



Abteilung III
C-1303/2023

Urteil vom 10. November 2025

Besetzung

Richter Philipp Egli (Vorsitz),
Richter Beat Weber, Richterin Selin Elmiger-Necipoglu,
Gerichtsschreiberin Andrea Meier.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 9. Februar 2023.

Sachverhalt:**A.**

A.a A._____ (Beschwerdeführer), geboren am (...) 1969, deutscher Staatsangehöriger, verheiratet und Vater von drei Kindern (geboren [...], [...], [...]), absolvierte in Deutschland eine Lehre als Fleischer. Von 2008 bis 2014 lebte er in der Schweiz, seither im grenznahen Deutschland (vgl. Akten der Vorinstanz [IVSTA-act.] 38). Seit 2008 arbeitete er – ab 2014 im Status eines Grenzgängers (vgl. IVSTA-act. 30) – in der Schweiz, zunächst als Metzger, ab September 2010 bis September 2020 als Teamleiter Spedition (IVSTA-act. 51), und entrichtete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Der letzte Arbeitstag des Beschwerdeführers war der 3. Dezember 2019 (IVSTA-act. 51 Seite 7). Seither ging er keiner Erwerbstätigkeit mehr nach.

A.b Am 2. Januar 2017 meldete sich der Beschwerdeführer erstmals zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung an und führte aus, er sei seit 30. September 2016 aufgrund eines Bandscheibenvorfalles L5/S1, der am 14. Dezember 2016 operiert worden sei, arbeitsunfähig (IVSTA-act. 8). Die zuständige IV-Stelle des Kantons B._____ (kantonale IV-Stelle) nahm Abklärungen vor. Ab dem 1. Mai 2017 konnte der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit wieder im angestammten Pensum von 100 % aufnehmen (IVSTA-act. 34). Mit Mitteilung vom 23. Juni 2017 hielt die kantonale IV-Stelle fest, sie weise das Leistungsbegehren betreffend berufliche Massnahmen und Rente ab, da der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit wieder aufgenommen habe (IVSTA-act. 37).

B.

B.a Am 15. April 2020 meldete sich der Beschwerdeführer bei der kantonalen IV-Stelle erneut zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung an. Er sei aufgrund eines erneuten Bandscheibenvorfalles L5/S1 mit starker Schmerzausstrahlung ins linke Bein, Kribbeln und Schwäche im linken Bein sowie leichten Lähmungserscheinungen im linken Fuss seit dem 4. Dezember 2019 zu 100 % arbeitsunfähig (IVSTA-act. 38). Der Bandscheibenvorfall wurde am 8. Januar 2020 im C._____ -Klinikum in D._____ (Deutschland) operiert (IVSTA-act. 57 Seite 8 f.). Die Krankentaggeldversicherung E._____ erbrachte Leistungen (E._____ -act. 2 Seiten 77 bis 82).

B.b Die kantonale IV-Stelle nahm die erneute Anmeldung vom 15. April 2020 entgegen und trat darauf ein (IVSTA-act. 43). Sie nahm medizinische sowie erwerbliche Abklärungen vor (IVSTA-act. 46 ff.) und zog die Akten der Krankentaggeldversicherung bei (E. _____-act. 1 bis 3).

B.c Aufgrund eines weiteren Bandscheibenvorfalls L5/S1 erfolgte am 26. November 2020 in der Klinik für Wirbelsäulentherapie, Wirbelsäulenzentrum, der F. _____ Stiftung in G. _____ (Deutschland) eine Versteifung (Spondylodese) L5/S1, eine Spinalkanal-Dekompression L5/S1 sowie eine Neurolyse L5 und S1 links mit Adhäsiolyse (IVSTA-act. 77-79).

B.d Die kantonale IV-Stelle wies mit Mitteilung vom 15. März 2021 den Anspruch auf berufliche Massnahmen ab, da aufgrund des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IVSTA-act. 92).

B.e Der Beschwerdeführer unterzog sich im Folgenden weiteren, auch stationären Behandlungen. So befand er sich vom 12. bis 27. Juli 2021 in der H. _____ klinik, in I. _____ (Deutschland) in stationärer schmerztherapeutischer Behandlung (IVSTA-act. 100). Vom 14. September bis 12. Oktober 2021 erfolgte in der Fachklinik J. _____ (Deutschland) auf der Abteilung Orthopädie ein stationärer Reha-Aufenthalt zur Verbesserung der Muskelausdauer, der Muskelkoordination und der Kraft der Rumpf- und Rückenmuskulatur (IVSTA-act. 132 Seiten 13-18).

B.f Dr. med. K. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), kam in ihrer Stellungnahme vom 3. Februar 2022 zum Schluss, aufgrund der widersprüchlichen Akten werde wahrscheinlich eine vertiefte medizinische Abklärung erforderlich werden. Zuvor sollte jedoch gemäss Dr. K. _____ abgewartet werden, ob in den nächsten Wochen eine zufriedenstellende Medikamenteneinstellung gelinge, hierfür sei Ende März 2022 ein Verlaufsbericht vom Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Schmerzmedizin in L. _____ (Deutschland) einzuholen (IVSTA-act. 141). Dieser Verlaufsbericht wurde am 12. April 2022 ausgestellt. Darin hielt Dr. med. M. _____ fest, die Medikamenteneinstellung habe noch nicht abgeschlossen werden können (IVSTA-act. 142).

B.g Die kantonale IV-Stelle teilte dem Beschwerdeführer am 11. Mai 2022 mit, es werde eine umfassende polydisziplinäre medizinische Untersuchung in den Fachdisziplinen Allgemeine/Innere Medizin, Neurologie,

Orthopädie und Psychiatrie in Auftrag gegeben, und gab die vorgesehenen Fragen bekannt (IVSTA-act. 145). Der Auftrag wurde am 9. Juni 2022 nach dem Zufallsprinzip (Art. 72^{bis} IVV [SR 831.201]) der Gutachtensstelle SMAB AG Bern Swiss Medical Assessment- and Business-Center (SMAB AG) zugeteilt (IVSTA-act. 147 und 150). Am 27. Juni 2022 wurden dem Beschwerdeführer die Namen der Gutachter mitgeteilt (IVSTA-act. 156), am 8. Juli 2022 erhielt der Beschwerdeführer das Aufgebot zur Begutachtung in Bern am 3. und 9. August 2022 (IVSTA-act. 158).

B.h Im Gutachten vom 19. Oktober 2022 kam die SMAB AG in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung zum Schluss, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit dem 23. Juni 2017 (Abweisung des Leistungsbegehrens durch die kantonale IV-Stelle; vgl. A.b vorstehend) aufgrund der Bandscheibenoperation am 8. Januar 2020 und der Rezidiv-Operation am 26. November 2020 verändert. Auch im psychiatrischen Fachgebiet habe sich eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben, da sich eine depressive Störung und eine Schmerzverarbeitungsstörung entwickelt hätten. Infolgedessen habe ab dem 4. Dezember 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten bestanden. Seit 1. Februar 2021 sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit wieder zu 50 % arbeitsfähig, in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Angepasst sei eine leichte körperliche Tätigkeit, überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel, ohne Gerüst- und Leitertätigkeiten, ohne häufiges Treppensteigen und ohne Zwangshaltungen für die Wirbelsäule. Im zeitlichen Längsschnitt sei psychiatrisch ab Dezember 2021 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit, ab Begutachtungstermin (9. August 2022) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für eine dem psychiatrischen Belastungsprofil angepasste Tätigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer weise aus psychiatrischer Sicht leichte Beeinträchtigungen im Bereich der Stress- und Frustrationstoleranz, bei der Umstellungsfähigkeit und bei Arbeiten unter Zeitdruck auf (IVSTA-act. 165 Seiten 9-11).

Die RAD-Ärztin, Dr. K._____, kam in ihrer Einschätzung vom 19. November 2022 zum Schluss, auf das Gutachten der SMAB AG könne abgestellt werden. Es sei ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar (IVSTA-act. 170).

B.i In ihrem Vorbescheid vom 5. Dezember 2022 beschied die kantonale IV-Stelle dem Beschwerdeführer, sie beabsichtige, das Rentenleistungsbegehren abzuweisen. In einer optimal angepassten Tätigkeit sei der

Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Aus dem Einkommensvergleich ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 8 % und damit kein Anspruch auf Rentenleistungen (IVSTA-act. 173).

B.j Mit Einwand zum Vorbescheid vom 4. Januar 2023 verlangte der Beschwerdeführer Einsicht in das Gutachten der SMAB AG. Er wies ausserdem darauf hin, er leide unter Dauerschmerzen und sein Nerv im linken Bein sei geschädigt. Er überstehe die Tage nur mit starken Medikamenten. Die sozialmedizinische Untersuchung bei der N. _____ habe ergeben, dass er nicht vermittelbar sei, da es keine Arbeit gebe, die auf sein Anforderungsprofil passe. Er lege deshalb Widerspruch ein gegen den Vorbescheid und hoffe, der Entscheid werde nochmals überprüft (IVSTA-act. 178). Das verlangte Gutachten wurde dem Beschwerdeführer am 10. Januar 2023 zugestellt (IVSTA-act. 179).

B.k Mit Verfügung vom 9. Februar 2023 wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA oder Vorinstanz) das Rentenleistungsbegehren – in Bestätigung des Vorbescheids der kantonalen IV-Stelle – ab (IVSTA-act. 180, 182).

C.

C.a Gegen die Verfügung vom 9. Februar 2023 erhob der Beschwerdeführer am 3. März 2023 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 9. Februar 2023, die Zusprache einer ganzen Invalidenrente sowie die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Der Beschwerde fügte er den Bescheid des Versorgungsamts G. _____ (Deutschland) vom 12. Juli 2021 bei, worin dem Beschwerdeführer ab 22. Februar 2021 ein Grad der Behinderung von 40 bestätigt wird, sowie zwei bereits bei den Akten liegende Arztberichte (Akten des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer-act.] 1).

C.b Am 2. Mai 2023 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut (BVGer-act. 4).

C.c Die Vorinstanz beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 6. Juni 2023 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der Verfügung vom 9. Februar 2023 (BVGer-act. 8).

C.d Mit Replik vom 5. Juli 2023 hielt der Beschwerdeführer an seinem Antrag auf Zusprache einer Invalidenrente fest und reichte – neben einem bereits bei den Akten liegenden Bericht von Dr. O. _____ – einen neuen

Bericht der Hausärztin, Dr. P._____, vom 30. Juni 2023 zu den Akten (BVGer-act. 10).

C.e Die Vorinstanz verzichtete mit Mitteilung vom 3. August 2023 auf eine Duplik (BVGer-act. 12).

C.f Der Instruktionsrichter schloss mit Verfügung vom 18. August 2023 den Schriftenwechsel (BVGer-act. 13).

C.g Mit unaufgeforderter Eingabe vom 25. Oktober 2023 reichte der Beschwerdeführer den Entlassungsbericht der Fachklinik Q._____, Interdisziplinäres Schmerzzentrum, R._____, (Deutschland), über seinen stationären Aufenthalt vom 20. September bis 18. Oktober 2023 zu den Akten (BVGer-act. 14).

C.h In einer weiteren unaufgeforderten Eingabe vom 26. Februar 2024 brachte der Beschwerdeführer dem Gericht zur Kenntnis, dass er vom Versorgungsamt G._____, (Deutschland) am 16. Februar 2024 den Schwerbehindertenausweis, unbefristet gültig ab 19. Dezember 2023, bei einem Grad der Behinderung von 50 ausgestellt erhalten habe (BVGer-act. 16).

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). 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 [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist einzutreten.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG. Nach der Rechtsprechung sind neue Verfahrensvorschriften mangels anders lautender Übergangsbestimmungen mit dem Tag des Inkrafttretens sofort und in vollem Umfang anwendbar (BGE 130 V 1 E. 3.2; 129 V 113 E. 2.2).

2.

2.1 Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA oder Vorinstanz) erlassen.

2.2 Im Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe (Dezember 2019) war der Beschwerdeführer als Grenzgänger in S._____ (...) erwerbstätig (IVSTA-act. 51). Seit 2014 lebt der Beschwerdeführer im grenznahen Deutschland (IVSTA-act. 38 Seite 1) und reichte die beiden Anmeldungen zum Bezug von IV-Leistungen bei der kantonalen IV-Stelle ein (IVSTA-act. 8 und 38). Der geltend gemachte Gesundheitsschaden geht auf den Zeitpunkt der Tätigkeit als Grenzgänger zurück. Somit hat die kantonale IV-Stelle zu Recht die Abklärungen zum Leistungsgesuch vorgenommen und die IVSTA die angefochtene Verfügung erlassen.

3.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 9. Februar 2023 (IVSTA-act. 180 und 182), in der die Vorinstanz einen Invaliditätsgrad von 8 % errechnet und das Leistungsbegehren vom 15. April 2020 abgewiesen hat.

4.

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

4.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 9. Februar 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

4.3 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 193 E. 2 und 122 V 157 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

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

am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

4.5 Am 1. Januar 2022 ist das revidierte IVG (Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 15. April 2020 erfolgten erneuten Anmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 1. Januar 2022 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind hier primär die Bestimmungen des IVG, der IVV und des ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar (vgl. auch Urteil des BGer 9C_668/2024 vom 15. August 2025 E. 2.2.2). Sie werden – soweit nicht anders vermerkt – im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert.

5.

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

Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

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

5.3 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung).

5.4 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 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.

5.5 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanmeldung 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 [SR 831.201]; BGE 130 V 71 E. 2.2. m.H.). Mit Art. 87 Abs. 3 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3; 117 V 198 E. 4b). Die von Ordnungsgeber und Rechtsprechung (BGE 109 V 108, 119 und 262) entwickelten Regeln zur Behandlung von Neuanmeldungen nach Erlass einer rechtskräftigen leistungsablehnenden Verfügung beziehen sich ihrem Sinn und Zweck nach auf *gleichlautende Leistungsgesuche* (BGE 117 V 198 E. 4b). Dies trifft praxisgemäss namentlich zu, wenn – wie hier (vgl. Bst. A.b) – ein Rentenanspruch bereits Gegenstand der

vorangegangenen rechtskräftigen Verfügung gebildet hatte (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 9C_556/2021 vom 3. Januar 2022 E. 5).

5.6 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein und hat sie eine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs vorgenommen, unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (BGE 133 V 450 E. 3.2; 109 V 108 E. 2b).

5.7 Bei einer Neuanmeldung 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 anspruchrelevanten 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.). Dabei ist zu beachten, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustands grundsätzlich keinen neuen Versicherungsfall begründet (Urteil des BGer 8C_268/2023 vom 15. November 2023 E. 2.2.2.2). Indessen entsteht ein solcher bei materieller Verschiedenheit der Invaliditätsursachen (Urteile des BGer 8C_388/2021 vom 16. August 2021 E. 4.2 und 8C_93/2017 vom 30. Mai 2017 E. 4.2 mit Hinweisen) sowie dann, wenn – wie hier (vgl. E. 9.1 nachstehend) – bei ein- und demselben Gesundheitsschaden ein erheblicher Unterbruch der Invalidität eintritt (vgl. Urteil des BGer 8C_237/2020 vom 23. Juli 2020 E. 6.2 mit Hinweis auf Urteil des BGer 9C_692/2018 vom 19. Dezember 2018 E. 4).

5.8 Die Zusprache einer Rente aufgrund einer Neuanmeldung 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 neu-anmelde- 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; Urteile 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 praxisgemäss 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).

5.9 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.).

5.10 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Expertin andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte

benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3).

5.11 Geht es um psychische Erkrankungen, sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 145 V 361 E. 3.1).

6.

6.1 Zeitlicher Referenzpunkt für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts eingetreten ist, bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 147 V 167 E. 4.1, 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.4). Vorliegend wies die Vorinstanz das erste Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 2. Januar 2017 mit Mitteilung vom 23. Juni 2017 ab, da der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit wieder im ursprünglichen Rahmen habe aufnehmen können (IVSTA-act. 37). Eine beschwerdefähige Verfügung verlangte der Beschwerdeführer in dieser Sache nicht. Die zeitlichen Referenzpunkte bilden vorliegend mithin einerseits der Zeitpunkt der Mitteilung vom 23. Juni 2017 und andererseits derjenige der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2023 (IVSTA-act. 180, 182).

6.2 Die Vorinstanz trat auf die erneute Anmeldung des Beschwerdeführers vom 15. April 2020 ein und verneinte den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2023 (IVSTA-act. 180 und 182). Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht (mehr) zu beurteilen (vgl. E. 5.5 vorstehend).

6.3 Demgegenüber hat das Gericht zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Mitteilung vom 23. Juni 2017 und der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2023 eine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist und, falls ja, wie hoch der Invaliditätsgrad ist.

7.

Die kantonale IV-Stelle stützte sich in ihrer Mitteilung vom 23. Juni 2017 hauptsächlich auf den ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik T. _____ (Deutschland) vom 2. März 2017 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 11. Januar bis 8. Februar 2017. Als Diagnose listete die Klinik eine am 14. Dezember 2016 durchgeführte Diskektomie L5/S1 links, ICD-10 M51.1, auf. Weiter berichtete die Klinik, der Beschwerdeführer habe im Nachgang zur Diskektomie ein 4-wöchiges Reha-Verfahren absolviert. Durch die verordneten Therapiemassnahmen hätten die Beschwerden verbessert werden können. Der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig entlassen worden. Nach Rekonvaleszenz und stufenweiser Wiedereingliederung wolle und könne er seiner beruflichen Tätigkeit im gleichen zeitlichen Umfang nachgehen wie bisher. Das Leistungsvermögen werde dem Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit entsprechen. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe eine Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen in allen Arbeitsorganisationen über sechs Stunden und mehr. Das körperferne Heben und Tragen schwerer Lasten sei für den Beschwerdeführer weniger geeignet (IVSTA-act. 33). Im Eingliederungsgespräch mit der kantonalen IV-Stelle vom 6. April 2017 gab der Beschwerdeführer an, er werde ab Mai 2017 wieder in seinem angestammten Pensum von 100 % arbeiten (IVSTA-act. 34).

8.

8.1 Die erneute Anmeldung vom 15. April 2020 begründete der Beschwerdeführer mit einer Operation eines Bandscheibenvorfalls L5/S1, starker Schmerzausstrahlung ins linke Bein, Kribbeln und Schwäche im linken Bein und linken Fuss sowie leichten Lähmungserscheinungen. Die gesundheitliche Beeinträchtigung bestehe seit «ungefähr Oktober 2019» (IVSTA-act. 38). Im Nachgang zur Neuanmeldung wurden namentlich die folgenden medizinischen Berichte aufgelegt bzw. eingeholt:

8.1.1 Dr. med. U. _____, Praxis für Radiologie & Nuklearmedizin, D. _____ (Deutschland) führte am 19. August 2019 ein MRT der Lendenwirbelsäule nativ durch und stellte in seinem Bericht vom gleichen Tag einen Zustand nach interlaminärer Fensterung L5/S1 links im Jahr 2016 fest. Hier zeige sich eine Rezidiv-Bandscheibenextrusion (Bandscheibenvorfall) links paramedian mit recessalem Sequester und konsekutiver Kompression der Wurzel S1 links aggraviert durch Flavumhypertrophie (Verdickung eines gelben Bandes der Wirbelsäule). Weiter zeigten sich

multisegmentale Spondylarthrosen, akzentuiert und teilweise gering aktiviert L3/S1. Ansonsten seien keine relevanten spinalen oder neuroforaminalen Stenosen vorhanden (IVSTA-act. 133 Seite 6).

8.1.2 Die behandelnde Orthopädin, Dr. med. V._____, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, der Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie, I.____ (Deutschland), diagnostizierte in ihren Berichten vom 12. und 23. August 2019 eine lumbale Bandscheibendegeneration mit Radikulopathie links (ICD-10 M51.1), eine Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden (ICD-10 M50-M51) links (ICD-10 G55.1), eine Lumboischialgie (ICD-10 M54.4) und eine rekonstruktive Operation am Rumpf (ICD-10 Z42.2, G). Eine Indikation für eine Re-Operation sei gegeben (IVSTA-act. 57 Seiten 11 und 12).

8.1.3 Im vorläufigen Arztbrief, datierend vom 8. Januar 2020, berichtete das C.____-Klinikum, D.____ (Deutschland) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 6. bis 13. Januar 2020. Diagnostiziert wurde ein nach kranial sequestrierter Bandscheibenprolaps in Höhe L5/S1 links mit narbiger Fixierung der Wurzeln L5 und S1 links. Weiter bestehe ein Zustand nach Bandscheibenvorfall-Operation L5/S1 links im Jahr 2016. Am 8. Januar 2020 sei folgende Operation erfolgt: Entfernen des Bandscheibenvorfalles und des nach kranial sequestrierten Sequesters, Ausräumen des Intervertebralraums L5/S1 und Neurolyse der Wurzeln L5 und S1 links über eine Refensterung bei L5/S1 links. Postoperativ sei es zu einer leichtgradigen Fussheberschwäche KG 4/5 links gekommen. Die präoperative Fussheberparese sei postoperativ unverändert geblieben. Es sei daraufhin ein erneutes MRT der Lendenwirbelsäule durchgeführt worden, wo sich – ausser den vorbekannten Degenerationen der Lendenwirbelsäule – keine mit dem klinischen Bild zu vereinbarenden operationsbedürftigen Befunde gezeigt hätten. Es sei eine antiödematöse Therapie mit Fortecortin eingeleitet worden, worunter die Paresen deutlich rückläufig bis sehr diskret gewesen seien. Die Schmerzsymptomatik sei ebenfalls deutlich besser. Die Mobilisation sei bis auf selbständiges Laufen auf der Stationsebene problemlos (IVSTA-act. 57 Seiten 8 und 9).

8.1.4 Vom 18. Februar bis 10. März 2020 befand sich der Beschwerdeführer in einem Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik im W.____ (Deutschland). Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 10. März 2020 zu Händen der Deutschen Rentenversicherung diagnostizierte die Klinik ein abklingendes Wurzelkompressionssyndrom L5/S1 links nach Operation des Bandscheibenvorfalles L5/S1 vom 8. Januar 2020 (Erstoperation 2016), ICD-10

M51.1, sowie ein Glaukom, ICD-10 H40.9. Die Klinik kam zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Wechselrhythmus von Sitzen, Stehen und Gehen vollschichtig durchzuführen. Ungünstig seien häufiges Heben, Halten und Tragen von Gegenständen über 10 kg sowie Tätigkeiten in häufigen oder langandauernden wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen. Aus orthopädischer Sicht könne die letzte Arbeit als Lagerist nicht mehr in vollem Umfang ausgeübt werden, sondern nur noch in einem Pensum von drei bis unter sechs Stunden. Leidensadaptierte Tätigkeiten könnten im zeitlichen Umfang von sechs Stunden und mehr verrichtet werden. Die Entlassung erfolge für drei bis vier Monate postoperativ arbeitsunfähig (IVSTA-act. 85 Seiten 10 ff.).

8.1.5 Die Hausärztin, Dr. med. P._____, von der Gemeinschaftspraxis von Dr. med. X._____, und Dr. med. Y._____, Ärzte für Allgemeinmedizin, Z._____, (Deutschland), stellte in ihrem Bericht vom 7. April 2020 den Befund einer fortbestehenden Fussheberparese links 4/5 und massiver Schmerzen. Sie diagnostizierte eine Lumboischialgie bei Bandscheibenvorfall L5/S1 (mit Zustand nach operativer Entfernung des Bandscheibenvorfalles und Neurolyse L5 und S1 links über eine Refensterung links L5/S1 am 8. Januar 2020 und persistierender Fussheberparese links 4/5) und eine chronische Pankreatitis mit chronischen Diarrhoen. Beim Beschwerdeführer stünden die Fussheberparese, die er gut kompensieren könne, und die chronischen Rückenschmerzen im Vordergrund. Eine Arbeitsfähigkeit als Speditionsleiter sei nicht mehr gegeben. Leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung seien möglich, vermieden werden sollten mittelschwere und schwere Hebe- und Tragearbeiten sowie Arbeiten über Kopf, gebückt und in Zwangshaltungen (IVSTA-act. 48 [nur Seite 2 eingereicht] und 57 Seiten 5 und 6).

8.1.6 Die RAD-Ärztin, Dr. K._____, zitierte in ihrem Bericht vom 20. Mai 2020 den Bericht von Dr. P._____ vom 7. April 2020 (E. 8.1.5 vorstehend). Sie setzte den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf den 4. Dezember 2019 fest. In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Aktuell sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen, diese sei steigerbar, längerfristig sei eine volle Arbeitsfähigkeit adaptiert zu erwarten. Angepasst seien körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne mittelschwere und schwere Hebe- und Tragearbeiten, ohne Arbeiten über Kopf sowie ohne Arbeiten gebückt oder in Zwangshaltung (IVSTA-act. 53).

8.1.7 Im Auftrag der behandelnden Orthopädin, Dr. V._____, wurde am 18. Mai 2020 ein MRT der Lendenwirbelsäule erstellt. Dr. med. Aa._____, Facharzt für Radiologie und Neuroradiologie, I._____, (Deutschland) beurteilte in seinem Bericht vom 18. Mai 2020, es zeigten sich ein links mediolateraler Rezidiv-Bandscheibenvorfall L5/S1, der nach kaudal in den Recessus umgeschlagen sei, zusätzlich kräftige links peridurale narbige Veränderungen, die von dorsal den S1-Wurzelabgang links semizirkulär umgeben, eine Wurzelreizung S1 links sei hierdurch denkbar, darüber hinaus kein anderweitiger neu sich demarkierender nervenbedrängender Prozess, jedoch zunehmend ein enges Neuroforamen L5/S1 links (IVSTA-act. 57 Seite 3).

8.1.8 Die behandelnde Orthopädin, Dr. V._____, stellte in ihren Berichten vom 29. Januar 2020 sowie 5. und 18. Mai 2020 zusätzlich zu den bereits früher erhobenen Diagnosen (vgl. E. 8.1.2) die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Bei der Verlaufskontrolle zeige sich eine unveränderte Schmerzsymptomatik. Aufgrund der Schmerzchronifizierung sei eine Reha in Q._____ sinnvoll. Der Beschwerdeführer wünsche einen konservativen Therapieversuch. Ansonsten erfolge eine nochmalige Vorstellung beim Operateur, zu denken sei an eine Spondylodese (IVSTA-act. 57 Seiten 2, 4, 7).

8.1.9 Mit Bericht vom 28. Mai 2020 diagnostizierte Dr. med. O._____, Facharzt für Orthopädie, der Praxis für Orthopädie, I._____ (Deutschland), einen erneuten Bandscheibenvorfall (zweiter Rezidivprolaps) L5/S1 links mit sensomotorischem S1-Syndrom und stellte die Indikation zu einem erneuten Eingriff (IVSTA-act. 57 Seite 1).

8.1.10 Dr. med. Bb._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie FMH, Cc._____, gab gegenüber der Krankenversicherung E._____ am 8. Juni 2020 (E._____-act. 3 Seiten 4 bis 6) eine Aktenbeurteilung und am 18. August 2020 (IVSTA-act. 64) eine Kurzbeurteilung ab. Dr. Bb._____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 18. August 2020 ein Rezidiv der Diskushernie links medial, lateral L5/S1 bei Status nach Re-Fenestrierung L5/S1 links, Neurolysen der Wurzeln L5 und S1 links am 8. Januar 2020 sowie Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links 2016. Für Arbeiten in der Spedition sei der Beschwerdeführer lebenslang arbeitsunfähig. Zudem sei er in sämtlichen, den Rücken belastenden Tätigkeiten zu 100 % eingeschränkt. Im Zeitpunkt der Berichtschreibung sei dem Beschwerdeführer keine Ersatztätigkeit zumutbar, da er weder länger

sitzen noch stehen könne. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt betrage 0 %. Dr. Bb. _____ bemerkte, es zeige sich ein schlechter Verlauf, und wies auf den MRT-Bericht vom 18. Mai 2020 (E. 8.1.7 vorstehend) hin.

8.1.11 Am 26. November 2020 wurde der Beschwerdeführer erneut operiert. Im (undatierten) Entlassungsbericht der Klinik für Wirbelsäulentherapie, Wirbelsäulenzentrum, G. _____ (Deutschland) über den stationären Aufenthalt vom 25. November bis 3. Dezember 2020 wurden die Diagnosen einer Osteochondrose L5/S1 mit Foraminalstenose links und Rezidiv-Bandscheibenvorfall links bei Zustand nach Sequestrektomie L5/S1 links 2016 und Re-Sequestrektomie L5/S1 links im Januar 2020 gestellt. Als Nebendiagnose wurde ein Glaukom beidseits erwähnt. Als Entlassungsbefunde wurden eine reizfreie und trockene Wunde, anhaltende Schmerzen dorsolateral Unterschenkel bis Fusssohle, Hypästhesien in der linken Ferse, Kraftgrade GZH links 2-3/5, FS links 4+/5 ansonsten keine Paresen aufgelistet (IVSTA-act. 78). Dem Bericht lag der Operationsbericht vom 26. November 2020 bei (IVSTA-act.79).

8.1.12 Im Bericht zu Händen der kantonalen IV-Stelle vom 5. Februar 2021 führte die Hausärztin, Dr. P. _____, aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 4. Dezember 2019 für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Aktuell leide er an starken Schmerzen, einer Fussheberparese und könne nicht länger als 15 Minuten auf den Beinen bleiben. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. P. _____ die ICD-10 Codes M51.2 (sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung), G57.2 (Mononeuropathien der unteren Extremität), F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) und G62.88 (sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien), ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ICD-10 M51.1 (lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie) und G55.1 (Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden) seit Dezember 2019, Z98.8 (sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen) seit Januar 2020, G57.3 (Läsion des Nervus fibularis [peronaeus] communis) seit März 2020 und F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) seit Januar 2021. Unter der aktuellen Schmerzmedikation erscheine eine baldige Rückkehr ins Arbeitsleben fraglich. Der Beschwerdeführer habe eine Umschulung zum Fleischbeschauer machen wollen, aber auch das sei im Moment nicht möglich. Bei positivem Verlauf sei an eine Wiedereingliederung ins Arbeitsleben frühestens 2022 zu denken. Der Beschwerdeführer habe ein humpelndes Gangbild, könne nicht

Heben oder Tragen. Er leide unter starken neuropathischen, brennenden Schmerzen, besonders bei Belastung, und könne die gleiche Position nicht länger als 15 bis 20 Minuten am Stück beibehalten. Die bisherige Tätigkeit sei ihm für weniger als drei Stunden zumutbar, wie viele Stunden er in einer leidensadaptierten Tätigkeit arbeiten könne, sei momentan nicht zu beantworten. Die Prognose zur Eingliederung sei negativ, der Beschwerdeführer habe eine dauerhafte Behinderung (IVSTA-act. 85).

8.1.13 Die RAD-Ärztin, Dr. K._____, listete in ihrem Bericht vom 15. März 2021 als neue Diagnose den Status nach Spondylodese L5/S1 am 26. November 2020 mit Spinalkanaldekompensation und Neurolyse L5 und S1 auf. Sie hielt fest, in den nächsten Monaten sei mit keinem Eingliederungspotenzial zu rechnen. Wegen neuropathischer Beinschmerzen erfolge nun die Einstellung bei einem Schmerztherapeuten. Der Gesundheitszustand sei in drei bis vier Monaten wieder zu überprüfen (IVSTA-act. 89).

8.1.14 Ab dem 4. Februar 2021 wurde der Beschwerdeführer ambulant von Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Chirurgie und Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, des Zentrums für Orthopädie, Unfallchirurgie und Schmerzmedizin, L._____, (Deutschland) schmerztherapeutisch behandelt, die Konsultationen erfolgten alle zwei bis vier Wochen. Dr. M._____ stellte im Bericht vom 21. April 2021 die bekannten Diagnosen (seit mindestens 13 Jahren bestehendes chronisches Lumboischialgie-Syndrom links mit gemischt neuropathischen und nozizeptiven Schmerzen bei Failed-Back-Surgery-Syndrom, Zustand nach Bandscheibenoperationen 2016 und 2019, zweite Revision 2020, zuletzt mit Spondylodese L5/S1). Es zeigten sich ein deutlich hinkendes Gangbild bei Fussheber- und Grosszehenheberparese, Kribbelparästhesie und Hypästhesie im L5-Dermatom sowie unter der Fusssohle links, darüber hinaus kein sensomotorisches Defizit. Der Achillessehnenreflex links sei erloschen. In der letzten Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule sei eine regelrechte Spondylodese mit harmonischer Lordose und spondylarthrotischen Veränderungen L4-S1 zu sehen. Der Befund werde in der CT-Untersuchung des lumbosakralen Übergangs vom 16. Februar 2021 bestätigt. Es habe eine ausführliche Therapieberatung stattgefunden. Es werde eine Opiatrotation durchgeführt (IVSTA-act. 119). Im Bericht zu Händen der kantonalen IV-Stelle vom 21. Dezember 2021 stellte Dr. M._____ als aktuelle medizinische Symptomatik ein persistierendes ausgeprägtes L5-Nervenwurzelreizsyndrom mit elektrisierenden, teils immobilisierenden Schmerzen, eine persistierende Fussheberschwäche links, Kraftgrad 4/5, und eine deutliche

hinzutretende psychische Belastung durch die chronische Schmerzkrankheit auf. Der Beschwerdeführer sei andauernd und permanent schmerzgeplagt. Körperliche Belastung alleine im Sinne von Sitzen oder Gehen führe zu einer deutlichen Verschlimmerung der Beschwerden. Die bisherige Tätigkeit sei aus diesem Grund nicht durchführbar. Dr. M. _____ kam zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aktuell unabhängig vom Arbeitsplatz zu 100 % arbeitsunfähig, das Wiedererlangen einer Arbeitsfähigkeit sei sehr unwahrscheinlich (IVSTA-act. 138 Seiten 2 bis 4).

8.1.15 Vom 12. bis 27. Juli 2021 befand sich der Beschwerdeführer in der stationären schmerztherapeutischen Behandlung in der H. _____, I. _____ (Deutschland). Im Bericht vom 27. Juli 2021 wurden ein chronisches Schmerzsyndrom Stadium III nach Gerbershagen, eine Failed back surgery, ein Zustand nach Sequesterektomie L5/S1 links 2016, eine Re-Sequesterektomie L5/S1 links im Januar 2020, ein Zustand nach PLIF-Spondylodese L5/S1 mit PLIF von links im November 2020, neuropathische Schmerzen linke untere Extremität, persistierendes sensomotorisches Defizit L5/S1 links, ein Glaukom beidseits und eine Unterfunktion der Bauchspeicheldrüse diagnostiziert. Die Klinik führte beim Beschwerdeführer eine multimodale Schmerztherapie durch, der Beschwerdeführer sei neurologisch, psychosomatisch und schmerztherapeutisch untersucht worden. Bei manifester Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Arbeitsfähigkeit, bestehender Medikamentenabhängigkeit bzw. einem Fehlgebrauch, einer gravierenden psychischen Begleiterkrankung sowie einer gravierenden somatischen Begleiterkrankung habe die Aufnahme zwingend stationär erfolgen müssen. Dem Beschwerdeführer sei dringend geraten worden, die vom Psychologen empfohlene kognitive Verhaltenstherapie bald anzugehen (IVSTA-act. 100).

8.1.16 Dr. med. Dd. _____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, diagnostizierte nach der Erstvorstellung des Beschwerdeführers am 4. August 2021 in seinem Bericht vom 5. August 2021 an die Hausärztin, Dr. P. _____, eine chronische Schmerzerkrankung mit körperlichen und seelischen Faktoren, eine Depression und eine Dysthymie. Aus psychiatrischer Sicht scheine derzeit eine «längerfristige Betreuung sinnvoll/möglich» (IVSTA-act. 102). Im Arztbericht an die kantonale IV-Stelle vom 28. Dezember 2021 berichtete Dr. Dd. _____, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 4. August 2021, ambulante Termine fänden im Abstand von etwa sechs Wochen statt. Es fehle dem Beschwerdeführer an einer sinnstiftenden Tätigkeit. Er leide an einem depressiv-somatischen Syndrom, mittelschwer ausgeprägt. Als psychiatrische Diagnosen listete er

ICD-10 F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren), F32.9 (depressive Störung; Verdachtsdiagnose) und F34.1 (Dysthymie) auf. Die Arbeitsunfähigkeit sei nicht von ihm attestiert worden. Die Prognose betreffend Arbeitsfähigkeit sei unsicher/offen, die Tendenz negativ. Der Eingliederung stünden die Depressivität, die mangelnde Mitwirkungsfähigkeit und ein fixiertes (...) Schonverhalten im Wege. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit verwies Dr. Dd._____ auf den Bericht der Fachklinik J._____ (vgl. E. 8.1.17 nachstehend) (IVSTA-act. 135).

8.1.17 Vom 14. September bis 12. Oktober 2021 befand sich der Beschwerdeführer in der Fachklinik J._____ in J._____ (Deutschland) in der stationären Rehabilitation. Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 12. Oktober 2021 wurde ein chronifiziertes Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.1) nach dreifacher Operation der Lendenwirbelsäule, zuletzt instrumentierte Spondylodese L5/S1 am 26. November 2020 (ICD-10 Z98.8) bei rezidivierenden Bandscheibenvorfällen L5/S1 mit Radikulopathie (ICD-10 M51.1) diagnostiziert. Des Weiteren bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2). Unter Vermeidung einseitiger Körperhaltungen, häufigem Bücken sowie häufigem Heben und Tragen von schweren Lasten sei von einer vollschichtigen Leistungsfähigkeit für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen. Für die bisherige Tätigkeit bestehe nur noch ein Leistungsvermögen von unter drei Stunden. Der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig entlassen worden. Hierbei habe die psychische Situation eine massgebliche Rolle gespielt. Gemäss der Klinik sei der Beschwerdeführer mit der Einschätzung seiner beruflichen Leistungsfähigkeit einverstanden (IVSTA-act. 132 Seite 13 ff.).

8.1.18 Demgegenüber merkte die Hausärztin, Dr. P._____, auf dem Entlassungsbericht der Fachklinik J._____ schriftlich an, sie stimme dieser Einschätzung nicht zu, sie hätte Widerspruch eingelegt, die Einschätzung sei jedoch nicht widerrufen worden (IVSTA-act. 132 Seite 14). Das Schreiben von Dr. P._____ an die Fachklinik J._____ datiert vom 28. Oktober 2021. Dr. P._____ hielt fest, die grössten Probleme beim Beschwerdeführer seien die Fussheberparese und die chronischen massiven Schmerzen. Der Beschwerdeführer sei unter Medikamenten in der Lage, maximal 15 Minuten im Sitzen, Stehen oder Gehen zu verbringen, Hebe- und Tragearbeiten seien nicht möglich. Es sei nicht nachvollziehbar, wie die Fachklinik J._____ zu der Einschätzung komme, der Beschwerdeführer sei für leichte Arbeiten einsetzbar. Der behandelnde Orthopäde

(Dr. O. _____) teile ihre Einschätzung (IVSTA-act. 132 Seite 11). Dr. P. _____ legte ihrem Schreiben vom 28. Oktober 2021 den Bericht von Dr. O. _____ vom 26. Oktober 2021 bei, worin er festhält, der Beschwerdeführer sei nur schon auf Grund der Depression nicht erwerbsfähig. Der Grad der Behinderung müsse angepasst werden, eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit sei aus seiner Sicht zu gewähren (IVSTA-act. 132 Seite 12).

8.1.19 Im Verlaufsbericht für die Zeit ab 5. Februar 2021 berichtete Dr. P. _____ am 17. Dezember 2021, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Der Beschwerdeführer leide seit Juli 2021 an einer mittelgradigen Depression und chronischen Schmerzen. Er sei austherapiert, erhalte regelmässig Physiotherapie, benötige ständig Opiate. Er sei arbeitsunfähig, könne maximal 20 bis 30 Minuten in der gleichen Position verbringen und habe massive Konzentrationsstörungen (IVSTA-act. 132 Seiten 2 ff.).

8.1.20 Aufgrund von hämmernden, bifronto-temporalen Kopfschmerzen mit Phono-/Photophobie und Übelkeit stellte sich der Beschwerdeführer am 15. Oktober 2021 bei Dr. med. Ee. _____, Neurologe, Psychiater, Psychotherapeut, und Dr. med. Ff. _____, Fachärztin für Neurologie, Gg. _____ (Österreich) vor. Es wurde unter anderem die Diagnose von Cephalgien mit migränösem Charakter gestellt und die Bedarfsmedikation bezüglich der Kopfschmerzen verschrieben (IVSTA-act. 117).

8.1.21 Dr. O. _____ führte in seinem Bericht für die kantonale IV-Stelle vom 22. Dezember 2021 aus, der Beschwerdeführer leide an einem Postnukleotomiesyndrom (persistierenden Schmerzen im Rücken- und Beinbereich nach Bandscheibenoperationen), an chronischen Schmerzen (ICD-10 F45.41) und einer Depression. Der Beschwerdeführer sei auf Zeit nicht arbeits- bzw. erwerbsfähig. Es sei eine weitere schmerztherapeutische bzw. psychiatrische Betreuung nötig. Dem Beschwerdeführer sei keine Belastbarkeit der Wirbelsäule, kein längeres Gehen und Stehen, kein dauerhaftes Sitzen und keine Stressbelastung zumutbar. Momentan sei der Beschwerdeführer aufgrund der psychischen Verfassung und der Schmerzen nicht eingliederungsfähig (IVSTA-act. 133 Seiten 2 ff.).

8.1.22 Die RAD-Ärztin, Dr. K. _____, nahm am 3. Februar 2022 eine weitere medizinische Einschätzung vor. In Würdigung der ihr vorliegenden Akten kam sie zum Schluss, es gehe um ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vor allem im linken Bein nach drei Rückenoperationen. Es werde ein

neuropathisches Schmerzsyndrom erwähnt. Zusätzlich bestehe eine leichte Lähmung der Fusshebung links. Im Bericht der Fachklinik J._____ würden erhebliche funktionelle Einschränkungen bezüglich der körperlichen Belastbarkeit bzw. der Rückenbelastbarkeit erwähnt. Zusätzlich werde eine psychiatrische Problematik genannt, die Diagnosen seien aber nicht ganz klar. Einmal sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode (gemäss Bericht Fachklinik J._____ im Oktober 2021) die Rede, der behandelnde Psychiater, Dr. Dd._____, stelle die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer nicht näher bezeichneten depressiven Episode und einer Dysthymie. Zusätzlich gebe es Widersprüche bezüglich der Belastbarkeit. Die Fachklinik J._____ halte eine adaptierte Tätigkeit für vollschichtig zumutbar, die Hausärztin (Dr. P._____) und der Schmerztherapeut (Dr. M._____) sähen keine Arbeitsfähigkeit mehr. Aus dem letzten Bericht von Dr. M._____ vom Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Schmerzmedizin vom 21. Dezember 2021 lasse sich entnehmen, dass die Medikamenteneinstellung noch nicht zufriedenstellend abgeschlossen sei. Aufgrund der widersprüchlichen Akten werde wahrscheinlich eine vertiefte medizinische Abklärung erforderlich werden. Allerdings solle abgewartet werden, ob eine zufriedenstellende Medikamenteneinstellung in den nächsten Wochen gelinge. Ein entsprechender Verlaufsbericht im Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Schmerzmedizin sei Ende März 2022 einzuholen (IVSTA-act. 141).

8.1.23 Am 12. April 2022 berichtete Dr. M._____ auf Anfrage der kantonalen IV-Stelle, die Medikamenteneinstellung habe nicht abgeschlossen werden können, weil die Kostenübernahme für das Medikament Dronabinol von der Krankenkasse nicht erteilt worden sei. Ansonsten gebe es keine Veränderungen seit dem letzten Bericht (IVSTA-act. 142).

8.2

8.2.1 Im polydisziplinären Gutachten der SMAB AG vom 19. Oktober 2022, basierend auf den Untersuchungen vom 3. und 9. August 2022 in den Fachdisziplinen Orthopädie/Traumatologie, Allgemeine/Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie, stellten die Gutachter in der Konsensbeurteilung folgende Diagnosen (IVSTA-act. 165 Seite 8):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule

- Status nach dreimaliger Operation, letztendlich Spondylodese L5/S1
- Verdacht auf residuelle Wurzelschädigung L5/S1 links
- partiell motorisches Ausfallsyndrom L5 und fraglich S1 links sowie einem fraglich pluriradikulären sensiblen Ausfallsyndrom L4, L5, S1
- ohne Auffälligkeiten der paravertebralen Muskulatur
- ohne signifikante Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule

2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Pankreasinsuffizienz mit unklarer Ätiologie
2. Status nach Gallenoperation 2018
3. Fraglicher Analgetika-induzierter Kopfschmerz
4. Dysthymie (ICD-10: F34.1)

8.2.2 Im orthopädisch/traumatologischen Teilgutachten (IVSTA-act. 165 Seiten 27 ff.) diagnostizierte der fallführende Gutachter, Dr. med. Hh._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Facharzt für Chirurgie, mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule (Status nach dreimaliger Operation, letztendlich Spondylodese L5/S1, Verdacht auf residuelle Wurzelschädigung L5/S1 links, ohne Auffälligkeiten der paravertebralen Muskulatur, ohne signifikante Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule). In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aufgrund von Schmerzen, vermehrten Pausenzeiten und verminderter Effektivität zu 50 % arbeitsunfähig. In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Leidensadaptiert sei eine körperlich nur leichte Tätigkeit, überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel, ohne Gerüst- und Leitertätigkeiten, ohne häufiges Treppesteigen, ohne Zwangshaltungen für die Wirbelsäule.

Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem 4. Dezember 2019. Spätestens ab 1. Februar 2021 sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit gemäss Belastungsprofil auszugehen.

Eine Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum 23. Juni 2017 sei aufgrund der Rückenoperationen am 8. Januar 2020 und 26. November 2020 seit dem 4. Dezember 2019 nachgewiesen.

8.2.3 Der internistische Gutachter, Dr. med. li. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hämatologie, stellte in seinem Teilgutachten (IVSTA-act. 165 Seiten 44 ff.) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien eine Pankreasinsuffizienz mit unklarer Ätiologie und der Status nach Gallenoperation 2018. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 %. Aus internistischer Sicht seien schwere und schwerste körperliche Tätigkeiten aufgrund des progredienten Gewichtsverlustes nur eingeschränkt möglich. Eine Toilette sollte sich in jedem Fall in der Nähe des Arbeitsplatzes befinden.

8.2.4 Im neurologischen Teilgutachten (IVSTA-act. 165 Seiten 56 ff.) stellte Dr. med. Jj. _____, Facharzt für Neurologie, die Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit einer chronischen Lumbago bei einem Postnukleotomiesyndrom mit einem pluriradikulären Reizsyndrom L5 und S1 links und einem partiell motorischen Ausfallsyndrom L5 und fraglich S1 links sowie einem fraglich pluriradikulären sensiblen Ausfallsyndrom L4, L5, S1 sowie eines Zustands nach dreifacher Operation der Lendenwirbelsäule mit Diskektomie L5-S1 im Dezember 2016, Entfernung eines sequestrierten Bandscheibenvorfalles L5-S1 im Januar 2020 und Spondylodese L5-S1 im November 2020. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit sei ein fraglicher analgetika-induzierter Kopfschmerz.

Für die bisherige Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %. Aus dem partiell motorischen Ausfallsyndrom L5 und fraglich S1 mit Paresen für die Fusshebung und Fussenkung und den rezidivierenden lumbalen und lumboschialgiformen Schmerzen resultierten vermehrte Pausenzeiten und eine verminderte Effektivität.

Eine leidensadaptierte Tätigkeit könne zu 100 % ausgeübt werden. Leidensadaptiert seien leichte Tätigkeiten wechselpositionell, in vorwiegend sitzender Position und bei gegebener Möglichkeit des wahlweisen Körperpositionswechsels und unter Vermeidung einseitiger Körperhaltungen, nicht erforderlichem Bücken und ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten sowie im Stehen und Gehen auf ebenem Untergrund, ohne Steigen von Treppen, auf Leitern oder Gerüsten.

Eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten habe ab Dezember 2019 bestanden. Für den Zeitraum nach der dritten Operation im November 2020 bis zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Oktober 2021 durch die Fachklinik J._____ seien ein persistierendes sensomotorisches Defizit und weiterhin bestehende Schmerzen trotz ausgebauter medikamentöser Schmerztherapie dokumentiert, was heisse, dass auch für diesen postoperativen Zeitraum noch keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Nach entsprechender Rehabilitation sei «spätestens ab 01.01.2021» von dem oben dargestellten Belastungsprofil auszugehen. Bis zu diesem Zeitpunkt könne die Arbeitsunfähigkeit, so wie sie attestiert worden sei, begründet werden.

Der neurologische Gutachter geht aufgrund des Wiederauftretens der lumboradikulären Symptomatik gemäss MRT vom 19. August 2019 von einem im Vergleich zum 23. Juni 2017 veränderten Gesundheitszustand aus.

8.2.5 Im psychiatrischen Teilgutachten (IVSTA-act. 165 Seiten 74 ff.) diagnostizierte Dr. Kk._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neurologie, (mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und (ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit) eine Dysthymie (ICD-10 F34.1).

In seiner bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 20 % eingeschränkt, in einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 100 %. Aus psychiatrischer Sicht sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer leichte Beeinträchtigungen im Bereich der Stress- und Frustrationstoleranz, in der Umstellungsfähigkeit und bei der Arbeit unter Zeitdruck habe.

Psychiatrisch fehlten die notwendigen Befunde, die eine klare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit rückwirkend zuliesse. Ab dem Befundbericht des behandelnden Psychiaters vom Dezember 2021 lasse sich eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für eine psychisch angepasste Tätigkeit nachvollziehen. Ab dem Untersuchungstermin (9. August 2022) sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für eine dem Belastungsprofil angepasste Tätigkeit auszugehen.

Eine regelmässige Einnahme der Medikation von Duloxetin und eine gezielte Psychotherapie könnten zur besseren Schmerzbewältigung und zur Besserung der Arbeitsfähigkeit führen. Eine genauere Prognose

diesbezüglich sei nicht seriös möglich, daher empfehle sich eine psychiatrische Re-Evaluation in einem Jahr.

Im psychiatrischen Fachgebiet habe sich eine Veränderung der Gesundheitssituation gegenüber dem 23. Juni 2017 ergeben, indem sich eine depressive Störung und zusätzlich eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren entwickelt hätten. Die Veränderung lasse sich ab dem ersten Besuch beim Psychiater im August 2021 nachvollziehen.

8.2.6 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung; Seiten 5 ff. des Gutachtens) führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer gebe gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen an. Dies könne vor dem Hintergrund der klinisch zu objektivierenden Befunde nicht nachvollzogen werden. Die klinischen Befunde entsprächen nicht der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerdesymptomatik, es fänden sich keine Hinweise für eine aktuelle Wurzelreizsymptomatik. Die im Dossier als sehr prägend beschriebene Fussheberparese habe anlässlich der vorliegenden Untersuchung nicht objektiviert werden können, allenfalls in sehr geringem Umfang und klinisch nicht relevant. Die Muskulatur des linken Oberschenkels sei seitengleich, dies als Hinweis für eine seitengleiche Benutzung und Funktion der Beine, die Muskulatur des linken Unterschenkels sei geringgradig im Seitenvergleich vermindert als Ausdruck einer möglichen residuellen Wurzelschädigung L5/S1 links, die Muskellinderung bestehe jedoch in einem nur sehr geringen Ausmass. Die vom Beschwerdeführer selber angegebene Schwellneigung des linken Fusses, die er mit Handyfotos anlässlich der Begutachtung belegte, habe im Rahmen der klinischen Untersuchung trotz des langen Anfahrtsweges von sechs Stunden mit dem Auto nicht nachvollzogen werden können.

In der Gesamtschau bestünden nachvollziehbare Gesundheitsschäden im Sinne eines möglichen persistierenden Wurzelschadens L5/S1 links, jedoch nicht in dem vom Beschwerdeführer dargelegten Ausmass und der dargelegten Intensität. Unter diesen Aspekten sei die Indikation des Fentanylpflasters und der vom Beschwerdeführer angegebenen sehr hohen Dosierung von Ibuprofen mit 1200 mg am Untersuchungstag nicht nachzuvollziehen. Ausweislich der Laboruntersuchung bestehe kein ausreichender Plasmaspiegel des Fentanyl, insofern erkläre sich auch die vom Beschwerdeführer angegebene fehlende Wirkung. Unter der Nachweisbar-

keitsgrenze hätten auch die Plasmaspiegel von Duloxetin und Ibuprofen gelegen (Seite 6).

Die vom Beschwerdeführer beklagten Symptome und Funktionseinbußen seien nicht zu objektivieren und auf orthopädisch-traumatologischem Gebiet nicht plausibel (Seite 6). In der klinisch neurologischen Untersuchung zeigten sich ebenfalls erhebliche Diskrepanzen bei den Kraftgradprüfungen im Stehen und Gehen einerseits und in liegender Position andererseits. Es sei von einer erheblichen Mangelinnervation auszugehen. Bei diskreter Einschränkung des Fersenganges links könne somit von einer latenten Fussheberparese links ausgegangen werden. Die linksseitige Abschwächung des Achillessehnenreflexes sei am ehesten Ausdruck einer partiellen S1-Affektion links. Somit müsse motorisch von einer latenten L5- und S1-Affektion ausgegangen werden. Das angegebene Sensibilitätsausfallmuster entspreche keiner isoliert radikulären oder distal peripher sensiblen Zuordenbarkeit. Es bestehe die Möglichkeit eines differentialdiagnostisch in Erwägung zu ziehenden partiell sensiblen pluriradikulären Ausfallsyndroms von L4 bis S1. Es zeigten sich klinisch keine Inaktivitätsatrophien im Bereich des linken Beines. Somit seien die demonstrierten motorischen Ausfälle in liegender Position wie auch das angegebene sensible Defizit neurologisch nicht sicher erklärbar (Seite 7).

Bei einem Psychiater sei der Beschwerdeführer erstmals am 4. August 2021 vorstellig geworden. Eine Psychotherapie sei jedoch nicht etabliert, der Beschwerdeführer habe sich auf die Pharmakotherapie verlassen. Die empfohlene pharmakologische Behandlung habe einen Effekt im Bereich der Stimmungsregulation gezeigt, wie es auch bei der Erhebung des psychopathologischen Befundes feststellbar gewesen sei. Der nicht nachweisbare Serumspiegel von Duloxetin spreche für eine Besserung der depressiven Symptomatik, mittlerweile auch ohne einen effektiven Spiegel von Duloxetin. Eine spezielle schmerzmodulierende Verhaltenstherapie sei nicht erfolgt. Ohne eine solche Therapie könne der Beschwerdeführer keine adäquaten Bewältigungsstrategien entwickeln (Seite 7).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit kamen die Gutachter zum Ergebnis, in der bisherigen Tätigkeit als Speditionsleiter/Lagerleiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Einschränkung ergebe sich daraus, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit manchmal schwere und selten sehr schwere Lasten habe tragen müssen, was ihm nicht mehr zumutbar sei. Zudem benötige er aufgrund der Schmerzen mehr Pausenzeiten und erziele eine geringere Effektivität. In einer optimal angepassten

Tätigkeit bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Optimal angepasst seien leichte Tätigkeiten wechselpositionell, vorwiegend in sitzender Haltung, und der gegebenen Möglichkeit des wahlweisen Körperpositionswechsels und unter Vermeidung einseitiger Körperhaltungen, ohne Bücken und ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, mit Stehen und Gehen auf ebenem Grund, ohne Steigen von Treppen, auf Leitern oder Gerüsten. Aus psychiatrischer Sicht solle bei einer Tätigkeit berücksichtigt werden, dass der Beschwerdeführer leichte Beeinträchtigungen habe im Bereich der Stress- und Frustrationstoleranz, der Umstellungsfähigkeit und beim Arbeiten unter Zeitdruck (Seiten 8 und 9).

Gemäss den Gutachtern ist von einer Arbeitsunfähigkeit seit dem 4. Dezember 2019 auszugehen. Danach seien zwei Operationen gefolgt (8. Januar 2020 und 26. November 2020). Nach entsprechender Rehabilitation sei spätestens ab 1. Februar 2021 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszugehen (Seite 10). Aus psychiatrischer Sicht fehlten die notwendigen Befunde, um eine klare rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornehmen zu können. Ab Befundbericht des behandelnden Psychiaters, Dr. Dd._____, im Dezember 2021 könne eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer psychisch angepassten Tätigkeit nachvollzogen werden, ab Begutachtungszeitpunkt (9. August 2022) bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne aus psychiatrischer Sicht relevant verbessert werden, bei regelmässiger Einnahme von Duloxetin und mit einer gezielten Psychotherapie (Seite 11).

Die Gutachter bejahten aufgrund der Bandscheibenoperation am 8. Januar 2020 und der Rezidiv-Operation am 26. November 2020 sowie der entwickelten depressiven Störung und der Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum 23. Juni 2017 (Seite 12).

8.3 Die RAD-Ärztin, Dr. K._____, führte in ihrer Stellungnahme vom 19. November 2022 aus, es könne auf das polydisziplinäre Gutachten der SMAB AG vom 19. Oktober 2022 abgestellt werden. Das Gutachten sei ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar (IVSTA-act. 170).

8.4 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer weitere Berichte ein:

8.4.1 Dr. M. _____ stellte in seinem Bericht vom 9. Juni 2022 die bekannten Diagnosen. Er machte Ausführungen zum Versuch einer Umstellung der Opiattherapie und kam zum Schluss, er unterstütze den Antrag des Beschwerdeführers auf Zusage der Kostenübernahme einer Cannabinoid-Therapie mit Dronabinol zur Nacht. Dieser Bericht lag den Gutachtern vor (IVSTA-act. 165 Seite 96 f.; BVGer-act. 1 Beilage).

8.4.2 Das Versorgungsamt G. _____ (Deutschland) stellte mit Bescheid vom 12. Juli 2021 beim Beschwerdeführer ab 22. Februar 2021 einen Grad der Behinderung von 40 fest, dies gestützt auf die Diagnosen eines chronischen Schmerzsyndroms, einer Teillähmung des Wadenbeinnervs links, einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, eines operierten Bandscheibenschadens, einer Versteifung von Wirbelsäulen-Abschnitten und einer Funktionsbehinderung der Bauchspeicheldrüse (BVGer-act.1 Beilage).

8.4.3 Mit Beschwerde und Replik ebenfalls eingereicht wurden die beiden bekannten und den Gutachtern vorliegenden Berichte der Fachklinik J. _____ (IVSTA-act. 132 Seiten 13 ff.; BVGer-act. 1 Beilage) und der Bericht von Dr. O. _____ vom 26. Oktober 2021 (IVSTA-act. 132 Seite 12; BVGer-act. 10 Beilage).

8.4.4 Mit der Replik reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht seiner Hausärztin vom 30. Juni 2023 ein (BVGer-act. 10 Beilage).

8.4.5 Mit unaufgeforderter Eingabe vom 25. Oktober 2023 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht der Fachklinik Q. _____, interdisziplinäres Schmerzzentrum, R. _____ (Deutschland), über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 20. September bis 18. Oktober 2023 zu den Akten (BVGer-act. 14 Beilage).

8.4.6 In der unaufgeforderten Eingabe vom 26. Februar 2024 gab der Beschwerdeführer dem Gericht Kenntnis über den Erhalt des Schwerbehindertenausweises, gültig ab 19. Dezember 2023, ausgestellt am 16. Februar 2024 durch das Versorgungsamt in G. _____ (Deutschland) und gestützt auf einen Grad der Behinderung von 50 (BVGer-act. 16 Beilage).

9.

9.1 Der Beschwerdeführer arbeitete nach der operativen Behandlung des Bandscheibenvorfalles am 14. Dezember 2016 (Diskektomie L5/S1 links; IVSTA-act. 33) ab Mai 2017 wieder in einem Pensum von 100 % bei der gleichen Arbeitgeberin und in der gleichen Tätigkeit und Funktion wie vor

der Operation vom 14. Dezember 2016 (IVSTA-act. 34). Entsprechend wurde das Rentenleistungsbegehren vom 2. Januar 2017 am 23. Juni 2017 abgewiesen (IVSTA-act. 37). Ab dem 4. Dezember 2019 war der Beschwerdeführer wiederum zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (E. _____-act. 2 Seiten 5, 7 - 9). Das erneute Rentenleistungsbegehren vom 15. April 2020 begründete der Beschwerdeführer mit einem neu aufgetretenen Bandscheibenvorfall wiederum auf Höhe L5/S1, der am 8. Januar 2020 operativ behandelt worden sei (IVSTA-act. 38 und 57 Seite 8 f.). Bei dieser Ausgangslage ist von einem wesentlichen Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit zwischen Mai 2017 und Dezember 2019 auszugehen, sodass eine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab Dezember 2019 – trotz vergleichbarem Gesundheitsschaden – einen neuen Versicherungsfall darstellt (vgl. E. 5.7 vorstehend). Zu klären bleibt damit, ob die neue Befundlage ab 4. Dezember 2019 tatsächlich eine rentenwirksame Sachverhaltsänderung darstellt (vgl. allgemein: BGE 141 V 9 E. 5.2; Urteil des BGer 8C_248/2017 vom 24. Mai 2018 E. 4.3; Urteil des BVGer C-6399/2020 vom 27. August 2024 E. 8.3).

9.2 Die Vorinstanz ging in ihrer Verfügung vom 9. Februar 2023 insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der SMAB AG vom 19. Oktober 2022 davon aus, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Teamleiter in der Spedition ganztags mit einer Leistungseinschränkung von 50 % aufgrund vermehrter Pausenzeiten und einer verminderten Effektivität arbeitsfähig sei. In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. In Frage kämen aus somatischer Sicht körperlich leichte Tätigkeiten, die überwiegend sitzend ausgeübt werden mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel. Der Einkommensvergleich der Vorinstanz ergab einen rentenaus-schliessenden Invaliditätsgrad von 8 %, entsprechend wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren ab (IVSTA-act. 180, 182).

9.3 Der Beschwerdeführer ist mit dieser Einschätzung nicht einverstanden und beantragt sinngemäss eine ganze Invalidenrente. In seiner Beschwerde vom 3. März 2023 wies er darauf hin, er könne seinen Beruf als Kommissionschef und Logistiker nicht mehr ausüben, da diese Tätigkeit einen hohen Zeit- und Leistungsanspruch, eine hohe körperliche Belastung sowie starke Anforderungen an das Merk-, Konzentrations- und Reaktionsvermögen erfordere. Das Heben und Tragen von schweren Lasten sowie das Arbeiten in der Kälte beanspruchten den Körper «arg». Dies alles sei in seinem körperlichen Zustand nicht mehr leistbar. Seine Schmerzen seien so stark, dass er den Tag nur mit starken Opiaten überstehen könne,

die starke Nebenwirkungen zeigten. Das Duschen, Anziehen und Laufen seien grosse Kraftakte für ihn und kosteten ihn «wahnsinnige Energie» (BVGer-act. 1). In seiner Replik vom 5. Juli 2023 führte der Beschwerdeführer aus, aufgrund der Nervenschädigung und der Spondylodese seiner Wirbelsäule im Bereich L5/S1 sei er in seiner Beweglichkeit und Aktivität «mächtig eingeschränkt». Überdies leide er an «täglich hohen, intensiven, chronischen Schmerzen». Bei der Begutachtung in Bern sei er unter «doppelter Medikation» gestanden und deshalb «nicht ganz bei [sich] gewesen» (BVGer-act. 10). In der Eingabe vom 25. Oktober 2023 verwies der Beschwerdeführer auf den Bericht der Fachklinik Q._____, in der er vom 20. September bis 18. Oktober 2023 stationär behandelt worden ist. Er vertrat die Ansicht, ein Bericht von Ärzten, die ihn während vier Wochen «unter ständiger Beobachtung» gehabt hätten, sei aussagekräftiger als eine kurze gutachterliche Untersuchung (BVGer-act. 14). Rügen zum psychiatrischen Teilgutachten brachte er nicht vor.

9.4 Demgegenüber hielt die Vorinstanz an der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2023 fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde sowie die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. In ihrer Vernehmlassung vom 6. Juni 2023, mit der sie auf die Ausführungen der kantonalen IV-Stelle vom 2. Juni 2023 und diese wiederum auf die Stellungnahme des Fachbereichs IV-Renten der kantonalen IV-Stelle vom 17. Mai 2023 (IV-STA-act. 183) verwies, begründete die Vorinstanz, aus der Beschwerde würde sich kein wesentlich neuer Sachverhalt ergeben, welcher in der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden sei. Auch aus dem Entscheid des Versorgungsamtes G.____ (Deutschland) vom 12. Juli 2021 würden sich keine neuen Aspekte ergeben, die Zweifel am Gutachten der SMAB AG erwecken könnten, da insbesondere dieselben Gesundheitsstörungen erwähnt seien. Der durch das Versorgungsamt festgestellte Grad der Behinderung sei für die eidgenössische Invalidenversicherung nicht bindend (BVGer-act. 8).

10.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob das der Verfügung vom 9. Februar 2023 zugrundeliegende Gutachten der SMAB AG inhaltlich zu überzeugen vermag bzw. ob konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

10.1 Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten der SMAB AG vom 19. Oktober 2022 wurde durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Orthopädie/Traumatologie,

Allgemeine/Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie erstellt. Es basiert auf eingehenden, persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers am 3. und 9. August 2022 und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben (vgl. «Anhang 1», IVSTA-act, 165 Seiten 15 bis 26).

10.2 Der Beschwerdeführer fokussiert sich in seiner Beschwerde auf seine somatischen Leiden. Entsprechend übt er keine Kritik am psychiatrischen Teilgutachten. In somatischer Hinsicht bringt er insbesondere vor, die Gutachter würden die geklagten Beschwerden nicht adäquat berücksichtigen, sein körperlicher Zustand lasse eine Arbeit nicht zu. Seine Tätigkeit als Kommissionschef und Logistiker würde eine hohe körperliche Belastung darstellen. Das Heben und Tragen schwerer Lasten sowie das Arbeiten in der Kälte forderten den Körper stark.

10.2.1 Wenn sich der Beschwerdeführer einzig auf seine Leistungsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit beruft, verkennt er, dass für die Prüfung des Anspruchs auf IV-Leistungen nicht alleine die Arbeitsfähigkeit in seiner bisher ausgeübten Tätigkeit ausschlaggebend ist, sondern abgeklärt wird, welche Tätigkeiten ihm mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch zumutbar sind (vgl. Art. 7 ATSG). Gemäss dem von den Gutachtern interdisziplinär erarbeiteten Belastungsprofil ist der Beschwerdeführer in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten auszuüben, dies überwiegend im Sitzen, mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel. Gerüst- und Leitertätigkeiten, häufiges Treppensteigen und Zwangshaltungen für die Wirbelsäule seien zu vermeiden (vgl. IVSTA-act. 165 Seite 10). Mit der Einschränkung auf leichte Tätigkeiten wird der Einwand des Beschwerdeführers, er könne keine schweren Lasten mehr heben und tragen, berücksichtigt. Auch halten die Gutachter den Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit nur noch zu 50 % arbeitsfähig und tragen somit den Schmerzen, die vermehrte Pausenzeiten erforderlich machen, sowie der verminderten Effektivität Rechnung. Nur für an das Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten attestieren die Gutachter dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

10.2.2 Des Weiteren haben die Gutachter die vom Beschwerdeführer geklagten somatischen Beschwerden in ihre Beurteilung einbezogen. Die Gutachter der Orthopädie/Traumatologie, Allgemeine Innere Medizin und Neurologie listen die geklagten Leiden (chronische Rückenschmerzen, die ins linke Bein ziehen, Beschwerden im linken Fuss) jeweils unter «Jetziges Leiden/Aktuelle Beschwerden» auf (vgl. IVSTA-act. 165 Seiten 29, 46, 58).

Das orthopädisch/traumatologische Teilgutachten anerkennt nachvollziehbare Gesundheitsschäden, jedoch nicht in dem vom Beschwerdeführer dargelegten Ausmass und der dargelegten Intensität. Gemäss Ausführungen im Gutachten seien die vom Beschwerdeführer beklagten Symptome und Funktionseinbussen (Schmerzen des linken Beines respektive des linken Fusses sowie Schmerzmedikation, die zu entsprechender Müdigkeit und Konzentrationsstörungen führten und gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen bewirkten) nicht zu objektivieren und auf orthopädisch-traumatologischem Gebiet nicht plausibel. Obwohl der Beschwerdeführer und seine Hausärztin gesagt hätten, der Beschwerdeführer könne maximal 15 Minuten in einer Position verharren, sei er in der Lage gewesen, während der ganzen Exploration (von 13 bis 14.15 Uhr; IVSTA-act. 165 Seite 27) praktisch ohne Auffälligkeiten und ruhig auf dem Besucherstuhl zu sitzen. Bei den ersichtlichen Spontanbewegungen hätten sich keine wesentlichen Funktionseinschränkungen gezeigt, nur wenige Funktionsbeeinträchtigungen des linken Unterschenkels seien nachvollziehbar durch eine geringgradige Muskelminderung bei seitengleicher Muskulatur der Oberschenkel. Bewegungseinschränkungen der Lendenwirbelsäule und der Wirbelsäule seien nicht nachzuvollziehen, des Weiteren seien keine Auffälligkeiten der paravertebralen Muskulatur ersichtlich. Die Wirbelsäulenmuskulatur sei gut balanciert und entfaltbar (IVSTA-act. 165 Seiten 36 und 37).

Auch im neurologischen Teilgutachten hält der Gutachter fest, die angegebenen Beschwerden und das Verhalten während der Untersuchung seien nicht konsistent und in Bezug auf die Alltagsaktivitäten, auf die Akten und auf die aktuell durchgeführten Untersuchungen nicht vollumfänglich nachvollziehbar. Die Begutachtungsexploration über den Zeitraum von etwa einer Stunde sei ohne Hinweis auf alternierende Schmerzen möglich gewesen und habe nicht schmerzbedingt unterbrochen werden müssen. In der klinisch neurologischen Untersuchung hätten sich erhebliche Diskrepanzen bei den Kraftgradprüfungen im Stehen und Gehen einerseits und in liegender Position andererseits gezeigt. Es sei von einer erheblichen funktionellen Mangelinnervation (unzureichende oder mangelhafte Versorgung von Muskeln mit Nervenimpulsen) auszugehen. Bei diskreter Einschränkung des Fersenganges links könne somit von einer latenten Fussheberparese links ausgegangen werden. Die linksseitige Abschwächung des Achillessehnenreflexes sei am ehesten Ausdruck einer partiellen S1-Affektion links. Somit müsse motorisch von einer latenten L5- und S1-Affektion ausgegangen werden. Differentialdiagnostisch sei ein partiell sensibles pluriradikuläres Ausfallsyndrom von L4 bis S1 in Erwägung zu ziehen.

Klinisch zeigten sich keine Inaktivitätsatrophien im Bereich des linken Beines. Somit seien die demonstrierten motorischen Ausfälle in liegender Position wie auch das angegebene sensible Defizit neurologisch nicht sicher erklärbar (IVSTA-act. 165 Seiten 64 und 65).

Im internistischen Teilgutachten berichtet der Gutachter, es bestehe kein Hinweis auf Aggravation oder Simulation. Die Untersuchung habe nicht unterbrochen werden müssen, Anamnese und Untersuchung hätten ohne Äusserung von Problemen oder (progredienten) Ermüdungszeichen durchgeführt werden können (IVSTA-act. 165 Seite 48). Weiter führt der internistische Gutachter aus, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde vor allem aus orthopädischer Sicht begründet. Aus internistischer Sicht bestünden zum Ergebnis des aktuellen Gutachtens keine Differenzen (IVSTA-act. 165 Seite 50). Aus internistischer Sicht ergäben sich weder für die bisher ausgeübte noch für eine angepasste Tätigkeit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 165 Seite 51).

Es ist Aufgabe des Gutachters, allfällige Diskrepanzen zwischen objektivierbarem und subjektiv empfundenem Beschwerdebild soweit möglich fassbar zu machen bzw. einer Erklärung zuzuführen (vgl. Urteile des BGer 8C_149/2022 vom 19. Januar 2023 E. 6.1; 9C_38/2022 vom 24. Mai 2022 E. 4.3; je m.w.H.). Vorliegend bestehen keine Hinweise, dass die orthopädisch/traumatologischen, internistischen und neurologischen Gutachter hier nicht mit der ihnen obliegenden Objektivität vorgegangen wären.

10.2.3 Die Gutachter setzen sich zudem mit den Einschätzungen der behandelnden (Fach-)Ärztinnen und -Ärzte auseinander. So können sowohl der orthopädisch/traumatologische als auch der neurologische Gutachter die mehrfach getätigte Einschätzung der Hausärztin, Dr. P._____, der Beschwerdeführer sei nicht mehr arbeitsfähig, er könne keine 15 Minuten im Stehen, Sitzen oder Gehen verbringen, nicht nachvollziehen. Der Beschwerdeführer habe diese Aussage in der Gutachtersituation widerlegt. Der behandelnde Orthopäde, Dr. M._____, begründe seine Einschätzung vom 12. April 2022, der Beschwerdeführer sei aktuell für keine Tätigkeit arbeitsfähig, nicht, weshalb diese Aussage ebenfalls nicht nachvollzogen werden könne. Unplausibel erscheint den Gutachtern die von Dr. Bb._____, am 18. August 2020 – und somit vor der Operation vom 6. November 2020 – gemachte Aussage, der Beschwerdeführer sei für Speditionsarbeiten lebenslang arbeitsunfähig, eine solche Pauschalisierung werde nicht begründet, eine spezifische Darstellung der Tätigkeiten des Beschwerdeführers erfolge nicht (IVSTA-act. 165 Seiten 37 und 66). Die

Fachklinik J. _____, in der der Beschwerdeführer im Herbst 2021 während vier Wochen stationär behandelt worden ist, geht ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus (vgl. E. 8.1.17 vorstehend).

10.2.4 Insofern kann der Rüge des Beschwerdeführers nicht gefolgt werden, die Gutachter würden seine geklagten Beschwerden nicht berücksichtigen.

10.3 Inkonsistenzen ergeben sich im Gutachten jedoch in der retrospektiven Beurteilung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit (somatisch und psychiatrisch).

10.3.1 Der orthopädisch/traumatologische Gutachter hält in seinem Teilgutachten fest, beim Beschwerdeführer bestehe seit dem 4. Dezember 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Arbeiten. Am 8. Januar und 26. November 2020 sei der Beschwerdeführer wiederum am Rücken operiert worden. Nach entsprechender Rehabilitation sei spätestens ab dem 1. Februar 2021 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Angepasst seien körperlich leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigenen gewählten Positionswechsel, ohne Gerüst- und Leitertätigkeiten, ohne häufiges Treppensteigen und ohne Zwangshaltungen für die Wirbelsäule. Die angestammte Tätigkeit könne der Beschwerdeführer aufgrund der Schmerzen, der vermehrten Pausenzeiten und der verminderten Effektivität nur noch zu 50 % ausgeübt werden (E. 8.2.2).

Anhand der Akten nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist, was der orthopädische Gutachter mit «nach entsprechender Rehabilitation» meint (Seiten 40, 41 und 42 des orthopädischen Teilgutachtens). Den Akten ist zwischen der Operation am 26. November 2020 und der bescheinigten 100%igen Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten ab 1. Februar 2021 keine ambulante, teilstationäre oder stationäre Rehabilitation zu entnehmen. Im Entlassungsbericht der Klinik für Wirbelsäulentherapie, Wirbelsäulenzentrum, G. _____ betreffend die Operation vom 26. November 2020 (vgl. E. 8.1.11 vorstehend) wird keine Rehabilitation erwähnt. Als Prozedere wird eine Verlaufskontrolle sechs Wochen postoperativ und eine Computertomographie des lumbosakralen Übergangs drei Monate postoperativ beschrieben. Stationäre Aufenthalte fanden erst im Juli 2021 (stationäre schmerztherapeutische Behandlung) und September/Okttober 2021 (stationäre Rehabilitation) statt (vgl. E. 8.1.15 und 8.1.17 vorstehend).

Hinsichtlich der 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 4. Dezember 2019 und des Profils einer leidensangepassten Arbeit decken sich die Ausführungen des orthopädisch/traumatologischen und des neurologischen Gutachters. Demgegenüber hält der neurologische Gutachter – gestützt auf den Entlassungsbericht der Fachklinik J. _____ vom 12. Oktober 2021 – fest, für den postoperativen Zeitraum von November 2020 bis Oktober 2021 sei ein persistierendes sensomotorisches Defizit und weiterhin bestehende Schmerzen trotz ausgebauter medikamentöser Schmerztherapie dokumentiert, was heisse, dass auch für diesen postoperativen Zeitraum noch keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Im folgenden Satz fährt der neurologische Gutachter fort: «Nach entsprechender Rehabilitation ist spätestens ab 01.01.2021 von dem oben dargestellten Belastungsprofil auszugehen. Bis zu diesem Zeitpunkt kann die Arbeitsunfähigkeit, so wie sie attestiert wurde, begründet werden» (E. 8.2.4).

Die Einschätzung des neurologischen Gutachters ist somit innerhalb seines Teilgutachtens nicht schlüssig, indem er einerseits eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten bis Oktober 2021 annimmt, dann aber im nächsten Satz doch von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer dem Belastungsprofil angepassten Tätigkeit ab «01.01.2021» spricht. Dieser Widerspruch lässt sich nicht auflösen, zumal der neurologische Gutachter nachvollziehbar begründet, weshalb er bis Oktober 2021 keine Arbeitsfähigkeit attestiert, und nicht begründet, weshalb er schliesslich doch davon abweicht. Zudem führt der neurologische Gutachter aus, «nach entsprechender Rehabilitation» betrage die Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2021 100 %. Was mit dieser Rehabilitation gemeint ist, ist – wie bereits im orthopädisch/traumatologischen Teilgutachten – nicht nachvollziehbar. Beim neurologischen Gutachten wäre am ehesten an den stationären Aufenthalt in der Fachklinik J. _____ mit Entlassung am 12. Oktober 2021 zu denken, da der neurologische Gutachter diesen Aufenthalt im Kontext des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsfähigkeit erwähnt. Dem widerspricht jedoch die in der Folge getätigte Annahme, der Beschwerdeführer sei bereits ab «01.01.2021» in angepassten Tätigkeiten wieder zu 100 % arbeitsfähig. Stichhaltige Hinweise auf ein redaktionelles Versehen bzw. einen blossen Verschieb beim Datum («01.01.2021» statt «01.10.2021», «01.11.2021» oder «01.01.2022») fehlen, zumal der «01.01.2021» auch an anderer Stelle im neurologischen Teilgutachten ausdrücklich genannt wird (S. 70).

In der Konsensbeurteilung wird aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine den Leiden angepasste Tätigkeit ab 1. Februar 2021 attestiert. Der Widerspruch zum neurologischen Teilgutachten wird nicht

diskutiert. Weder wird erwähnt, dass das neurologische Teilgutachten eine länger dauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit bis Oktober 2021 annimmt, noch dass die 100%ige Arbeitsfähigkeit bereits ab 1. Januar 2021 attestiert wird. Der neurologische Gutachter trägt den Konsens mit seiner Unterschrift mit. Dennoch kann aufgrund der widersprüchlichen Ausführungen im neurologischen Teilgutachten und der fehlenden Einordnung der erwähnten Abweichungen anlässlich der Konsensbeurteilung nicht auf die in der Konsensbeurteilung festgelegte 100%ige Arbeitsfähigkeit ab 1. Februar 2021 in einer angepassten Tätigkeit abgestellt werden. Es scheint, als sei die Höhe der Arbeitsfähigkeit und deren Beginn aus somatischer Sicht aus dem orthopädisch/traumatologischen Teilgutachten übernommen worden, ohne Berücksichtigung der abweichenden Einschätzung im neurologischen Teilgutachten.

10.3.2 Die Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Leiden wird dem Beschwerdeführer im Gutachten zeitlich verschoben zur Arbeitsunfähigkeit aufgrund der somatischen Leiden attestiert. So wird dem Beschwerdeführer in der Konsensbeurteilung psychiatrisch ab Dezember 2021 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit für eine den psychischen Leiden angepasste Tätigkeit bescheinigt. Ab dem Begutachtungstermin (9. August 2022) betrage die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit 100 %, in der angestammten Tätigkeit 80 %.

Beim zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit schreibt der psychiatrische Gutachter sowohl bei der bisherigen als auch bei der leidensadaptierten Tätigkeit, dass aus psychiatrischer Sicht die notwendigen Befunde fehlten, «die eine klare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit rückwirkend eindeutig beurteilen lassen» (S. 84, 85). Während der Gutachter für die bisherige Tätigkeit im Einklang mit dieser Aussage keine rückwirkende Bewertung der Arbeitsfähigkeit vornimmt, hält er betreffend eine leidensadaptierte Tätigkeit fest, ab Befundbericht des behandelnden Psychiaters (Dr. Dd. _____) von Dezember 2021 lasse sich eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für eine psychisch angepasste Tätigkeit nachvollziehen. Der Gutachter begründet dabei nicht, wie er zur rückwirkenden Einschätzung der Höhe der Arbeitsfähigkeit von 70 % gelangt. Der behandelnde Psychiater, Dr. Dd. _____, äussert sich in seinen Berichten vom 5. August 2021 und 28. Dezember 2021 nicht zur Höhe der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (vgl. E. 8.1.16 vorstehend). Er hält in seinem Bericht vom 28. Dezember 2021 ausdrücklich fest, die Arbeitsunfähigkeit sei nicht von ihm attestiert worden (IVSTA-act. 135 Seite 3 Ziffer 1.3). Unter Ziffer 4 des Berichts zitiert er betreffend das Eingliederungspotential den Bericht der Fachklinik

J. _____ (Arbeitsfähigkeit von weniger als drei Stunden in der bisherigen Tätigkeit und über sechs Stunden in einer leidensangepassten Tätigkeit), wobei sich diese Werte auf die körperlichen Leiden beziehen. Die Fachklinik J. _____ führt weiter aus, sie habe den Beschwerdeführer arbeitsunfähig entlassen, hierfür spiele jedoch die «derzeitige psychische Situation eine massgebliche Rolle». Die psychische Situation wird von der Fachklinik nicht substantiiert begründet. Sie hält unter «allgemeiner psychischer Befund» lediglich fest, der Beschwerdeführer wirke psychisch stark belastet mit Neigung zu depressiven Reaktionen (IVSTA-act. 132 Seite 18). Somit kann hinsichtlich der psychischen Bewertung der Arbeitsfähigkeit nichts aus dem Bericht der Fachklinik J. _____ abgeleitet werden. Diese Meinung vertritt auch der Gutachter, der bei der psychiatrischen Diagnose der Klinik J. _____ – einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode – den fehlenden psychopathologischen Befund bzw. den fehlenden Befund der Klinikpsychologin, der diese Diagnosen belegen würde, moniert (Seite 82). Weitere Berichte mit einer Aussage zur Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Leiden finden sich nicht bei den Akten. Vor diesem Hintergrund ist die attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % nicht nachvollziehbar begründet, und es kann nicht darauf abgestellt werden.

10.3.3 Den Zeitpunkt des Beginns der 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Probleme legt der Gutachter auf Dezember 2021 fest und begründet dies mit dem Datum des Befundberichts von Dr. Dd. _____ vom 28. Dezember 2021 (Seite 85). Der Beschwerdeführer hat Dr. Dd. _____ erstmals am 4. August 2021 aufgesucht. Dr. Dd. _____ hat der Hausärztin, Dr. P. _____, am 5. August 2021 von dieser Konsultation schriftlich berichtet. Er stellt nach seiner Befunderhebung bereits dort die Diagnosen einer chronischen Schmerzerkrankung mit körperlichen und seelischen Faktoren, einer Depression und einer Dysthymie. Zur Krankheitsschwere hat sich Dr. Dd. _____ zu diesem Zeitpunkt nicht äussern können, diese sollte bei der Wiedervorstellung am 1. September 2021 bestimmt werden, danach werde ab 15. September 2021 mit der Rehabilitationsbehandlung begonnen (IVSTA-act. 102), wobei der Beschwerdeführer schliesslich vom 14. September bis 12. Oktober 2021 in der Fachklinik J. _____ stationär behandelt worden ist (vgl. E. 8.1.17 vorstehend). Im Bericht vom 28. Dezember 2021 stellt Dr. Dd. _____ dieselben Diagnosen wie in seinem Bericht vom 5. August 2021 (IVSTA-act. 135 Ziffer 2.5). Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb der psychiatrische Gutachter den Beginn der 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf Dezember 2021 festlegt, wenn Dr. Dd. _____ bereits vier Monate zuvor die gleichen Diagnosen stellt und die Notwendigkeit einer Behandlung als

gegeben betrachtet, der Beschwerdeführer sich im September 2021 in stationäre Behandlung begibt und der Austrittsbericht der Fachklinik J._____ am 12. Oktober 2021 von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Belastungen ausgeht. Zudem hat die letzte Konsultation bei Dr. Dd._____ am 20. Oktober 2021 und somit zwei Monate vor Erstellung des Berichts vom 28. Dezember 2021 stattgefunden (IVSTA-act. 135 Seite 3 Ziffer 1.1), auch deshalb erscheint der gewählte Zeitpunkt von Dezember 2021 nicht schlüssig.

Schliesslich widerspricht sich der psychiatrische Gutachter innerhalb seines Gutachtens selbst, wenn er ausführt, eine Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum massgebenden Zeitpunkt vom 23. Juni 2017 sei ab der ersten Konsultation bei Dr. Dd._____ im August 2021 nachvollziehbar (IVSTA-act. 165 Seite 86). Er begründet nicht, weshalb er (offenbar) annimmt, die Veränderung des Gesundheitszustandes wirke sich erst verzögert auf die Höhe der Arbeitsfähigkeit aus.

10.4 Nach dem Ausgeführten ist das Gutachten der SMAB AG nicht in allen, aber doch in entscheidenden Punkten (retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers) widersprüchlich, nicht schlüssig und daher nicht beweiswürdig. Indem die Vorinstanz dieses Gutachten akzeptiert und als Grundlage für ihre Verfügung vom 9. Februar 2023 verwendet hat, hat sie den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung unvollständig und damit unrichtig festgestellt und ist ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen. Von Rückfragen bei den Experten der SMAB AG zur Klarstellung, Präzisierung und Ergänzung ihrer Ausführungen (vgl. dazu: BGE 147 V 79 E. 7.4.4; Urteil des BGer 8C_531/2024 vom 12. Mai 2025 E. 4.1.2 und E. 4.4) wird vorliegend deswegen abgesehen, weil die Experten in wesentlichen Teilen die Schlüssigkeit früherer eigener Aussagen zu überprüfen hätten (vgl. Urteile des BGer 8C_353/2023 vom 4. August 2023 E. 4.2; 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6.2).

11.

11.1 Die angefochtene Verfügung ist folglich gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine

Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4). Zudem schliesst es das Bundesgericht in seiner jüngeren Rechtsprechung nicht generell aus, ein erneutes Administrativgutachten einzuholen, wenn weder das frühere Administrativgutachten noch die anderen ärztlichen Berichte oder Stellungnahme eine schlüssige Beurteilung der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person erlauben (vgl. z.B. Urteile des BGer 8C_628/2024 vom 25. März 2025 E. 6.2; 8C_461/2017 vom 27. September 2017 E. 8.3; 8C_551/2015 vom 17. März 2016 E. 5.2).

11.2 Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten – so etwa auch dem vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichten endgültigen Entlassungsbericht der Fachklinik Q. _____ (Deutschland) vom 18. Oktober 2023 – eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie, Neurologie und Psychiatrie zu veranlassen, letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialistinnen oder Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachterinnen und Gutachter zu überlassen (Art. 44 Abs. 5 ATSG;). Der gesundheitliche Zustand ist ab Beginn der Arbeitsaufgabe im Dezember 2019 zu beurteilen (vgl. E. 9.1 vorstehend).

11.3 Die interdisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m ATSV [SR 830.11]; vgl. auch Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Im Weiteren ist die Gutachterstelle – vorliegend unter Ausschluss der SMAB AG – nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1), und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

11.4 Sollte sich während der Begutachtung zeigen, dass durch eine medizinische Massnahme, etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen (Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG), eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit herbeigeführt werden kann und ist diese Therapie dem Beschwerdeführer aufgrund seiner Schadenminderungspflicht gemäss Art. 7 IVG auch zumutbar, ist dies im Gutachten begründet darzulegen und der Beschwerdeführer zur aktiven Teilnahme an der Therapie – allenfalls unter Androhung von Nachteilen gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG – aufzufordern (vgl. BGE 151 V 194 E. 5.1.4).

12.

12.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich die unterliegende Partei tragen muss. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Kosten aufzuerlegen. Die gewährte unentgeltliche Prozessführung kommt nicht zum Tragen. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwV).

12.2 Dem nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der Vorinstanz hat als Bundesbehörde ebenfalls keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 9. Februar 2023 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Philipp Egli

Andrea Meier

(Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.)

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: