eine Sinus-cavernosus-Thrombose ausgeschlossen werden. Es wurde eine fibröse Dysplasie des Keilbeinflügels, der lateralen Orbitawand sowie des Orbitadaches rechts festgestellt (IV-act. 53).

E. 7.3.1

Unter den übermittelten Berichten befanden sich im Weiteren mehrere ärztliche Stellungnahmen, die im Rahmen von zwei Sozialgerichtsverfahren in Deutschland - eines betreffend die Frage hinsichtlich des Grads der Behinderung und eines betreffend die Frage hinsichtlich einer Erwerbsminderungsrente - eingeholt wurden und die alle vor dem 24. Januar 2019 erstellt wurden.

E. 7.3.1.1

Dr. F._____, Facharzt für Neurologie, teilte dem Sozialgericht M._____ am 20. August 2018 mit, den Beschwerdeführer einmalig am 29. Mai 2017 untersucht zu haben, wobei auf seinem Fachgebiet der Neurologie nach einem erlittenen MCA-Infarkt links bei bekanntem Morbus Osler keine funktionellen Defizite mehr vorgelegen hätten. Der Arzt empfahl, bei dieser Erkrankung sollte die allgemeine körperliche Belastbarkeit begrenzt bleiben (vgl. IV-act. 57).

E. 7.3.1.2

Dr. med. E._____, Facharzt für Dermatologie, Phlebologie, Allergologie sowie ambulante Operationen, übermittelte am 20. August 2018 an das Sozialgericht M._____ einen Bericht, der die Behandlung des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 2010 bis zum 7. Mai 2018 dokumentierte, wobei die Behandlung der chronisch-venösen Insuffizienz des Typs postthrombotisches Syndrom mit klinischem Schweregrad IV sowie wiederkehrende Ulcera cruris im Vordergrund standen. Auf die Beweisfragen des Sozialgerichts ging der Arzt nicht konkret ein; dem Bericht kann immerhin entnommen werden, dass in funktioneller Hinsicht aus phlebologischer Sicht eine Einschränkung der statischen Beinbelastbarkeit für ständiges Sitzen respektive Stehen am Ort sowie für das Heben und Tragen von schweren Lasten bestehe (vgl. IV-act. 58).

E. 7.3.1.3

Dipl. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte am 23. August 2018 die bekannten Diagnosen Morbus Osler, Medianinfarkt links im Oktober 2016, chronisch-venöse Insuffizienz, Zustand nach Spondylodiszitis LWK 4/5 mit spinalem Abszess im Februar 2014, Zustand nach Lungenembolien im Juni 1999 und 2016, Hüft-Totalendoprothese nach medialer Schenkelhalsfraktur rechts sowie COPD. Die körperliche und psychische Belastbarkeit des Beschwerdeführers sei eingeschränkt. Aufgrund der schweren chronisch-venösen Insuffizienz (klinischer Schweregrad IV) bestehe eine Einschränkung der statischen Beinbelastung für ständiges Sitzen beziehungsweise Stehen am Ort sowie für das Heben und Tragen von schweren Lasten. Nach einer Gehstrecke von ca. 500 m sei der Patient schnell erschöpft. Es bestünden

ausserdem eine Konzentrationsschwäche und tageweise Stimmungsschwankungen (IV-act. 56).

E. 7.3.1.4

Dr. med. O._____, Facharzt für HNO-Heilkunde, Allergologie sowie Stimm- und Sprachstörungen, teilte im Bericht zuhanden des Sozialgerichts M._____ vom 8. November 2018 mit, den Beschwerdeführer seit Juni 2002 wegen rezidivierenden schweren Nasenblutungen im Rahmen des Morbus Osler behandelt zu haben. Die erhobenen Befunde hätten sich erheblich verschlechtert. In funktioneller Hinsicht bestünden Einschränkungen im Sinne einer Hörminderung mit Störung des Sprachverstehens sowie Riech- und Schmeckstörungen. Ebenso bestünden Sehstörungen, Wortfindungsstörungen sowie Störungen der Feinmotorik (vgl. IV-act. 55).

E. 7.3.2

Nebst den vom deutschen Sozialgericht eingeholten Stellungnahmen wurden auch die folgenden medizinischen Unterlagen im deutschen Gerichtsverfahren eingereicht.

E. 7.3.2.1

Im kardiologischen Verlaufskontrollbericht des Herzzentrums P._____ vom 3. Januar 2019 wird unter Nennung bereits bekannter Diagnosen klinisch eine gute Belastbarkeit beschrieben. Echokardiografisch habe sich der Okkluder unverändert parallel zum interatrialen Septum ohne Anhalt für persistierenden Shunt im Farbdoppler gezeigt. Eine kardiologische Vorstellung sei weiterhin alle 1 bis 2 Jahre empfohlen. Alle empfohlenen Impfungen seien aus kardiologischer Sicht möglich. Die Empfehlungen zur Endokarditis-Prophylaxe sollten 6 Monate postinterventionell beachtet werden, bei entsprechenden Eingriffen sollte die Indikation sorgfältig geprüft werden. Die Medikation könne unverändert erfolgen, die Antikoagulation mit Falithrom sollte dauerhaft erfolgen (vgl. IV-act. 59).

E. 7.3.2.2

Ebenso die folgenden weitere medizinische Berichte, welche nach dem 24. Januar 2019 erstellt worden sind. 7.3.2.2.1 Im zuhanden der Haftpflichtversicherung erstellten unfallchirurgischen Gutachten der Klinik Q._____ vom 11. Februar 2019 wird im Wesentlichen Stellung zu den Folgen der implantierten Hüft-Totalendoprothese, welche nach dem Arbeitsunfall vom April 2016 erforderlich wurde, genommen. Seit dem 11. April 2016 bestehe bis zum Datum des Gutachtens durch den Unfall eine Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von 30 %. Unfallbedingt habe vom 11. April 2016 bis 19. August 2016 zu 100% und vom 20. August 2016 bis 10. Oktober 2016 zu 50 % eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 10. Oktober 2016 habe aufgrund einer unfallunabhängigen Diagnose eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. 7.3.2.2.2 Die Ärztin der Deutschen Rentenversicherung Dr. med. R._____, Fachärztin für Chirurgie und Sozialmedizin, nahm am 19. Juli 2019 in Würdigung der vorgenannten medizinischen Unterlagen Stellung und führte aus, dass beim Beschwerdeführer ein Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr vorliege. Den Berichten könne kein medizinischer Sachverhalt entnommen werden, der eine zeitliche Leistungsminderung nahelegen würde. Die vom HNO-Arzt geltend gemachten neurologischen Defizite seien fachärztlich nicht belegt; vielmehr stünden die Ausführungen des Neurologen einer derartigen Annahme sogar entgegen. Zudem sei eine gute Belastbarkeit des Herzens belegt. Schliesslich liege ein aktueller Untersuchungsbefund des Stütz- und Bewegungsapparates

vor, der der Ausübung einer leichten Tätigkeit überwiegend im Sitzen für 6 Stunden und mehr nicht entgegenstehe (vgl. IV-act. 61).

E. 7.3.3

Im Rahmen der beiden Gerichtsverfahren vor dem Sozialgericht M._____ wurden zwei Gutachten bei Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie und Nervenheilkunde, eingeholt. Eines im Zusammenhang mit der Frage hinsichtlich des Grads der Behinderung (E. 7.3.3.1), und eines im Zusammenhang mit der Frage hinsichtlich der Erwerbsminderungsrente (E. 7.3.3.2).

E. 7.3.3.1

Im Gutachten vom 30. August 2019 stellte Dr. med. F._____ gestützt auf die ihm vorliegenden Akten sowie auf die eigene Untersuchung vom 16. August 2018 die Diagnosen Morbus Osler (hereditäre hämorrhagische Teleangiectasie) Typ 1 genetisch gesichert, chronisch-venöse Insuffizienz, Zustand nach MCA-Infarkt links 2016 (am ehesten kardio-embolischer Genese, möglicherweise im Zusammenhang mit offenem Foramen ovale), Zustand nach Verschluss des offenen Foramen ovale mittels Amplatzer PFO-Occluder 2016, Dauertherapie mit oraler Antikoagulation, Zustand nach rezidivierenden Lungenembolien 1999 und 2016, Zustand nach medialer Schenkelhalsfraktur rechts 2016 und TEP rechtes Hüftgelenk, Asthma bronchiale, Zustand nach Unterarmphlegmone rechts 2014 und Abszess rechter Unterarm, Zustand nach Spondylodiszitis LWK4/5 mit spinalem Abszess und Osteosynthese LWK4/5 2014, Tinnitus links sowie Verdacht auf Anpassungsstörung. Im Weiteren hielt er zusammenfassend fest, dass der Beschwerdeführer von schweren und mittelschweren Tätigkeiten weitestgehend ferngehalten und vor jeder Reizaussetzung, die Blutungen nach sich ziehen könnten, geschützt werden müsse. Es sei fraglich, ob aufgrund der schweren Grund- und der Begleiterkrankungen und der Notwendigkeit lebenslänglich einzunehmender Gerinnungshemmer einer regelmässigen Erwerbstätigkeit nachgegangen werden könne, ohne dass diese nicht auf Kosten der Gesundheit durchgeführt werde. Aufgrund seiner Feststellungen empfahl er einen Grad der Behinderung von 40 (vgl. IV-act. 62 S. 1-16).

E. 7.3.3.2

Im Gutachten vom 4. Oktober 2019, welches sich auf die Akten sowie auf die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchung vom 16. August 2019 stützte, bestätigte Dr. med. F._____ die von ihm anlässlich des Gutachtens vom 30. August 2019 genannten Diagnosen (vgl. E. 7.3.4.1 hiervor), wobei ein Zustand nach MCA-Infarkt links 2016, die Dauertherapie mit oraler Antikoagulation und ein Zustand nach Spondylodiszitis LWK 4/5 mit spinalem Abszess als neurologische Erkrankungen und ein Verdacht auf Anpassungsstörung als Erkrankung auf dem Gebiet der Nervenheilkunde sein Fachgebiet betreffen. In Beantwortung der vom Sozialgericht gestellten Fragen führte er im Weiteren aus, dieser Gesundheitszustand habe bereits seit April 2018 bestanden, wobei es seither bis zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt zu einer Zunahme der Epistaxis als Folge des Morbus Osler und verstärkt durch die Antikoagulation gekommen sei. Der Beschwerdeführer könne lediglich noch leichte wechselbelastende Tätigkeiten im Umfang von 3 bis unter 6 Stunden ausführen, ohne seine Gesundheit zu gefährden. Dabei sollten zu langes Stehen und andere einseitige körperliche Belastungen und/oder Zwangshaltungen, insbesondere Hocken, Bücken, Heben, Tragen, Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, Gerüst- und

Leiterarbeiten ständig vermieden werden. Ebenso seien Arbeiten im Freien sowie Tätigkeiten mit starken Temperaturschwankungen, Zugluft, Nässe, Lärm, Staub, Gas, Dampf und Rauch zu vermeiden (vgl. IV-act. 62 S. 17-38).

E. 7.3.4

Im deutschen Gerichtsverfahren wurden im Weiteren die - im Nachgang zu den vom Sozialgericht M._____ eingeholten Stellungnahmen der behandelnden Ärzte sowie der beiden Gutachten erstellten - folgenden Behandlungsberichte einbezogen.

E. 7.3.4.1

Im kardiologischen Verlaufskontrollbericht des Herzzentrums P._____ vom 11. September 2019 wird im Vergleich zum Bericht vom Januar 2019 von einer abnehmenden Belastbarkeit berichtet, wobei klinisch ein inspiratorischer Stridor imponiert habe. Echokardiografisch habe sich indessen der Okkluder unverändert parallel zum interatrialen Septum ohne Anhalt für persistierenden Shunt gezeigt (vgl. IV-act. 63).

E. 7.3.4.2

Im Kurzbericht vom 26. September 2019 nennt Dr. med. S._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, einen Verdacht auf Asthma bei Lungenemphysem. Im Befund hält sie eine Obstruktion Schweregrad II und einen FEV1-Wert von 78 % fest (vgl. IV-act. 64).

E. 7.3.4.3

Im Bericht der T._____ vom 04.12.2019 werden drei Ulcera cruris am linken Unterschenkel mit einer Gesamtwundfläche von 9,5 cm x 6,5 cm beschrieben und mit entsprechenden Fotos - welche aufgrund der schlechten Scan-Qualität in den vorinstanzlichen Akten nicht erkennbar sind - dokumentiert (vgl. IV-act. 67).

E. 7.3.4.4

Im Bericht vom 19. Dezember 2019 dokumentiert Dr. med. E._____ seine Untersuchungsbefunde über den 7. Mai 2018 hinaus (vgl. dazu dessen Stellungnahme vom 20. Augst 2018, E. 7.3.1.2 hiervor). Ein am 26. September 2019 festgestelltes 1 cm grosses, streifiges Ulcus cruris auf der rechten Seite war nach initiiertes Therapie am 24. Oktober 2019 bereits wieder am Abklingen. Jedoch wurden zwei neue ca. 2,5 cm grosse Ulcera cruris am linken Bein festgestellt. Nachdem am 21. November 2019 sowohl die beiden Ulcera am linken Bein (neu 2 cm und 8 mm) als auch das Ulcus am rechten Bein (1 mm) am Abheilen waren, hielt Dr. med. E._____ am 19. Dezember 2019 eine Verschlechterung am linken Bein fest, indem er drei Ulcera cruris mit einem Gesamtdurchmesser von 10 cm x 4 cm beschrieb. Das rechte Ulcus war hingegen abgeheilt. Der Arzt bestätigte, dass aus phlebologischer Sicht weiterhin eine deutliche Einschränkung der statischen Belastbarkeit für ständiges Sitzen beziehungsweise Stehen am Ort sowie für das Heben und Tragen von schweren Lasten bestehe. Beachtet werden sollten zudem wechselnde Positionen (Stehen, Gehen und Sitzen); bei sitzender Tätigkeit seien Fussrollübungen und Bewegungen im Sprunggelenk durchzuführen. Zudem seien Zwangshaltungen, Hitze und extreme Temperaturschwankungen sowie Unfall- und Verletzungsgefahr zu vermeiden (vgl. IV-act. 68).

E. 7.3.4.5

Im Bericht des Universitätsklinikums U. _____ vom 16. Januar 2020 wird ausgeführt, dass sich äusserlich multiple Morbus Osler-Spots im Bereich der Zunge, Lippe und Fingerspitzen gezeigt hätten. Zudem habe sich ein Ulcus cruris am linken mediaseitigen Unterschenkel, mit einer aktuellen Grösse von ca. 4 x 3 cm (Länge x Breite) mit beginnender Abheilung bei ausgeprägter Umgehungsreaktion und deutlich chronisch venöser Insuffizienz der linken unteren Extremität gezeigt. Am rechten Unterschenkel hätten sich lediglich vereinzelte oberflächliche dysplastische Venen bis zum Vorfuss, mit Atrophie blanche gezeigt. Der Beschwerdeführer sei im Alltag durch diese Erkrankung deutlich eingeschränkt. Stehen und Sitzen sei nur über einen kurzen Zeitpunkt ohne höheres Druckgefühl insbesondere im linken Unterschenkel möglich. Schliesslich werden mehrere Behandlungsvorschläge gemacht (vgl. IV-act. 69).

E. 7.3.5

Zu den unter Erwägung 7.3.3 und 7.3.4 zitierten Gutachten und Berichten nahmen die Ärzte der Deutschen Rentenversicherung erneut Stellung.

E. 7.3.5.1

Dr. med. V. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Spezielle Schmerztherapie, sowie Sozialmedizin, nahm am 27. Februar 2020 zu den beiden Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 21. August 2019 und vom 4. Oktober 2019 Stellung und führte dazu aus, Dr. med. F. _____ dokumentiere hinsichtlich des Schlaganfallereignisses einen völlig unauffälligen Befund, ohne persistierende Hinweise auf frühere Störungen der Motorik, Trophik, Koordination und Sensibilität. Es habe sich kein Herdhinweis und keine eindeutig radikulär zuordenbare Symptomatik gezeigt. Auch der psychische Befund habe keine wesentlichen neurokognitiven Einschränkungen bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit und einer allenfalls leichtgradigen Antriebsstörung bei dysthymen Stimmungslage ergeben. Hinsichtlich des nervenärztlichen Befundes liessen sich somit keine wesentlichen Einschränkungen hinsichtlich des quantitativen Leistungsvermögens ableiten. Die Fokussierung einer Leistungsbeeinträchtigung aufgrund der seit Kindheit bestehenden Gefässerkrankung mit inzwischen erforderlicher Gerinnungshemmung sei realistisch nicht nachvollziehbar. Hierbei handle es sich um eine Therapiemassnahme, die für eine Vielzahl von Patientin mit Herzgefässerkrankungen erforderlich sei, für die jedoch keinerlei Einfluss auf das quantitative Leistungsvermögen abgeleitet und begründet werden könne. Selbstverständlich sollten Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr gemieden werden. Ansonsten ergäben sich bei der Notwendigkeit der Einnahme von Antikoagulanzen auch unter Berücksichtigung der Grunderkrankung keinerlei weitere Einschränkungen insbesondere hinsichtlich des quantitativen Leistungsvermögens (vgl. IV-act. 70).

E. 7.3.5.2

Dr. med. R. _____ nahm am 5. Mai 2020 Stellung zu den im Nachgang zu den beiden Gutachten erstellten Behandlungsberichten. Gestützt auf den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 19. Dezember 2019 müsse beim Beschwerdeführer bezogen auf den linken Unterschenkel ab dem 24. Oktober 2019 von einem längeren Heilverlauf ausgegangen werden. Hingegen habe der Arztbrief des Herzzentrums P. _____ vom 11. September 2019 keinen richtungsweisenden neuen medizinischen Sachverhalt sowie weiterhin keine Hinweise auf eine verminderte kardiale Belastbarkeit des Herzens enthalten. Aus dem im pulmologischen Bericht von Dr. med. S. _____ vom 26. September 2019 könne keine

zeitliche Leistungsminderung für das pulmologische Fachgebiet abgeleitet werden. Hingegen werde aus sozialmedizinischer und chirurgischer Sicht der Einschätzung im Bericht des Universitätsklinikums U. _____ vom 16. Januar 2020 bei den jetzt für den Versicherten ab Oktober 2019 dokumentierten Untersuchungsbefunden gefolgt. Es sei davon auszugehen, dass die weitere Abheilung einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen werde. Beim Versicherten sei somit ab dem 24. Oktober 2019 von einem Leistungsvermögen von unter 3 Stunden täglich auszugehen. Da sich bei ihm zuletzt, bezogen auf den Lokalbefund am linken Unterschenkel, eine günstige Entwicklung abgezeichnet habe, handle es sich bei dieser Leistungsbeurteilung nicht um einen Dauerzustand. Der Erfolg der vom Gefässzentrum U. _____ vorgeschlagenen Behandlungsmassnahmen bleibe abzuwarten. Eine Überprüfung des medizinischen Sachverhalts werde nach Ablauf eines Kalenderjahres für Mai 2021 vorgeschlagen (vgl. IV-act. 71).

E. 7.3.6

Am 3. Dezember 2020 nahm Dr. med. O. _____ erneut Stellung im Rahmen des deutschen Sozialgerichtsverfahrens. In Ergänzung zu seiner Stellungnahme vom 8. November 2018 (E. 7.3.1.4 hiervor) teilte er mit, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auf Dauer gemindert sei, da es sich beim Morbus Osler um eine vererbare, ursächlich nicht heilbare Krankheit handle, welche progredient sei. Im Alltag resultierten beim Beschwerdeführer als funktionelle Einschränkungen eine Kommunikationsstörung infolge Hypakusis und Dysphasie; im Weiteren eine Dyspnoe bei körperlicher und seelischer Belastung sowie schliesslich eine Hyposmie und eine Hypogeusie. Schliesslich wies Dr. med. O. _____ insbesondere darauf hin, dass jederzeit schwerste bis lebensbedrohliche äussere und innere Blutungen im Bereich des gesamten Körpers, insbesondere an den Akren, auftreten könnten, welche nur unter Klinikbedingungen behandelt werden könnten (vgl. IV-act. 72).

E. 7.4

Von den vorgenannten Berichten unterbreitete die Vorinstanz am 13. Dezember 2021 lediglich die nach der rechtskräftigen abweisenden Verfügung vom 24. Januar 2019 ergangenen medizinischen Unterlagen (IV-act. 60-72) dem RAD zur Klärung der Frage, ob der Beschwerdeführer zur Einreichung eines neuen Leistungsgesuchs aufgefordert werden müsste (IV-act. 78).

E. 7.4.1

Der RAD-Arzt Dr. med. W. _____, Praktizierender Arzt (vgl. Medizinalberuferegister, abrufbar unter www.healthreg-public.admin.ch/home, zuletzt besucht am 3. Dezember 2025), führte in seiner Stellungnahme vom 21. Dezember 2021 zusammenfassend aus, in Bezug auf die HNO-Heilkunde bestätige Dr. med. O. _____ am 3. Dezember 2020 wiederkehrende starke Nasenblutungen aufgrund des Morbus Osler und der fortgesetzten Antikoagulationstherapie, die eine Tamponade sowie Embolisationen erforderten. Dermatologisch bestätige Dr. med. E. _____ am 24. Oktober 2019 zwei neue Geschwüre am linken Bein, die jedoch dank einer längeren lokalen Behandlung auf dem Weg der Besserung seien. Daraus ergäben sich Einschränkungen beim längeren Sitzen oder Stehen, beim Aufstehen und Tragen von Lasten und bei extremen Temperaturen (vor allem Hitze). Neurologisch zeigten sich aufgrund des Berichts von Dr. med. V. _____ vom 27.02.2020 sowie aufgrund der Beurteilung von Dr. med. F. _____ vom 21. August 2019 und vom 28.

Juli 2020 keine neurologischen Folgeschäden und keine Einschränkungen im Zusammenhang mit der seit der Geburt bestehenden Morbus Osler; ebenso bestünden keine psychischen Störungen. Aus pneumologischer Sicht bestehe ein stabiles Asthma ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

E. 7.4.2

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führte der RAD-Arzt weiter aus, vom Sozialmedizinischen Zentrum sei in der Beurteilung vom 5. Mai 2020 aufgrund der Langzeitbehandlung der venösen trophischen Störungen des Versicherten eine auf weniger als 3 Stunden pro Tag reduzierte Arbeitsfähigkeit ab dem 24. Oktober 2019 bis Mai 2021 bescheinigt worden, obwohl die Behandlung - auch wenn es sich selbstredend um eine chronische und wiederkehrende Erkrankung handle - diese wiederkehrenden Geschwüre angemessen eindämmen könne und der Status der verschiedenen Organe im Normbereich liege, insbesondere in orthopädischer, neurologischer und kardiologischer Hinsicht. Insgesamt stellten diese zahlreichen übermittelten Dokumente die letzte RAD-ärztliche Beurteilung nicht in Frage; die beschriebenen Erkrankungen seien bekannt und stabil. Auch wenn die angestammte Tätigkeit aufgrund orthopädischer und vor allem vaskulärer Einschränkungen (kein längeres Sitzen oder Stehen, Wechsel der Körperhaltung, keine übermässige Hitze oder riskante Aktivitäten) nicht mehr zumutbar sei, bestehe für sämtliche Verweistätigkeiten, welche die beschriebenen Einschränkungen berücksichtigten eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Es sei nicht materiell auf ein Gesuch einzutreten (vgl. IV-act. 79). Entsprechend sah die Vorinstanz davon ab, den Beschwerdeführer zur Einreichung eines neuen Leistungsgesuchs aufzufordern.

E. 7.5

Im Rahmen des Einwandverfahrens betreffend den ersten Vorbescheid vom 19. April 2022 reichte der Beschwerdeführer nebst einem Urteil des Sozialgerichts M._____ vom 23. Juli 2021 (betreffend das Verfahren bezüglich der Erwerbminderungsrente, vgl. IV-act. 138 S. 4 ff.) sowie einem Ausführungsbescheid desselben Gerichts vom 30. Mai 2022 (betreffend die Festlegung des Grads der Behinderung, vgl. IV-act. 143) ein zuhanden des Sozialgerichts M._____ zur Frage des Grads der Behinderung erstelltes HNO-Gutachten von PD Dr. med. X._____ vom 31. Januar 2022 ein (IV-act. 136).

E. 7.5.1

Die Gutachterin PD Dr. med. X._____, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, stellte gestützt auf die Akten und eigene Untersuchungen in ihrem Fachgebiet die Diagnosen hereditäre hämorrhagische Teleangiectasie (HHT), synonym Morbus Osler, geringgradige Innenohrschwerhörigkeit (links > rechts) sowie chronischer kompensierter Tinnitus (links > rechts) und bestätigte im Weiteren die im Vorgutachten von Dr. med. F._____ vom 30. August 2019 genannten weiteren Diagnosen. Im Weiteren legte die Ärztin den Gesamt-Grad der Behinderung auf 50 fest. Zur Begründung lässt sich im Wesentlichen entnehmen, im Gegensatz zu den bisherigen Gutachten beurteile eine Zusammenfassung der chronisch-venösen Insuffizienz und der hereditären hämorrhagischen Teleangiectasie die Gesundheitsstörungen nur unzureichend, da beide Erkrankungen ätiologisch nichts miteinander zu tun hätten, unterschiedliche Gesundheitsstörungen betreffen und unterschiedliche Auswirkungen hätten. Die chronisch venöse Insuffizienz der unteren Extremität führe zu Bewegungseinschränkung und Verminderung der körperlichen Belastbarkeit sowie zu körperlichen und sozialen

Einschränkungen durch rezidivierende Ulcera und bleibende Hautveränderungen. Die hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie führe zu täglichem Nasenbluten mit Verkrustung der Nase und daraus resultierender Behinderung der Nasenatmung. Durch die notwendige nächtliche Selbsttamponade würden diese Beschwerden noch verstärkt. Die Patienten mit einer hereditären hämorrhagischen Teleangiektasie lebten mit dem oft mehrfach täglichen Nasenbluten und beherrschten in der Regel die Erstmassnahmen wie Selbsttamponade, Kühlen, Aktivitätseinschränkung selbst. Sie würden sich mit ihrer Erkrankung oft besser auskennen als die behandelnden (Not)Ärzte und versuchten zunächst die Blutung selbst in den Griff zu bekommen. Nach der validierten Einschätzung des Schweregrades des Nasenblutens (nach dem Epistaxis Severity Score for Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia) liege beim Beschwerdeführer ein solcher von 6,78 vor (ab 7 gelte der Schweregrad als schwer), womit die deutlichen gesundheitlichen Auswirkungen bestätigt würden. Neben der körperlichen Beeinträchtigung durch die endonasalen Blutungen, Krustenbildung, behinderte Nasenatmung, entzündlichen/blutenden Veränderungen der Oslerherde (an der Stirn und an der rechten Hand) komme es regelhaft zu einer Aktivitätseinschränkung und den Rückzug aus dem sozialen Leben durch das vermeintlich harmlose Nasenbluten, das spontan in allen Lebenssituationen auftreten könne. Die geringgradige Innenohrschwerhörigkeit und der chronische kompensierte Tinnitus führten demgegenüber zu keinen wesentlichen Gesundheitsstörungen. Die weiteren Gesundheitsstörungen auf Nicht-HNO-Gebiet seien im Gutachten von Dr. med. F._____ ausführlich bewertet worden.

E. 7.5.2

Der erneut konsultierte RAD-Arzt Dr. med. W._____ führte am 5. Juli 2022 aus, das HNO-Gutachten vom 31. Januar 2022 greife zwar die bereits bekannten Diagnosen auf, dennoch müsse anhand des tatsächlichen anerkannt werden, dass selbst bei einer streng angepassten Tätigkeit, wie sie in den vorangehenden Stellungnahme definiert worden sei, aufgrund des fast täglich auftretenden Nasenblutens und dessen Behandlungen durch den Versicherten selbst mit Selbsttamponaden ein Leistungsabfall von durchschnittlich 30 % zu verzeichnen sei. Darüber hinaus führten diese auch nachts auftretenden Ereignisse zur Bildung von Krusten in der Nase, die das Atmen erschwerten. Die durch diese Beschwerden verursachten Beeinträchtigungen bestehen unabhängig von der angepassten Tätigkeit. Ebenso gebe es wiederkehrende Beingeschwüre, die ebenfalls die Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit etwas einschränken könnten. Zusammenfassend lasse sich sagen, dass in der angestammten Tätigkeit weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe, in einer adaptierten Tätigkeit jedoch eine auf 70 % reduzierte Arbeitsfähigkeit (das heisst, eine Leistungsminderung von 30 % auf 100 %) aufgrund der Behandlung der Blutungen bestehe, und zwar ab dem 24. Oktober 2019, dem Datum des dermatologischen Berichts, sowie entsprechend der Beurteilung des deutschen Gutachtens (recte: sozialmedizinische Stellungnahme) vom 5. Mai 2020 (vgl. IV-act. 144).

E. 7.5.3

An dieser Einschätzung hielt Dr. med. W._____ mit Stellungnahme vom 24. August 2022 fest, nachdem der Beschwerdeführer im Nachgang zur vorangegangenen RAD-ärztlichen Stellungnahme einen Verlaufskontrollbericht des Herzzentrums P._____ vom 16. Mai 2022 nachgereicht hatte. Gemäss Dr. med. W._____ waren die Ergebnisse der Untersuchung im Normbereich (vgl. IV-act. 154).

E. 7.6

Im Rahmen des Einwandverfahrens betreffend den zweiten Vorbescheid vom 21. September 2022, mit welchem aufgrund eines ermittelten rentenausschliessenden IV-Grads von 38,73 % die Abweisung des Gesuchs angedroht wurde (vgl. IV-act. 157), reichte der Beschwerdeführer nebst einer Bescheinigung seiner Hausärztin Dipl. med. Y._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 24. November 2022, mit der unter Nennung der bereits bekannten zahlreichen Diagnosen sowie neu eines Hydrocephalus ein multimorbider Gesundheitszustand, der Bezug einer Rente in Deutschland seit dem 1. Mai 2020 sowie der in Deutschland festgestellte Grad der Behinderung von 50 bestätigt wurden (vgl. IV-act. 162), einen Behandlungsbericht des Städtischen Klinikums H._____, vom 27. Oktober 2022 ein (IV-act. 161). Gemäss diesem Bericht befand sich der Beschwerdeführer vom 27. September bis 27. Oktober 2022 wegen einer Spondylodiszitis auf der Höhe L1/L2 in stationärer Behandlung, die initial konservativ im Sinne von blutkulturgerechter Antibiose und anschliessend am 13. Oktober 2022 operativ versorgt wurde. Die postoperative Röntgenkontrolle habe eine regelrechte Implantatlage gezeigt. Es wurde die Weiterführung der Antibiose sowie das Tragen einer Disk-Orthese tagsüber für insgesamt 3 Monate postoperativ empfohlen (vgl. IV-act. 161).

E. 7.7

Der abermals konsultierte RAD-Arzt Dr. med. W._____ führte schliesslich am 21. Dezember 2022 in Würdigung der beiden neuen Berichte aus, es sei aufgrund eines Rezidivs der Spondylodiszitis mit Operation am 13. Oktober 2022 insgesamt eine Verschlechterung mit einhergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten seit Beginn des Krankenhausaufenthaltes vom 27. September 2022 bis drei Monate nach Entlassung, namentlich bis zum 31. Januar 2023, festzustellen. Aufgrund der zunehmenden Einschränkungen der Lendenwirbelsäule und des erneuten Auftretens einer Wirbelsäuleninfektion sei für den Zeitraum danach eine zusätzliche Leistungsminderung von 10 % anzuerkennen, was ab dem 1. Februar 2023 zu einer Teilzeitarbeitsfähigkeit von 60 % in adaptierten Tätigkeiten führe. An der Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf seit dem 24. Oktober 2019 ändere sich hingegen nichts (vgl. IV-act. 165). Diese abschliessende RAD-ärztliche Beurteilung diene der Vorinstanz als Grundlage zur Ermittlung des Invaliditätsgrades sowie der vorliegend angefochtenen Verfügung.

E. 7.8

Mit Beschwerde vom 19. Juli 2023 hat der Beschwerdeführer nebst dem bereits aktenkundigen Bericht des Städtischen Klinikums H._____ vom 29. September 2014 (vgl. IV-act. 37 und E. 7.1 hiervor) und der aktenkundigen Bescheinigung der Hausärztin vom 24. November 2022 (IV-act. 162) zusätzlich die folgenden medizinischen Berichte eingereicht.

E. 7.8.1

Im Bericht der Gemeinschaftspraxis Z._____ vom 27. Februar 2014 wurde die klinische Diagnose Morbus Osler molekulargenetisch bestätigt (vgl. in der Beilage zu BVGer-act. 1).

E. 7.8.2

Im Bericht vom 17. April 2023 dokumentiert Dr. med. E._____ den seit Dezember 2019 erfolgten weiteren Behandlungsverlauf (vgl. E. 7.3.4.4 hiervor). Nach wie vor bestehe aus

phlebologischer Sicht eine deutliche Einschränkung der statischen Belastbarkeit für ständiges Sitzen beziehungsweise Stehen am Ort sowie für das Heben und Tragen von schweren Lasten. Weiterhin sollten wechselnde Positionen (Stehen, Gehen und Sitzen) eingenommen werden; bei sitzender Tätigkeit seien Fussrollübungen und Bewegungen im Sprunggelenk durchzuführen. Zudem seien Zwangshaltungen, Hitze und extreme Temperaturschwankungen sowie Unfall- und Verletzungsgefahr zu vermeiden (vgl. BVGer-act. 1, Beilagen).

E. 8

Die Vorinstanz hat vorliegend kein externes Gutachten eingeholt, sondern sich für die Beurteilung des Leistungsanspruchs im Neuanmeldeverfahren im Wesentlichen auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. W. _____ vom 21. Dezember 2021 (IV-act. 79), 5. Juli 2022 (IV-act. 144), 24. August 2022 (IV-act. 154) sowie 21. Dezember 2022 (IV-act. 165) gestützt. Dieser hat, ohne eine eigene Untersuchung durchzuführen, eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Zwar ist nicht zwingend erforderlich, dass die RAD-Ärzte die Versicherten persönlich untersuchen. Jedoch dürfen, damit auf ihre Beurteilung abgestellt werden kann, auch keine nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (E. 4.7.3 f. hievor).

E. 8.1.1

Zunächst ist festzustellen, dass die im Rahmen der Beurteilung geäußerte Feststellung des RAD-Arztes Dr. med. W. _____, wonach im Vergleich zum ersten Gesuchsverfahren keine neuen Erkrankungen erkennbar seien, sich mit Blick auf die vorliegenden Akten hinsichtlich der somatischen Leiden als schlüssig und nachvollziehbar erweist. Der RAD-Arzt konnte sich aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Akten bezüglich der im Vordergrund stehenden somatischen Leiden in diagnostischer Hinsicht ein klares Bild machen. Aufgrund der Akten ist zweifellos erstellt, dass sich beim Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht - abgesehen von zusätzlich dokumentierten Einschränkungen des Gehörs (vgl. dazu das HNO-Gutachten von PD Dr. med. X. _____ vom 31. Januar 2022 [IV-act. 136 S. 11]) - im Vergleich zum ersten Gesuchsverfahren ein im Wesentlichen unverändertes Diagnosebild präsentiert. Unbestritten leidet der Beschwerdeführer nach wie vor unter denselben, seit Jahren bestehenden somatischen Erkrankungen. Insbesondere leidet er unter den folgenden Diagnosen: Morbus Osler, welche zu Blutungen führt (beim Beschwerdeführer zurzeit insbesondere Nasenbluten); Dauertherapie mit oraler Antikoagulation, welche die Blutungsgefahr verschlimmert; chronische Veneninsuffizienz der unteren Extremitäten; Varizen; Zustand nach MCA-Infarkt links 2016; Zustand nach Verschluss des offenen Foramen ovale mittels Amplatzer PFO-Occluder 2016; Zustand nach Spondylodiszitis LWK 4/5 2014 sowie L1/2 2022; Zustand nach rezidivierenden Lungenembolien 1999 und 2016; Zustand nach medialer Schenkelhalsfraktur rechts 2016 und TEP rechtes Hüftgelenk; Zustand nach Unterarmphlegmone rechts 2014 und Abszess rechter Unterarm (für eine vollständige Aufzählung vgl. insb. die Auflistung in den beiden Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 21. August 2019 und vom 4. Oktober 2019 [IV-act. 62 S. 13 und S. 31 f.] und von PD Dr. med. X. _____ vom 31. Januar 2022 [IV-act. 136 S. 11] sowie den Bericht des Städtischen Klinikums H. _____ vom 27. Oktober 2022 [IV-act. 161]; betreffend das erste Gesuchsverfahren vgl. die Auflistung in E. 6.2.1 hiervor).

E. 8.1.2

Soweit der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang vorbringt, für ihn sei es nicht nachvollziehbar, dass die gleichen Diagnosen nun anders gewertet würden, ist er darauf hinzuweisen, dass für die Belange der Invalidenversicherung nicht die Diagnose massgebend ist, sondern die Auswirkungen des fachärztlich festgestellten Leidens auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteil des BGer 9C_184/2019 vom 23. April 2019 E. 4.2), wobei im revisionsrechtlichen Kontext massgeblich ist, ob eine erheblich veränderte Befundlage vorliegt (vgl. Urteil des BGer 9C_367/2024 vom 31. Juli 2024 E. 2.3.2 m.w.H. sowie E. 4.5.4 hiervor). Das bedeutet, dass auch wenn sich in diagnostischer Hinsicht keine Änderungen ergeben, sich die Auswirkungen der festgestellten Diagnosen im Laufe der Zeit ändern können, entweder in Form einer Verbesserung aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (vgl. Urteil des BGer 9C_349/2013 vom 24. Oktober 2013 E. 3.1), oder in Form einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit, welche insbesondere bei progredient verlaufenden Erkrankungen mit der Zeit resultieren kann.

E. 8.1.3

Im vorliegenden Fall ist unbestritten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten rentenablehnenden Verfügung vom Januar 2019 verschlechtert hat. Zwar hat der RAD-Arzt Dr. med. W. _____ im Rahmen seiner ersten Stellungnahme vom 21. Dezember 2021 (IV-act. 79) - welche vor Eingang des offiziellen (Neuanmelde-)Formulars E 204 vom 25. Februar 2022 eingeholt wurde (vgl. Sachverhalt Bst. A.c und E. 7.4.1 hiervor) - ausgeführt, die ihm damals vorgelegten neuen Berichte würden die letzte Beurteilung des RAD nicht in Frage stellen. Allerdings erachtete er - anders als damals Dr. med. C. _____ im Rahmen ihrer Beurteilung betreffend das erste Gesuch vom 19. April 2018 (vgl. E. 6.2 hiervor) - die vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Polier und LKW-Chauffeur nicht mehr als zumutbar, was im Vergleich zur Beurteilung im Rahmen des ersten Gesuchsverfahrens eindeutig eine Verschlechterung darstellt. Der RAD-Arzt Dr. med. W. _____ begründete seine Einschätzung mit orthopädischen und vor allem vaskulär bedingten Einschränkungen, die kein längeres Sitzen oder Stehen erlaubten, sondern Positionswechsel erforderten; ebenso seien eine übermässige Hitze sowie riskante Aktivitäten zu vermeiden. Die Ausführungen von Dr. med. W. _____ stehen dabei nicht im Widerspruch zur im ersten Gesuchsverfahren ergangenen RAD-ärztlichen Stellungnahme, denn er führte in der darauffolgenden Stellungnahme vom 5. Juli 2022 präzisierend aus, dass seine Einschätzung ab dem 24. Oktober 2019 gelte, wobei er zur Begründung explizit auf die von Dr. med. E. _____ am 24. Oktober 2019 erhobenen Befunde (variköse Geschwüre; in dessen Bericht vom 19. Dezember 2019 beschrieben [vgl. IV-act. 68]) verwies und auch die Beurteilung der deutschen Amtsärztin Dr. med. R. _____ vom 5. Mai 2020 (IV-act. 71) erwähnte, welche ebenfalls einen Leistungsabfall bestätigte und sich zur Begründung ebenfalls auf die entsprechenden Untersuchungsergebnisse von Dr. med. E. _____ sowie zusätzlich auf die Ausführungen im Bericht des Universitätsklinikums U. _____ vom 16. Januar 2020 (vgl. IV-act. 69) stützte. Damit ist aufgrund der vorliegenden Akten erstellt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Beurteilung durch die Vorinstanz verschlechtert hat.

E. 8.2

Im Weiteren ist unbestritten und es ergeben sich auch aufgrund einer Prüfung der Akten von Amtes wegen keine gegenteiligen Anhaltspunkte, die diese Tatsache ernsthaft in Frage stellen könnten, dass zumindest im Zeitraum vom 27. September 2022 bis zum 31. Januar

2023 aufgrund einer erneut aufgetretenen Spondylodiszitis, dieses Mal auf der Höhe L1/L2, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten vorgelegen hat. Diese Schlussfolgerung ergibt sich zweifelsfrei aus dem Bericht des Städtischen Klinikums H. _____ vom 27. Oktober 2022. Der Beschwerdeführer befand sich vom 27. September 2022 bis zum 27. Oktober 2022 in stationärer Behandlung, im Rahmen derer die Spondylodiszitis festgestellt wurde und der Beschwerdeführer - nachdem eine konservative Behandlung keine Besserung brachte - deswegen am 13. Oktober 2022 an der Wirbelsäule operiert wurde. Nach seiner Entlassung musste er für insgesamt 3 Monate die im Spital begonnene Antibiose weiterführen und auch eine Disk Orthese tagsüber tragen; ebenso wurde die Durchführung von isometrischen Spannungsübungen zur Kräftigung der Rumpf-umfassenden Muskulatur unter Vermeidung von extremen Stauch- und Rotationsbewegungen der LWS empfohlen (vgl. IV-act. 161 und E. 7.6 hiervor). Folglich erweist sich für den genannten Zeitraum mit Blick auf den erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die vom RAD festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche Tätigkeiten vom 27. September 2022 bis zum 31. Januar 2023 als schlüssig und nachvollziehbar und ist daher nicht zu beanstanden.

E. 8.3

Umstritten ist hingegen, ab welchem Zeitpunkt die Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Der RAD-Arzt legte den 24. Oktober 2019 als Zeitpunkt der Verschlechterung fest und begründete dies mit den vom behandelnden Phlebologen Dr. med. E. _____ an diesem Tag dokumentierten Ulcera cruris am linken Bein. Diese Beurteilung deckt sich zumindest mit der Beurteilung der deutschen Amtsärztin vom 5. Mai 2020, die ebenfalls ab diesem Tag einen Leistungsabfall bestätigte und insbesondere auch aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde im Bericht von Dr. med. E. _____ vom 19. Dezember 2019 sowie im Bericht des Universitätsklinikums U. _____ vom 16. Januar 2020 auf einen länger dauernden Heilverlauf hinwies. Dieser Einschätzung ist schliesslich auch das deutsche Sozialgericht M. _____ im Urteil vom 23. Juli 2021 gefolgt. Insofern erscheint die Einschätzung von Dr. med. W. _____ als plausibel. Die Frage braucht vorliegend jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden, ist die Sache doch aus nachfolgenden Gründen zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 8.4.1

Dr. med. W. _____ attestierte dem Beschwerdeführer, nachdem er im Rahmen seiner ersten Beurteilung vom 21. Dezember 2019 zunächst keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten erkannt hatte (vgl. IV-act. 79), für die Zeit vom 24. Oktober 2019 bis zur Hospitalisation vom 27. September 2022 eine Leistungsminderung von 30 %, ab Hospitalisation bis zum 31. Januar 2023 eine vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit und ab dem 1. Februar 2023 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % in Verweistätigkeiten (Stellungnahmen vom 5. Juli 2022 und 21. Dezember 2022 [IV-act. 144 und 165]). Seine Beurteilung betreffend den Verlauf ab dem 24. Oktober 2019 änderte er erst nach Erhalt des HNO-Gutachtens von PD Dr. X. _____ vom 31. Januar 2022, das jedoch im Zusammenhang mit der in Deutschland umstrittenen Frage zur Bestimmung des Grads der Behinderung vom Sozialgericht M. _____ eingeholt wurde und deshalb keine konkreten Angaben zur Arbeitsfähigkeit enthält (vgl. IV-act. 136), sowie nach Erhalt des Berichts des Städtischen Klinikums H. _____ vom 27. Oktober 2022 betreffend die stationäre Behandlung (IV-act. 161). Wie bereits ausgeführt (E. 8.2 hiervor) erweist sich die

Beurteilung von Dr. med. W. _____ für den Zeitraum vom 27. September 2022 bis zum 31. Januar 2023 als schlüssig und nachvollziehbar. In Bezug auf seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten betreffend den Zeitraum vom 24. Oktober 2019 bis zur Hospitalisation sowie den weiteren Verlauf ab 1. Februar 2023 führte er zwar zur Begründung aus, die selbst bei streng angepassten Tätigkeiten und in der Nacht fast täglich auftretenden Blutungen, welche eine Selbstversorgung durch den Beschwerdeführer erforderten, wie auch wiederkehrende Geschwüre, führten zu einem Leistungsabfall von durchschnittlich 30 % ab dem Datum des dermatologischen Berichts von Dr. med. E. _____ vom 24. Oktober 2019; und die zusätzliche Leistungsminderung von 10 % ab dem 1. Februar 2023 begründete er im Weiteren mit einer zunehmenden Einschränkungen der Lendenwirbelsäule infolge des erneuten Auftretens einer Wirbelsäuleninfektion. Jedoch geht der RAD-Arzt, dessen Beurteilung ohnehin mangels der für die Aktenbeurteilung erforderlichen fachlichen Qualifikationen nur herabgesetzter Beweiswert zukommt (E. 4.7.1 hiervon), in seinen Stellungnahmen nicht ansatzweise auf anderslautenden Beurteilungen der deutschen Ärzte ein, obwohl dies seine Aufgabe wäre (vgl. E.4.7.4 in fine). Bereits aus diesem Grund bestehen gewisse Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-ärztlichen Beurteilung für den Zeitraum ab 25. Oktober 2019 bis 27. September 2022 und ab dem 1. Februar 2023.

E. 8.4.2

Kommt hinzu, dass die wenigen medizinischen Unterlagen aus Deutschland, welche sich überhaupt zur Frage des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers äussern, ohnehin keine rechtsgenügeliche Grundlage für eine reine Aktenbeurteilung bilden.

E. 8.4.2.1

Zum einen sind sich die deutschen Ärzte weder hinsichtlich des Zeitpunkts der eingetretenen Leistungsminderung noch hinsichtlich deren zeitlichen Umfang einig. Während der deutsche Amtsarzt Dr. med. V. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, mit Stellungnahme vom 27. Februar 2020 aus fachärztlicher Sicht weder in neurologischer noch in psychiatrischer Hinsicht eine Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens erkannte (vgl. IV-act. 70), attestierte die deutsche Amtsärztin Dr. med. R. _____, Fachärztin für Chirurgie, mit Stellungnahme vom 5. Mai 2020 aus fachärztlicher Sicht für den Zeitraum bis zum 23. Oktober 2019 eine Arbeitsfähigkeit von über sechs Stunden und ab dem 24. Oktober 2019, dem Zeitpunkt des Auftretens der Geschwüre am linken Bein, ein Leistungsvermögen von unter drei Stunden, wobei sie die Dauer des verminderten Leistungsvermögens vom weiteren Heilverlauf abhängig machte. Die Ärztin begründet jedoch nicht näher, weshalb sie das zeitliche Leistungsvermögen wegen der Ulcera cruris derart stark eingeschränkt sah (vgl. IV-act. 71). Demgegenüber beurteilte der vom Sozialgericht M. _____ beauftragte Gutachter Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie und Nervenheilkunde, in seinem Gutachten betreffend den umstrittenen Anspruch auf eine deutsche Erwerbsminderungsrente vom 4. Oktober 2019, die Arbeitsfähigkeit dahingehend, dass das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers aus neurologischer und nervenärztlicher Sicht seit April 2018 vermindert sei, wobei er das zeitliche Leistungsvermögen bei maximal drei bis sechs Stunden sah (vgl. IV-act. 62 S. 35 Ziff. 6). Diese Einschätzung hat der Gutachter in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. Juli 2020 bestätigt, wobei er darauf hinwies, dass sich seine Beurteilung lediglich auf Feststellungen in seinem Fachgebiet stütze. Hinsichtlich der Frage, inwieweit das Auftreten von Ulzerationen eine vollständige Leistungsminderung oder eine von ihm bereits im

Oktober 2019 empfohlene teilweise Erwerbsminderung nach sich ziehe, führte er aus, dass dies nicht seinem neurologischen Fachgebiet obliege und gegebenenfalls von einem Gefässexperten geklärt werden müsse (vgl. IV-act. 65). Ein entsprechendes Gutachten wurde jedoch, soweit aus den Akten ersichtlich, in der Folge nicht eingeholt. Die voneinander teils erheblich abweichenden Beurteilungen der deutschen Ärzte bei teilweise gänzlich fehlender Begründung der angenommenen Funktionseinschränkungen können vorliegend nur Anlass zu ergänzenden Abklärungen geben, dies umso mehr, als eine Beurteilung des Gesundheitszustands und der funktionellen Einschränkungen aus gesamtmedizinischer Sicht für die vorliegend zu beurteilende Zeitperiode vollständig fehlt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4).

E. 8.4.2.2

Zum anderen ist hinsichtlich der (unterschiedlichen) Einschätzungen der deutschen Ärzte zu beachten, dass die Deutsche Rentenversicherung ein von der schweizerischen Invalidenversicherung wesentlich abweichendes Rentenabstufungssystem kennt (vgl. dazu eingehend das Urteil des BVGer C-1601/2019 vom 18. November 2020 E. 7.5.2). Mit Blick auf die vom schweizerischen IV-Rentenabstufungssystem abweichende Regelung weisen die (an das deutsche Bemessungssystem anknüpfenden) Schlussfolgerungen der deutschen Ärzte jedenfalls im vorliegenden Fall nicht die für die schweizerische Rentenbemessung erforderliche, rechtsgenügeliche Präzision auf (vgl. zur feineren Rentenabstufung nach schweizerischem Recht: Art. 28 Abs. 2 IVG in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung und Art. 28b IVG in der Fassung vom 1. Januar 2022).

E. 8.4.2.3

Im Weiteren muss bei einer komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigung, wie sie beim Beschwerdeführer zweifellos vorliegt, die Beurteilung der Leistungsfähigkeit rechtsprechungsgemäss auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierenden Grundlage erfolgen. Denn Zweck solcher interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Diesen Anforderungen genügen die medizinischen Unterlagen aus Deutschland offensichtlich nicht.

E. 8.4.3

Schliesslich hat sich der RAD-Arzt auch nicht zu den - wenn auch nur wenigen - Hinweisen bezüglich einer zwischenzeitlich möglicherweise hinzugetretenen psychischen Problematik geäussert. Zwar hat der vom deutschen Gericht beauftragte Gutachter Dr. med. F. _____ in seinem Gutachten vom 4. Oktober 2019 lediglich die Diagnose Verdacht auf eine Anpassungsstörung gestellt (IV-act. 62 S. 32 ff.), welcher jedoch vom deutschen Amtsarzt Dr. med. V. _____ aufgrund des vom Gutachter erhobenen psychischen Befunds mit Stellungnahme vom 27. Februar 2020 in Zweifel gezogen wurde (vgl. IV-act. 70). Allerdings kann den Akten auch entnommen werden, dass der Beschwerdeführer offenbar aufgrund einer depressiven Verstimmung mit Citalopram behandelt wird, wobei gemäss Akten im Verlauf die Dosisstärke von 10 mg (vgl. den Bericht des Herzzentrums P. _____ vom 3. Januar 2019 [IV-act. 59]) auf 20 mg erhöht wurde (vgl. Bericht des Herzzentrums P. _____ vom 11. September 2019 [IV-act. 63], den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 19. Dezember 2019 [IV-act. 68 S. 2] und die beiden Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 21. August 2019 und vom 4. Oktober 2019 [IV-act. 62 S. 9 und S.

27]). Auch wenn es sich bei der von Dr. med. F. _____ gestellten Diagnose lediglich um einen Verdacht handelt und auch sonst nur spärliche Hinweise zu einer zwischenzeitlich möglicherweise hinzugetretenen psychischen Problematik vorliegen, entbindet dies die Vorinstanz nicht, im Rahmen ihrer Untersuchungspflicht diesem Hinweis nachzugehen, da - sollte tatsächlich auch noch eine psychische Erkrankung hinzugetreten sein - im Rahmen der Gesamtbetrachtung (E. 8.4.2.3 hiervor) zu prüfen wäre, ob die psychische Erkrankung zusätzliche Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hat. Auch indem die Vorinstanz diesen Hinweisen zu einer möglichen psychischen Erkrankung nicht nachgegangen ist, hat sie ihre Untersuchungspflicht verletzt.

E. 9

Aufgrund des Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht in verschiedener Hinsicht nicht rechtsgenügend nachgekommen ist. Mangels eines lückenlos feststehenden medizinischen Sachverhalts im Verfügungszeitpunkt waren jedenfalls die Voraussetzungen für eine reine Aktenbeurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers durch den RAD-Arzt offensichtlich nicht erfüllt. Demzufolge ist es - mit Ausnahme des Zeitraums vom 27. September 2022 bis 31. Januar 2023, während welchem eine vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit vorgelegen hat (vgl. E. 8.2 hiervor) - auch nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob, gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer einen zusätzlichen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 9.1

Da die angefochtene Verfügung - betreffend den Zeitraum vom 25. Januar 2019 bis zum 27. September 2022 und den Zeitpunkt ab Februar 2023 - gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend der Fall ist, da die Vorinstanz weder die Auswirkungen der zahlreichen somatischen Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten rechtsgenügend abgeklärt hat noch der Frage nachgegangen ist, ob beim Beschwerdeführer zwischenzeitlich auch psychische Beschwerden tatsächlich hinzugetreten sind.

E. 9.2

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, zunächst das medizinische Dossier unter Mitwirkung des Beschwerdeführers und des deutschen Sozialversicherungsträgers möglichst lückenlos zu vervollständigen sowie zu aktualisieren und danach unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte ein externes interdisziplinäres medizinisches Gutachten zu veranlassen insbesondere zur Klärung der Frage, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Polier und LKW-Chauffeur als auch in einer angepassten Tätigkeit seit dem 25. Januar 2019 und im Verlauf bestehen. Die retrospektive Beurteilung der Leistungsfähigkeit hat im Rahmen der Begutachtung zwangsläufig aufgrund der

vervollständigten und à jour gebrachten medizinischen Akten zu erfolgen. Aufgrund der medizinischen Aktenlage geboten erscheint ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin (gegebenenfalls auch Kardiologie und Pneumologie), Wirbelsäulen-Orthopädie, Neurologie, Angiologie und Phlebologie; gegebenenfalls - je nach Ergebnis der von der Vorinstanz diesbezüglich vorzunehmenden weiteren Abklärungen - auch in der Fachdisziplin Psychiatrie, welche insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen hat (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 mit Hinweisen; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8). Mit Blick auf das Beweisthema (rechtserhebliche Änderung des Gesundheitszustands seit der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 24. Januar 2019) haben die Gutachter betreffend den zu beurteilenden Zeitraum, wie ausgeführt, die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (mit Verlauf und Ausmass der funktionellen Einschränkungen) sinnvollerweise ab dem 25. Januar 2019 bis zum Zeitpunkt der neuen Begutachtung miteinzubeziehen und auch in einer medizinischen Gesamtbetrachtung zu beurteilen. Dabei haben sie sich insbesondere auch zur entscheidenderheblichen Frage zu äussern, inwiefern sich der Gesundheitszustand befundmässig im Vergleich zur letzten materiellen Beurteilung (24. Januar 2019) verändert hat und mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und insbesondere auch in einer angepassten Tätigkeit.

E. 9.3

Die interdisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 3 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 9.4

Sollten die ergänzenden medizinischen Abklärungen zu einem Rentenanspruch führen, sind bei der Rentenberechnung allfälliger Rentenbeträge selbstverständlich Erziehungsgutschriften für beide Töchter zu berücksichtigen.

E. 9.5

Schliesslich ist die Vorinstanz zwecks Feststellung des Zeitpunkts des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. E. 3.2.2 f., E. 4.2 und E. 4.3 hiervor) anzuweisen, das genaue Antragsdatum für das neue über die Deutschen Rentenversicherung eingereichte Leistungsgesuch betreffend Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung abzuklären (vgl. dazu Art. 29 Abs. 3 ATSG). Wie bereits ausgeführt, ist aufgrund der Akten nicht klar, wann der Beschwerdeführer das neue Gesuch effektiv gestellt hat. Auf das von

der Vorinstanz berücksichtigte Eingangsdatum des offiziellen Formulars E 204 kann nicht abgestellt werden, da deutliche Hinweise bestehen, dass der neue Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung bereits zu einem früheren Zeitpunkt gestellt wurde (vgl. E. 3.2.2 f. hiervor). Die Vorinstanz hat bei der Deutschen Rentenversicherung abzuklären, wann genau sich der Beschwerdeführer betreffend Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung erneut an die deutsche Verbindungsstelle gewandt und ein vollständiges Gesuch eingereicht hat.

E. 9.6

Im Ergebnis ist die Beschwerde insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 19. Juni 2023 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 10

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Dem obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 3 und 4 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.